

UNGA OCH PSYKISK OHÄLSA

– praktikforskning
i Helsingfors

FRIDA WESTERBACK



FRIDA WESTERBACK

UNGA OCH PSYKISK OHÄLSA

– praktikforskning
i Helsingfors



Frida Westerback:
Unga och psykisk ohälsa - praktikforskning i Helsingfors

Handledare:
Professor Ilse Julkunen

Mathilda Wrede-institutets forskningsserie 2/2016

Institutets internationella redaktionskommitté består av:

Tapio Salonen, Malmö högskola
Gudny Eydal, University of Iceland
Lars Uggerhøj, Aalborg universitet
Elisabeth Willumsen, Stavanger Universitet
Marjaana Seppänen, Lapplands universitet
Åsa Rosengren, Arcada University of Applied Sciences
Helena Blomberg-Kroll, Helsingfors universitet
Ilse Julkunen, Helsingfors universitet

Layout: Torbjörn Stoor
Illustrationer och pärmdesign: Linn Henrichson

Ab Det finlandssvenska kompetenscentret inom det sociala området (FSKC)

Publikationen finns som PDF på FSKC:s webbplats www.fskc.fi

Helsingfors 2016

ISBN 978-952-7078-10-5 (PDF)

Innehåll

1	Inledning	10	6.2.3	Serviceens bristfälliga tillgänglighet och likformighet	71
2	Perspektiv på ungas psykiska hälsa	16	6.2.4	Den psykiatriska vårdkedjans många faser	73
2.1	Begrepp och förekomst	17	6.3	De professionellas syn på utsatta ungas behov	75
2.2	Ungas psykiska hälsa i skolan	20	6.3.1	Förse unga med information om var hitta hjälp och vem som kan hjälpa	76
2.3	Ungas förståelse av att söka hjälp	23	6.3.2	Behov av socialt rehabiliterande verksamhet för unga	77
3	Mentalvårdstjänster för unga	26	7	De ungas röster – analys av intervjudata	78
3.1	Ungdomspsykiatrins utveckling i Finland	28	7.1	Undvikandets cirkel – ungas hantering av psykisk ohälsa	80
3.2	Lågtröskel- och uppsökandeverksamhet inom ungdomspsykiatri	29	7.2	”Det är säkert det viktigaste, att du faktiskt lyssnar” – ungas förståelse av bemötande	86
3.3	Tredje sektorns roll i mentalvårdsarbete	32	7.3	”Vad tycker du, hur skulle du vilja göra det här?” – ungas tankar om delaktighet	89
4	Ungdomspsykiatrisk vård på svenska i Helsingfors	34	7.4	”Hej, jag behöver liksom hjälp” – att vilja ha hjälp och inte få det	91
5	Varför och hur forska ur två perspektiv?	40	7.5	Ungas tankar om psykiatriska diagnoser	93
5.1	Delstudie 1	42	7.6	Ungas syn på samverkan och mångprofessionella nätverksmöten	94
5.2	Delstudie 2	46	7.7	Lågtröskelmiljöer som stöd för ungas psykiska hälsa	100
5.3	Etiska överväganden	50	7.8	Ungas behov av ett breddat kunskapsunderlag	101
6	De professionellas perspektiv – analys av kartläggning	52	8	Sammanfattning och diskussion	104
6.1	Spektrumet av ungdomars problematik och riskgrupper	54	9	Utvecklingsrekommendationer	114
6.1.1	”Gråzonunga”	56	Referenser		118
6.1.2	Skolrelaterade svårigheter – skolfrånvaro och avhopp i fokus	58	Bilaga 1	Information till informanter	130
6.1.3	Neuropsykiatriska funktionsnedsättningar	61	Bilaga 2	Infokarta, tjänster för unga (Helsingfors)	131
6.2	Kritiska områden inom stöd och vård	63	Bilaga 3	Intervjuguide	132
6.2.1	Att upprätthålla kontakten eller sända den unga vidare – en balansgång	64	Bilaga 4	Informationsbrev till informanter	133
6.2.2	Det splittrade servicefältet och hinder för samverkan	66	Bilaga 5	Informerat samtycke	134
			Bilaga 6	Informationsbrev till vårdnadshavare	135
			Bilaga 7	Informerat samtycke av vårdnadshavare	136
			Bilaga 8	Övergripande intervjuguide	137

1 Inledning

Ungas psykiska hälsa är föremål för samhällelig uppmärksamhet och engagerar speciellt professionella på bred front som dagligen på gräsrotsnivå kommer i kontakt med unga som lever i sårbara förhållanden. De ungas problematik är sällan entydig eller okomplicerad att sammanfatta. Tidigare forskning tydliggör att unga med psykisk ohälsa utgörs av en heterogen grupp med olika former av problematik, som kan ta sig uttryck i skolrelaterade svårigheter, avbrutna studier, svag anknytning till arbetsmarknaden och till samhället överlag samt olika former av funktionsnedsättningar (Bremberg 2013). För en del unga kan situationen te sig ytterst komplex, speciellt om problematiken utgörs av ett flertal samtidigt symptom. Komplex problematik kräver insatser från flera olika håll, vilket innebär att en ung person samtidigt kan ha kontakt med bland annat skolans elev- och studerandevård, ungdomspsykiatri, barnskydd samt eventuellt aktörer inom tredje sektorn. I bästa fall har den unga ett socialt nätverk som stöd.

I denna rapport undersöks psykisk ohälsa från två perspektiv - från ett professionellt perspektiv och från ett ungdomsperspektiv. Ungdomsperspektivet utgår från hur unga i åldern 13-29 år med psykisk ohälsa upplever sina svårigheter, vilken service målgruppen upplever att de kan få stöd från samt hur detta stöd kunde utvecklas. Det professionella perspektivet fokuserar på nyckelaktörers tolkning av den svenskspråkiga service i Helsingfors som stöder ungas psykiska hälsa.

Ungas psykiska hälsa är en högaktuell folkhälsofråga. Samtidigt som majoriteten av finländska unga mår bra, är psykisk ohälsa det vanligaste hälsoproblemet bland skolelever och studerande. Enligt Förenta Nationerna drabbas var femte (cirka 20 – 25 procent) av världens 14-24-åringar av psykisk ohälsa under ett år (United Nations

2014). Av dessa är cirka 10 procent i behov av psykiatrisk vård. Internationella och finländska studier visar att enbart 20 – 40 procent av unga i behov av vård de facto är i vård. Fokus riktas allt mer mot öppenvården inom ungdomspsykiatri, som strävar efter att vårda 5 procent av gruppen, medan resterande 5 procent vårdas inom övrig hälsovård (Pylkkänen 2013, 5-8, Ranta 2014). Det är framför allt depressioner, ångestsjukdomar, beteendestörningar och missbruk som är vanliga bland unga. Dessutom är det inte sällsynt att unga lider av två eller flera samtidiga symtom. Mångfacetterad problematik är allvarigare och vården blir svårare, vilket understryker vikten av att man upptäcker samtliga symtom i ett tidigt skede och utvärderar den ungas situation som helhet. (Marttunen et al 2013, 10.)

Omfattande befolkningsstudier bland vuxna med psykisk sjukdom har påvisat att sjukdomen hos ungefär hälften av dem fått sin start redan innan personen var 14 år, och hos tre av fyra innan personen fyllt 24 år. Vuxna som jobbar inom elev- och studerandevård i skolor samt pedagoger som dagligen möter dessa unga ses som personer i nyckelposition. De vuxnas förmåga att upptäcka symtomen kan vara avgörande för den ungas framtid (Marttunen et al 2013, Kaltiala-Heino et al 2010). Förenta Nationernas rapport *Mental health matters. Social Inclusion of Youth with Mental Health Conditions* (2014) lyfter fram följande förebyggande åtgärder inom ramen för skolan: 1) att införa förebyggande insatser i skolan med fokus på sociala färdigheter och hantering av svåra känslor samt destruktivt beteende, 2) att arbeta för att få bort det negativa stigmat kring psykisk ohälsa 3) att fortsätta arbetet med att identifiera risk- och skyddsfaktorer för psykisk ohälsa. (United Nations 2014.)

Ökar då de ungas psykiska ohälsa? Enligt Kaltiala-Heino et al (2015) kan trender vad gäller ungas psykiska ohälsa granskas tillförlitligt endast genom ett fåtal undersökningar. Resultat baserade på registerdata och longitudinella enkätstudier tyder ej på en fortgående och systematisk ökning av psykisk ohälsa bland unga. Samtidigt som man inte kan konstatera att en ökning sker vad beträffar hela åldersgruppen, finns det ett behov av mer forskning vad gäller psykisk ohälsa inom olika socioekonomiska grupper. Om man ser på antalet ungdomar och vårdperioder inom ungdomspsykiatri i Finland under de senaste tio åren, har det dock skett en drastisk ökning (Rautianen & Pelanteri 2012; Laukkanen & Pylkkänen 2011, 2316). Antalet personer som mottar förtidspension har även ökat i Finland och i resten av Norden. Från år 2009 har det skett en ökning från 1,6 till 1,8 procent i åldersgruppen 20-29 år. År 2013 var 12 098 personer i åldersgruppen förtidspensionerade i Finland.

(Nordens Valfärdscenter 2015.) Skolungdomars självrapporterade psykiska ohälsa visar även på en ökning, speciellt bland flickor (Punamäki et al 2011, Luopa et al 2014).

Enligt idéhistoriker Karin Johannisson kan psykisk ohälsa som ett bredare fenomen även berätta något om det samhället och den nutid vi lever i. Johannisson (2002) talar om "inre vantrivsel" som speglar det som pågår och händer i samhället. Unga växer upp under en individualistisk tid och det kan skapa känslor av ambivalens. Detta innebär inte att all form av psykisk ohälsa behöver medikaliseras och vårdas inom specialsjukvården, utan att ett bredare social- och hälsovårdsligt ansvar behöver tas inom primärvården och av civilsamhället.

Hur svarar då vårt servicesystem på ungdomars högst individuella livssituationer, som kan ha en komplex karaktär och utgöras av mångfacetterad problematik? Flertalet studier pekar på att det nuvarande servicesystemet inte fångar upp utsatta unga och att ungdomar kan ha svårigheter att hitta tjänster som är avsedda för dem (Myrskylä 2012, Aaltonen et al 2015, Alanen 2015). Alanen (2015) anser att en av välfärdssamhällets svåraste utmaningar är att få servicesystemet att stödja dem som behöver hjälpen allra mest. Metteri (2012) talar om orimliga situationer (*kohtuuttomat tapaukset*) och syftar på individer som oskäligt blivit utan välfärdssamhällets stöd. Det återstår att se hur social- och hälsovårdsreformen, det strategiska regeringsprogrammets spetsprojekt gällande välfärd och hälsa och ungdomsgarantin för åren 2015-2018 inom ramen för regeringsprogrammet för statsminister Juha Sipiläs regering samt övriga utvecklingssatsningar kommer att inverka på servicesystemet vad gäller tjänster för unga i framtiden.

Ungdomar själva har nödvändigtvis inte insikt i vilka stödinsatser samhället kan erbjuda vid psykisk ohälsa eller vid risk för psykisk ohälsa. Hur ser situationen ut i Helsingfors bland unga och specifikt bland svenskspråkiga unga? Mathilda Wrede-institutet praktikforskning 2014-2015 i samarbete med Helsingfors stads social- och hälsovårdsverk utgörs av två delar. Fokus för forskningen är ungas psykiska ohälsa, och föremål för forskningen är de ungas stöd- och servicebehov och det mångprofessionella servicenätverket i arbetet med ungdomar i Helsingfors.

Ifrågavarande rapport inleds med olika perspektiv på psykisk ohälsa. I kapitel två berörs inledningsvis skolans roll för den psykiska hälsan. Kapitlet avslutas med reflektioner kring ungas hjälpsökande vid psykisk ohälsa. I kapitel tre presenteras mentalvårdstjänster för unga med avstamp i ungdomspsykiatriens utveckling i Finland.

I kapitlet behandlas vidare lågtröskelverksamhet och uppsökande verksamhet inom ungdomspsykiatri samt tredje sektorns roll i mentalvårdsarbetet riktat till unga. I kapitel fyra presenteras den ungdomspsykiatriska vården på svenska i Helsingfors. Kapitel fem fokuserar på praktikforskningens upplägg och presenterar de två delstudierna. I kapitel sex redogörs för de professionellas syn på servicesystemet med fokus på ungas psykiska ohälsa, varefter kapitel sju fokuserar på hur ungdomar i åldern 13–29 år med självupplevd eller diagnostiserad psykisk ohälsa upplever sin livssituation; tillgänglig service på svenska i Helsingfors, hur de blivit bemötta samt deras syn på hur man kunde utveckla servicen för målgruppen.

Rapporten beskriver två perspektiv på hjälp och stöd samt samverkan vid psykisk ohälsa. Delstudierna är baserade på professionellas och ungas berättelser i form av intervjuer och fokusgruppsamtal. Under forskningsuppdraget har två forskarsocialarbetare arbetat parallellt med både en mångprofessionell expertgrupp och en samforskningsgrupp med unga, som under hösten 2015 fört en dialog med varandra. Rapporten sammanfattas i utvecklingsrekommendationer i kapitel nio. Av forskarsocialarbetarnas rapporter (von Kraemer 2016, Westerback 2016) författas ett finskspråkigt sammandrag av sociolog Maija Merimaa.

2 Perspektiv på ungas psykiska hälsa

2.1 Begrepp och förekomst

WHO (1948) har definierat *hälsa* som ett tillstånd av fullständigt fysiskt, psykiskt och socialt välbefinnande. De psykiska faktorerna som samverkar i upplevelsen av hälsa berör sårbarhet, strategier att hantera påfrestningar samt självbild (Lindblad & Lindgren 2010). WHO (2012) definierar *psykisk hälsa* som ett tillstånd då individen är medveten om sina egna möjligheter och förmågor, kan hantera stress och påfrestningar i vardagen, kan studera eller arbeta och på sikt bidra till samhällsutvecklingen. Individen skall även ha en realistisk självbild och upprätthålla fungerande sociala relationer. Att definiera *psykisk ohälsa* är något mer utmanande. Begreppet används som en samlande beteckning både för mindre allvarliga psykiska besvär, som till exempel oro och nedstämdhet, och för allvarliga symtom som uppfyller kriterierna för en psykiatrisk diagnos (Bremberg & Dalman 2014). Myndigheten för ungdoms- och civilsamhällesfrågor (2015), som studerat ungas självupplevda psykiska ohälsa, använder begreppet *lättare psykiska besvär* för icke-diagnostiserad problematik. MUCF tydliggör att besvären trots detta inte behöver upplevas som lättare av de unga själva. Det talas även om *psykiatriska tillstånd*, som utgörs av allvarlig psykisk ohälsa, som uppfyller diagnostiska kriterier enligt etablerade diagnossystem. Det finns två

etablerade diagnosystem, ICD och DSM. WHO:s ICD (International Classification of Diseases) definierar de olika psykiatriska diagnoserna i kapitlen F00-F99 och används för att ställa diagnoser i den finska sjukvården.

Flera mentala problem kan uppkomma för första gången under ungdomstiden. Psykiska svårigheter förekommer dubbelt mer hos unga än hos barn. Var femte ung person, ungefär 20-25 procent lider av störningar i den psykiska hälsan. 10 procent av dessa är i behov av psykiatrisk vård. Enligt internationella studier är endast 40 – 60 procent av de vårdbehövande unga de facto i vård. (Pylkkänen 2013, 4.)

Vida befolkningsutredningar har visat att ungefär hälften av mentala problem i vuxenålder har börjat redan innan 14 års ålder och att tre fjärdedelar har fått sin start innan individen fyllt 24 år (Marttunen et al 2013, 10). Ungas vårdperioder inom ungdomspsykiatri har ökat under de senaste tio åren (Rautiainen & Pelanteri 2012). Enligt Punamäki et al (2011, 5) är psykoterapi och psykofarmaka effektiva åtgärder för att tackla ungas mentala ohälsa, samtidigt som enbart hälften av de som lider av till exempel depression söker sig till denna form av hjälp och vård.

Att periodvis uppleva känslor av deppighet, sorg och stress är normalt och en del av vardagen för majoriteten av unga. Däremot kan internaliserade symtom i form av depression eller ångest, öka risken för sociala svårigheter, skolfrånvaro och självmordsförsök (Rew 2005). Att upptäcka egentlig depression hos tonåringar kan vara svårt, detta på grund av att symtomen kan vara varierande och inte alltid identifieras som tecken på depression. Unga tenderar att mer sällan själva tala om depression som begrepp eller fenomen, utan uttrycker mer fysiska och psykosomatiska symtom, som huvudvärk, mag- och/eller ryggont, hjärtklappning eller andningssvårigheter (Merikangas et al 2010, Thapar et al 2012). Tidigare forskning visar att ungas självrapporterade depressiva symtom och användning av psykofarmaka har ökat (Punamäki et al 2011). Flickor självrapporterar systematiskt sämre hälsa än pojkar (Hiltunen 2015, THL 2015). Samtidigt är självmord fortfarande den vanligaste dödsorsaken bland unga män. Pojkar begår 70-80 procent av självmorden. (Marttunen 2006.)

Enligt Uusitalo (2007) finns det även skillnader mellan könen och symptomen kan ta sig uttryck på olika sätt. Deprimerade flickor kan dra sig tillbaka, vara mer tystlåtna, ge upp eller bli passiva. Pojkarna tenderar att reagera mer utåt, eventuellt bli aggressiva och kräva mycket uppmärksamhet av lärare och andra vuxna i sin omgivning. Enligt

den finska enkäten Hälsa i skolan 2000-2011 lider åtta procent av pojkar i den grundläggande utbildningen av medelsvår eller svår depression, medan andelen flickor som berörs är mellan 17-18 procent. Andelen unga som berörs har hållits på samma nivå mellan åren 2000-2011. Rapportering av fysiska och psykosomatiska symtom är avsevärt högre, över dubbelt mer (THL 2015).

Genom att granska hälsa och genus ur ett socialkonstruktivistiskt perspektiv, kan dessa ses som konstruktioner av växelverkan med sociala omgivningsfaktorer (Connell 2005). Uppfattningar, ideal och normer förknippade med maskulinitet och femininitet formar genus, och dessa konstruktioner av kön kan påverka individens sätt att hantera och uttrycka psykisk ohälsa. Det kan handla om hur man sätter ord på sitt mående, huruvida man alls gör det och om man söker stöd. Ett exempel på detta är flickors starkare upplevda eller självrapporterade psykiska ohälsa gentemot det att pojkar i mindre grad söker stöd. Enligt Ekman (2015) kan detta även berätta om ett mörkertal kring pojkars psykiska ohälsa. Samtidigt som mängden självmord minskat under de senaste tio åren är det fortfarande den vanligaste dödsorsaken bland unga män. Självmord bland unga kvinnor har däremot inte minskat, utan har hållits på ungefär samma nivå. Ur ett europeiskt perspektiv är självmordsstatistiken i Finland hög. Endast i Lettland och Litauen begås fler självmord än i Finland (Statistikcentralen 2016). Flera studier behövs för att få en djupare förståelse för skillnaderna mellan pojkar och flickors rapportering av det psykiska välbefinnandet.

I detta kapitel utforskas två perspektiv relaterade till unga och psykisk ohälsa mer ingående; ungas psykiska hälsa i skolan samt en inblick i hur det kan te sig att söka hjälp som ung.

2.2 Ungas psykiska hälsa i skolan

Skolan utgör en central arena i ungas liv. Enligt Lindblad och Lindgren (2010, 141) finns det antagligen ingen annan arena som är viktigare för barn och ungas psykiska hälsa. Skolan kan ses som en social arena där gruppstorlekar, skolans atmosfär och flertalet strukturella faktorer påverkar den enskilda individens välbefinnande. Hoikkala och Paju (2013) talar vidare om att det inom skolan lever en konflikt mellan individ, grupp och institution.

Skolan blir central, då det är en plats där enskilda unga individer kommer i kontakt med en stor grupp andra individer. Skolan utgör således en social arena som ej enbart handlar om inläring. Lunabba (2013, 27) diskuterar i sin doktorsavhandling olika modeller som gestaltar skolans välfärdsuppdrag där samtliga tydliggör att uppdraget sträcker sig över undervisning som skolans huvudsakliga verksamhetsområde. Inom skolan som social arena skapas relationer som till största delen är konstruktiva och främjar välbefinnandet. Genom relationer uppstår även fenomen som mobbning, utanförskap och ensamhet vilket korrelerar med den ungas psykiska hälsa. Delaktighet i mobbning har en stark inverkan på den psykiska hälsan. Korrelationen är starkare vad gäller utövare av mobbning än vad beträffar den som utsätts för mobbning. Bland finländska skolungdomar utsätts 10-15 procent kontinuerligt för mobbning. Evidensbaserade mobbningsinterventioner är få till antalet (Merrel et al 2008). Interventioner som riktar sig till både elever och hela skolpersonalen samt hemmen har visat sig vara framgångsrika (Vreeman & Carroll 2007). I Finland används KiVa Skola-åtgärdsprogrammet i 90 procent av grundskolorna (KiVa Skolas hemsida 2015). Inom ramen för det aktuella regeringsprogrammets spetsprojekt 'Välfärd och hälsa' ingår programmet för utveckling av barn- och familjetjänster (Lapsi- ja perhepalveluiden muutosohjelma) för perioden 2015-2018. I programmet ingår utveckling av mobbningsförebyggande arbetet samt nya skyldigheter att ingripa vid mobbning (Social- och hälsovårdsministeriet 2015).

Skolan är även genom elev- och studerandevården en dörr till övriga välfärdstjänster. Detta kräver att eleverna och studerandena känner till och har förtroende för det arbete som görs inom skolornas elev- och studerandevård. Enligt enkäten Hälsa i skolan (THL 2014) bedömer ungdomar att det har blivit lättare att komma till hälsovårdare, läkare, kuratorers och psykologers mottagning. Samtidigt uppger

var tionde ung person att den sällan eller inte alls har fått hjälp då den har haft svårigheter kopplade till skolgång. Att söka professionell hjälp för depressivitet har ökat speciellt bland flickor: inom den grundläggande utbildningen på årskurserna 8-9 från 20 till 25 procent och inom gymnasiet årskurser 1-2 från 20 till 27 procent sedan åren 2004/2005. 34 procent av flickor inom yrkesutbildningen hade sökt hjälp. Bland pojkarna var det 10-11 procent inom den grundläggande utbildningen och gymnasierna som sökt hjälp för depressivitet, medan procentandelen på yrkessidan var 14 procent.

Skolfrånvaro kan även ha en koppling till psykisk ohälsa. Kearney (2008) indelar frånvaro från skolan i *skolkning* och *skolvägran*. Skolkning sker ofta utan att vårdnadshavare är medvetna om saken, medan skolvägran kan ta sig uttryck i långvariga obestämda somatiska besvär eller i att den unga vädjar till skolrädsla. Även social ångest eller fobi kan utgöra en orsak till varför en ung person inte vill gå till skolan (Kaltiala-Heino et al 2010).

Tidigare forskning visar vidare att neuropsykiatriska funktionsnedsättningar, som ADHD och Aspergers syndrom, har en inverkan på inläring och sociala färdigheter. Elev- och studerandevården har en viktig och central roll i att upptäcka denna typ av problematik (ibid).

Vilka möjligheter finns det att stödja ungas psykiska hälsa inom ramen för skolan?

Elev- och studerandevården i en skola hör till samtliga personer som arbetar i skolgemenskapen, trots att ansvaret tenderar att falla på de som är anställda inom elev- och studerandevårdstjänsterna. Till elev- och studerandevården hör psykolog- och kuratorstjänster samt skolhälsovårdstjänster. Dessa experters uppgifter berör både individen, gemenskapen och samarbetet. I Helsingfors ansvarar utbildningsverket för erbjudandet av kurators- och psykologtjänster. I och med den nya elev- och studerandevårdslagen som trädde i kraft 1.8.2014 skall tyngdpunkten ligga på det förebyggande arbetet (Skolpsykologernas och skolkuratorernas verksamhetsberättelse 2014-2015). Lagen understryker vidare elevers och studerandes delaktighet i ärenden som berör dem (Lag om elev- och studerandevård 1287/2013).

Inom ramen för elev- och studerandevårdstjänsterna rekommenderas universella förebyggande interventioner i skolan. Kaltiala-Heino et al (2010) lyfter fram FRIENDS-programmet (Shortt et al 2001), vars syfte är att förebygga depressiva symtom och ångeststörningar genom övning av sociala färdigheter. Programmet

rekommenderas av Världshälsoorganisationen (WHO). I Finland ansvarar Stationens barn r.f. för Friends-programmet och utbildningen (Stationens barn r.f:s hemsida 2015). Som förebyggande metod eller som behandling av lindriga depressiva symtom kan användas kurs i stresshantering (Adolescent Coping With Stress Course) (Clarke et al 2001), som enligt Kaltiala-Heino et al (2010) skolhälsovården via screening kan erbjuda unga som uppger lindriga depressiva symtom. I dessa fall skall eleverna i fråga erbjudas kursen i smågrupper. Programmet bygger på psykoedukation om stress och depressiva symtom, medvetenhet om egna tankar och känslor samt hantering av dessa. Metoden i fråga har omarbetats till en universell intervention i Sverige och erbjuds även svenskspråkiga skolor inom den grundläggande utbildningen (åk 7-9) i huvudstadsregionen i Finland av tredje sektorns organisationer som De Ungas Akademi och Barnvårdsföreningen i Finland. Pernilla Garmy (2016) som utvärderat metoden i Sverige, säger i en sammanfattning att metoden (DISA) minskar depressiva symtom och stärker ungdomars självskattade hälsa samt att kostnaden är låg i förhållande till dess effekt. Slutsatserna grundar sig på forskningsdata från svenska högstadieskolor.

Vidare pekar tidigare forskning på att det finns ett behov av flera trygga vuxna inom skolan. Kiilakoski (2014) har forskat i samarbetet mellan skola och ungdomsarbete och ser att de främsta fördelarna med samarbete mellan skola och ungdomsarbete handlar om att stärka relationerna mellan generationer, stödja gruppdynamiken samt att främja delaktighet.

Specialsjukvårdens roll i stödjandet av primärnivån är sammanfattningsvis essentiell. Att arbeta uppsökande och vid gränslandet mellan skolan och specialsjukvård är aktuellt inom ungdomspsykiatrin, där satsningar inom ramen för så kallat *integrerat mentalvårdsarbete* etableras. Integrerat mentalvårdsarbetet kännetecknas av koordinerad samverkan som strävar efter tidig identifiering av ungas psykiska ohälsa och vård av denna. Ett exempel på denna form av samverkan är *HYKS –Varhain*-modellen som erbjuds inom HUCS sjukvårdsområde på finska (Ranta 2014). Modellen presenteras mer ingående i kapitel tre.

Undervisningen i hälsokunskap har ytterligare en viktig roll i normaliserandet av psykisk ohälsa och arbetet gentemot stigmatisering. Väsentligt är även att erbjuda eleverna och ungdomarna information om *när* de borde söka hjälp (Kaltiala-Heino et al 2010).

2.3 Ungas förståelse av att söka hjälp

Internationella studier visar att 60 – 80 procent av vårdbehövande unga de facto vårdas. Ovårdad psykisk ohälsa kan ha långtgående konsekvenser i vuxenlivet. (Pylkkänen 2013, 13.) Så vad vet vi om ungas hjälpsökning? Tidigare forskning öppnar upp för en djupare förståelse för orsaker till varför unga kan välja att undvika att söka hjälp.

Issakainen (2014), som forskat i depression bland unga, lyfter fram stigma som en orsak till varför unga döljer mental ohälsa eller undviker att söka hjälp. Enligt Goffman (1963) innebär stigma mindre önskvärda attribut som åtskiljer en person från en tillgänglig grupp. I extrema fall kan personen karakteriseras som svag, misslyckad eller till och med farlig.

Jernström (2012) diskuterar psykiatriska diagnoser i förhållande till stigma från 1940-talet fram till idag, och konstaterar att stigmatiseringen inte har försvunnit helt trots att det skett stora förändringar. Rissanens (2015, 147) autoetnografiska studie stöder stigmatiseringstanken. Hon knyter an stämplande, fördomar och negativa attityder speciellt till ungdomstiden. Skammen över det psykiska illamåendet och avsaknaden av information, bidrog för henne till en förhalad hjälpsökningsprocess.

”Yläasteikäisenä ja lukiolaisena en ymmärtänyt enkä uskonut tarvitsevani apua, vaikka olin vaikeasti alipainoinen, ahdistunut ja masentunut sekä pelkäsin ”hulluksi” tulemista” (ibid 2015, 147)

Rissanen (2015) hänvisar till Savukoski (2008, 115-116), som kallar psykisk sjukdom i dessa fall som namnlös (*nimetön*); man talar inte om sjukdomen och får således ej heller hjälp.

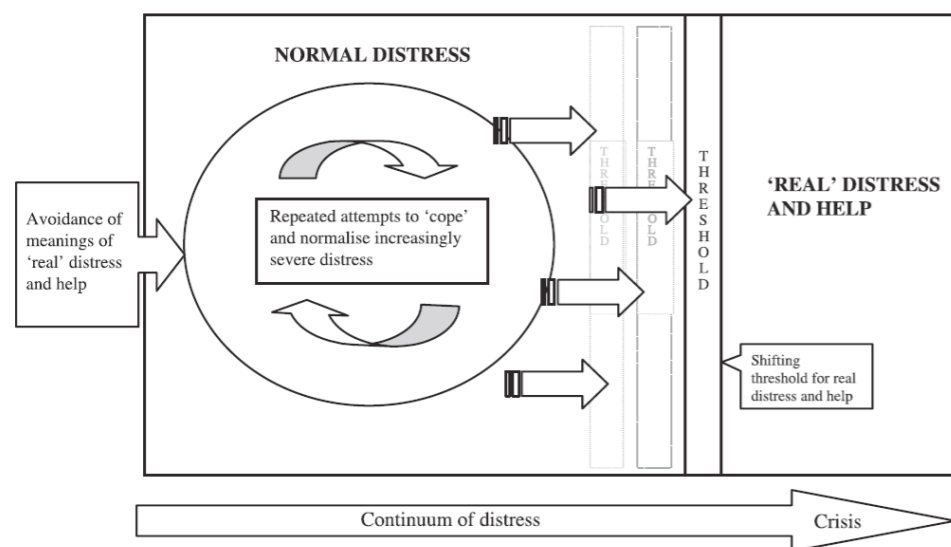
Konfidentialitet är en faktor, som vidare kan skapa oro för unga med psykisk ohälsa. Ackard och Newmark-Sztainer (2001) hävdar att unga kan uppleva psykisk ohälsa som känsliga ärenden och därför är motvilliga till att vända sig till hälsovården i dessa frågor. På samma gång kan det upplevas som krävande och svårt att vända sig till vårdnadshavare (Wu et al 1999). Detta kan vara en orsak till varför en del unga föredrar att söka hjälp anonymt inom ramen för online-tjänster på internet, för att på så sätt bevara sin integritet (Löfberg & Aspán 2011, 34, Westerback 2014).

Wisdom et al (2006) för även fram ungas oro för att bli erbjudna psykofarmaka om de vänder sig till hälsovården för psykisk ohälsa. Venarde (1999) lyfter fram unga vuxnas ambivalens gentemot antidepressiv medicinering och ungas oro över att bli stämplade som ”en person som tar antidepressiva”.

Biddle et al (2007) belyser ungas hantering av psykisk ohälsa, där undvikandet av hjälpsökning ter sig centralt. ”The cycle of avoidance”, undvikandets cirkel, innefattar ungas förståelse av psykisk ohälsa, som utgör en polarisering av vad som uppfattas som ”normalt” (*normal*) och vad som är ”verkligt” (*real*). Denna distinkta kategorisering av psykisk ohälsa (*mental distress*) utgör en dikotomi, där den så kallade normala ohälsan upplevs som mindre allvarlig och som en övergående fas som den unga strävar efter att bemästra på egen hand, utan utomstående hjälp eller vård. Den motsatta kategorin står för verklig eller riktig nöd. Den verkliga nöden upplevs som extrem och kopplas ihop med svåra mentala diagnoser som schizofreni eller psykos.

vilket även gav skäl för att inte söka hjälp. Att vara i behov av hjälp kopplades även starkt ihop med sjukhusvård. Att söka hjälp uppfattades även som att förvandla något privat till publikt och officiellt, vilket ansågs vara negativt.

Enligt Rinne (2016) lyfter Helsingforsunga i rapporten *De egna benen bär – ungas upplevelser av välfärd i Helsingfors* fram att tröskeln att söka hjälp borde vara lägre och att det borde vara lättare att komma åt mentalvårdstjänster för unga i Helsingfors. De unga upplever vidare att de behöver mera information i lämplig och lättillgänglig form om olika möjligheter att främja sin egen välfärd. Samtidigt uppger unga att de vet att de kan få hjälp genom att söka upp och be om den.



Figur 1 Undvikandets cirkel (The cycle of avoidance) (Biddle et al 2007)

Ifrågavarande studie lyfter fram klyftan i ungas förståelse för när de borde söka hjälp. Informanternas tröskel för att söka hjälp var hög och ledde för en del till ett krisstadium innan de sökte hjälp. Stigma hade stor betydelse i modellen, då informanterna förknippade stigmatiserande ”stämplar” med den verkliga kategorin av psykisk ohälsa. Ett sätt att hantera sin så kallade nöd på var genom normalisering,

3 Mentalvårdstjänster för unga

Den kommunala mentalvården omfattar idag primärvård, socialvård och den psykiatriska specialsjukvården. Kommunen kan själv producera vården eller upphandla den av offentliga tjänsteproducenter från den privata marknaden eller den tredje sektorn. (Pihlajamäki 2013, 32.)

Det mentalvårdsarbete som utförs inom ramen för hälso- och sjukvården ska planeras och genomföras så att det bildar en fungerande helhet tillsammans med den kommunala social- och hälsovården (Hälso- och sjukvårdslag 27§ 1326/2010).

Öppenvården prioriteras inom psykiatrin i enlighet med lagstiftningen (Pylkkänen & Laukkanen 2011, 2316). Mentalvård för unga erbjuds i första hand inom skolans elev- och studerandevård, vid hälsostationer och genom familjerådgivning. Utöver det offentliga vårdssystemet erbjuder tredje sektorn stöd och service på svenska. Den privata sektorns tjänster upphandlas av kommuner (Heiskanen et al 2008, 122).

Enligt språklagen (423/2003) är svenskspråkiga medborgare berättigade till service på svenska då det gäller kommunala och statliga myndigheter i tvåspråkiga kommuner. I ett utlåtande från nämnden för den språkliga minoriteten gällande HNS verksamhetsplan för psykiatrin 2010-2020 omfattas förslaget om att grunda ett svenskspråkigt psykiatriskt kompetenscenter inom HUUS (Nämnden för den språkliga minoriteten 2010).

3.1 Ungdomspsykiatrins utveckling i Finland

Ungdomstidens utvecklingsfas tillhör de mest centrala skedena vad gäller den mentala hälsan senare i livet, då den största delen av psykiska problem i vuxenålder får sin start redan under ungdomstiden. Ungas behov av mentalvård är således lika stort som hos vuxna. På grund av detta kan ungdomar ej vårdas inom barn- eller vuxenpsykiatri, utan inom en egen specialisering, ungdomspsykiatri. (Pylkkänen 2006, 14-16.)

De första ungdomspsykiatriska avdelningarna byggdes upp under 1960-talet på Pitkänieniemi sjukhus i Tammerfors och Hesperia sjukhus i Helsingfors. Under 1980-talet utvecklades den ungdomspsykiatriska öppenvården inom de flesta sjukvårdsdistrikt i Finland. I dagens läge finns det öppenvård och avdelningsplatser inom ungdomspsykiatri inom samtliga sjukvårdsdistrikt i landet. (Pylkkänen & Laukkanen 2011, 2316.)

Ungdomspsykiatri ses som en del av den ungdomsmedicinska vetenskapen (*adolescent medicine*). Finland ses som en föregångare vad gäller ungdomsmedicinsk vetenskap. Ungdomspsykiatri etablerades i Finland år 1979 som specialisering och i början av 2000-talet som enda specialbransch i Europa. Vid den tiden riktades ungdomspsykiatri till 15-19-åriga unga. Enligt NUOTTA-projektets senare rekommendationer är åldersgränserna 13-22 år för psykiatrisk öppenvård. (Pylkkänen 2006, 16-20.)

Medicinalstyrelsen (Lääkintöhallitus) satte år 1987 upp sju utvecklingsområden inom ungdomspsykiatri, varav ett fokusområde handlade om etablering av låg tröskel till öppenvårdstjänster inom ungdomspsykiatri. Målsättningen skulle uppfyllas senast år 2000 genom så kallade Walk in-polikliniker för unga. Vid uppföljning år 2002 konstaterades det att detta mål var det enda som inte hade uppfyllts inom alla sju fokusområden. Det framhålls att lågtröskelverksamheten ej förverkligats och att gränssnittet mellan primärhälsovård och ungdomspsykiatri behöver förnyas. (ibid, 21.)

År 2001 infördes vårdgarantin inom ungdomspsykiatri som garanterar att en vårdbedömning görs inom tre veckor och att vården inleds inom tre månader. Enligt NUOTTA-projektet blir det en utmaning att förverkliga vårdgarantin i praktiken. (Pylkkänen 2003.)

3.2 Lågtröskel- och uppsökandeverksamhet inom ungdomspsykiatri

Modeller som förenar bashälsovården med specialsjukvården har strävat efter att förankra verksamheten i de ungas närmiljöer och den vägen öka de ungas motivation att förbinda sig till vården. Modeller som kombinerar bas- och specialsjukvården kallas för integrerat mentalvårdsarbete (*integroitu mielenterveystyö*) (Ranta 2014).

Sedan 1980-talet har man eftersträvat en låg tröskel till öppenvårdstjänster inom ungdomspsykiatri. Under åren 1987-2010 ökade öppenvårdsbesöken inom ungdomspsykiatri med 600 procent i hela landet. Eftersom efterfrågan märkbart överstigit utbudet har man under 2000-talet utvecklat lågtröskelverksamhet för att snabba upp möjligheten att komma åt öppenvårdstjänsterna inom ungdomspsykiatri. Denna typ av lågtröskelverksamhet har ökat på olika håll i landet och främjar förverkligandet av vårdgarantin. (Laukkanen & Pylkkänen 2014.)

I Helsingfors fungerade Folkhälsans Tonårspoliklinik som en så kallad Walk in-poliklinik på svenska fram till år 2010, innan HUCS ungdomspsykiatriska poliklinik infördes. I dagsläge heter Folkhälsans verksamhet Mottagningen för unga och unga vuxna, och är fortfarande verksam men i mindre skala och utan betalningsförbindelse av Helsingfors stad. På Mottagningen för unga och unga vuxna vid Folkhälsan arbetar 2,3 anställda (Folkhälsan 2014).

Lågtröskelverksamhet inom psykiatri har förverkligats med ojämn spridning på olika håll i landet. Det finns till exempel i Borgå (HNS, ungdomspsykiatriska polikliniken) för tillfället möjlighet till Walk in- samt Call in-tider en gång i veckan som ej kräver remiss eller tidsbeställning. Nedan presenteras *Sihti-modellen* och *Hyks-Varhain* som exempel på modeller som bygger på samverkan mellan primär- och specialsjukvård. Båda modellerna är exempel på interventioner som ej förverkligats på svenska.

Sihti-modellen

Sihti-interventionen (*Nuoren ongelmien ja elämäntilanteen kokonaisvaltainen arviointi perustason ja erikoissairaanhoidon yhteistyönä*) baserar sig på en holistisk utvärdering av den ungas livssituation och problematik i ett samarbete mellan primär- och specialsjukvården. Modellen eftersträvar att vara gränsöverskridande och syftar till

att vid behov hänvisa den unga till vård. Målgruppen berör 13-22-åriga unga som har problem med utveckling och vuxenblivandet samt unga med redan existerande psykiska besvär. (Laukkanen et al 2009.)

Primärvården och speciellt elev- och studerandevården har en viktig roll vid identifieringen av ungas psykiska ohälsa samt vid hänvisning till adekvat vård. Det är av vikt att ta itu med problemen i en miljö som är naturlig för den unga och med möjligast låg tröskel. På grund av att skolans resurser och kunskap inte alltid räcker till, skapades Sihti-modellen för att intensifiera samarbetet med ungdomspsykiatri och föra samman primär- och specialistsjukvårdens kunskaper och expertis. Till målsättningarna hörde även ett utvecklat samarbete mellan dessa olika vårdnivåer samt utbildandet av primärvårdens personal i vård av ungas sociala och psykiska problem. (ibid, 11.)

Utgångspunkterna för Sihti-interventionen är:

- att skapa en låg tröskel för unga att söka hjälp vid olika svårigheter
- att utveckla en arbetsgrupp som sammanför primärvård och ungdomspsykiatri
- att fungera som en kort och fokuserad intervention för den unga och dennas familj samt vid behov att hänvisa till ändamålsenlig vård.

Sihti-interventionen förverkligades i ett samarbete mellan Villmanstrand, Imatra och Kuopio. Interventionen genomfördes som en pilotstudie samtidigt i samtliga städer under åren 2005-2007. I utformandet av arbetsgruppen utgick man ifrån att slå samman specialistsjukvårdens ungdomspsykiatri, primärvården och barnskyddet.

Sihti-interventionens innehåll

Utgångspunkten för att söka sig till Sihti-interventionen var att det skulle vara så lätt som möjligt, och det behövdes således ingen remiss. Tidsbokningen sköttes dagtid per telefon. Interventionen bestod av en telefonintervju och 1-5 besök. Vid behov av vidare vård efter interventionen följde personalen den unga till följande instans. De vanligaste orsakerna till att unga tog kontakt handlade om psykiska besvär så som humörsvängningar, ångest samt relationsproblematik och utmaningar förknippade med skola eller studier. Ungefär 1/3 var ej i behov av vidare hänvisning till vård. (ibid, 20.)

De unga upplevde Sihti som en ”bra grej” (*”hyvä juttu”*). De unga ansåg att det var lätt att ta kontakt, tröskeln upplevdes således som låg, verksamhetspunkterna var diskreta

och icke stämplande, och servicen var kostnadsfri. Att kunna ta kontakt utan remiss ansågs vara viktigt. Överlag upplevde brukarna Sihti som en positiv upplevelse, och det ansågs vara lätt att tala med de anställda. (ibid, 31.)

Sihti-interventionens personal överraskades över det stora antalet pojkar som sökte sig till tjänsten. Interventionen nådde sammanlagt 1 176 unga i Kuopio och 894 unga i åldern 13-22 år i Villmanstrand och Imatra under projektiden 2005-2007. Vidare lyckades man förankra interventionen i den ordinära verksamheten efter utsatt projektid. (ibid, 36.)

Hyks-Varhain

Hyks-Varhain innebär konsultativ service som ungdomspsykiatri (HUUCS) erbjuder. Utvärdering, utredning och tidiga interventioner sker i den ungas egen närmiljö i samarbete med bashälsovården. Under konsultationstiden hålls klientskapet på basnivå. (Hyvinvoinnin palveluopas 2014.)

Konsultationsverksamheten är mångsidig och innehåller konsultation per telefon för skolans elevvårdsteam samt för övriga inom bashälsovården. Konsultationen kan även innefatta arrangerandet av en konsultativ träff där den ungas föräldrar och/eller nätverk deltar. Under mötet utvärderas den ungas helhetssituation, den ungas mående, den ungas kapacitet att fungera och behovet av stöd. Vid behov kan en ungdomspsykiatrisk utredning förverkligas i den ungas egen utvecklingsmiljö. Utredningen fokuserar på den ungas verksamhetskapacitet, resurser och nätverk. Vidare vill man utreda problematikens grad, den unga och dess nätverks behov av stöd samt basnivåns möjligheter att agera i situationen. En tidig intervention kan utföras genom samarbete mellan bas- och specialhälsovården. Interventionen innehåller individuella träffar, familje- och nätverksmöten, vars avsikt är att stödja den unga och dess nätverk samt stärka deras roll. Ifall det finns vidare behov av undersökningar inom specialistsjukvården, krävs det läkarremiss. (ibid.)

Hyks-Varhain är exempel på interventioner som förverkligas på finska, men ej på svenska i Helsingfors. Verksamheten inleddes år 2014 och under startåret förverkligades 210 besök till skolor samt 190 hembesök i Helsingfors (Helsinkiäisnuorten psykiatriset palvelut 2014, HUUCS).

3.3 Tredje sektorns roll i mentalvårdsarbete

Tredje sektorns serviceproducenter har en central roll i det svenskspråkiga serviceutbudet för unga med psykisk ohälsa i Helsingfors. Till de mest centrala nyckelaktörerna hör ungdomsverkstaden Sveps vars främsta målsättning är att öka den ungas möjligheter att studera eller arbeta. För att uppnå denna målsättning samarbetar Sveps med huvudstadsregionens kommuner, TE-tjänster, social- och hälsovården, utbildnings- och ungdomssektorn, arbetsgivare samt andra samarbetsparter (Sveps hemsida). Sveps upprätthålls av Folkhälsan Utbildning Ab sedan 2015.

En annan nyckelaktör inom tredje sektorn är Folkhälsans mottagning för unga och unga vuxna (f.d. Tonårspolikliniken) som fungerar som en ungdomsmedicinsk öppenvårdsenhet. Mottagningen tar emot unga med psykiska, fysiska och sociala problem eller symptom som hänger ihop med ungdomsutvecklingen. Folkhälsans mottagning för barn, unga och familjer (f.d. Habiliteringsenheten Habben) är specialiserad på barns och ungas olika specifika svårigheter gällande social utveckling. (Folkhälsans hemsida).

Krisjouren för unga utgör en del av Helsingfors Mission och erbjuder samtals hjälp för 12-29-åriga ungdomar, unga vuxna och deras familjer. Servicen är kostnadsfri och samtalen är konfidentiella (Krisjourens hemsida).

Barnvårdsföreningen i Finland erbjuder barnskydd, barndagvård, arbete med familjer, habilitering samt information och utbildning inom social- och hälsovårdssektorn. Verksamheten riktar sig till svensk- och finskspråkiga barnfamiljer, barn och unga, samt till personal inom vårdsektorn (Barnvårdsföreningens hemsida).

Psykosociala förbundet fungerar som en ideell, riksomfattande och svenskspråkig sakkunnigorganisation inom området psykisk hälsa i Finland (Psykosociala förbundets hemsida), medan medlemsföreningen Sympati är den enda svenskspråkiga psykosociala föreningen i huvudstadsregionen (Sympatis hemsida).

Sluta panta-chatten erbjuder psykosocialt samtalsstöd online med vuxna handledare tre kvällar i veckan (Sluta panta-chattens hemsida).

Övriga aktörer inom tredje sektorn som i högre grad fokuserar på förebyggande verksamhet är Ung Info/Luckan, De Ungas Akademi och Förebyggande rusmedelsarbete EHYT r.f. Ätstörningscentrum är en privat aktör som fungerar som en specialiserad ätstörningsklinik i Helsingfors (Ätstörningscentrums hemsida).

4 Ungdomspsykiatrisk vård på svenska i Helsingfors

Tyngdpunkten i den ungdomspsykiatriska vården enligt hälso- och sjukvårdslagen och den nationella planen för mentalvårds- och missbruksarbete Mieli 2009 är att i första hand stärka öppenvården och öka samarbetet mellan specialsjukvården och primärvården genom utveckling av konsultationstjänster och expanderande av fältarbetet inom ungdomspsykiatri (Plan för mentalvårds- och missbruksarbete Mieli 2009).

Skolornas elevvård har en central roll då det gäller ungdomspsykiatrisk primärvård. Hälsostationer och socialtjänster har ett vidare ansvar för detta. Kommunernas arbete med barn och ungdomar för främjande av psykisk hälsa skall primärt ske i ungdomarnas vardagsmiljö. (ibid.)

Ungdomar hänvisas till ungdomspsykiatrisk specialsjukvård då den psykiska utvecklingen antingen stagnerat eller är störd. Detta kan ta sig uttryck på olika sätt; den unga individen kan vara deprimerad, agera på ett självdestruktivt eller våldsamt sätt, lida av beteendestörningar och psykotiska störningar. Enligt vårdgarantin ska bedömningen av vårdbehovet i mentalvårdstjänster för barn och unga inledas inom tre veckor efter att remissen inkommit. Ifall det finns ett behov av undersökningar bör dessa förverkligas inom sex veckor efter remissens ankomst. Ifall vårdbehovet konstateras vara aktuellt, gällande personer under 23 år, skall vården ordnas inom tre månader från det att vårdbehovet konstateras. (Hälso- och sjukvårdslag, 53§ Att få vård inom mentalvårdstjänsterna för barn och unga.)

Trots skolans centrala roll har det visat sig att tröskeln för basnivån att remittera till ungdomspsykiatri kan vara hög. För att underlätta denna process har olika typer av lågtröskelverksamhet i form av interventioner mellan primärvården och psykiatri (t.ex. Sihti-modellen) etablerats på varierande sätt inom olika sjukvårdsdistrikt i Finland. Denna typ av interventioner har stött basnivån, samtidigt som det har blivit lättare att remittera unga vidare till specialistsjukvård. Det har dock visat sig att dessa interventioner ej hjälpt unga med svår problematik (Pylkkänen 2004, Laukkanen et al 2010).

HUCS ungdomspsykiatri svenskspråkiga poliklinik har sedan år 2010 erbjudit ungdomspsykiatrisk vård för 13-17-åriga svenskspråkiga ungdomar och deras familjer från HUCS-området (Esbo, Helsingfors, Grankulla, Kervo, Kyrkslätt och Vanda). Verksamhetens främsta målsättning är att stödja ungdomars utveckling. Före år 2010 köptes svenska ungdomspsykiatriska tjänster av Folkhälsans tonårspoliklinik i Helsingfors (Pihlajamäki 2013, 55).

Till HUCS Ungdomspsykiatri *Klinik för specialtjänster* hör sammantaget följande tjänster för unga; beroendepsykiatriska polikliniken, neuropsykiatriska polikliniken, rehabiliteringsenheten, polikliniken för könsidentitetsutredningar och polikliniken för somatiskt sjuka. Utredningen av könsidentitet hos unga är centraliserad på riksnivå. Den neuropsykiatriska undersökningen och vården av unga som blivit sexuellt utnyttjade sker vid polikliniken för somatiskt sjuka unga. I Malm (Ratapoli) och Östra centrum finns även finskspråkiga ungdomspsykiatriska polikliniker (HNS 2014). Enligt (Mariani-Cerati 2013, 26) skall det finnas även svenskspråkig personal vid polikliniken i Östra centrum.

Ungdomspsykiatrins svenskspråkiga poliklinik är en separat enhet och tillhör kliniken för specialtjänster. På ungdomspsykiatrins svenskspråkiga poliklinik i Böle jobbar ett svenskspråkigt team med fyra anställda. Till teamet hör läkare, psykolog, socialarbetare och psykiatrisk sjukskötare. Arbetet på polikliniken avviker från de finskspråkiga teamen genom behandling av alla diagnosgrupper, medan de finskspråkiga teamen är indelade enligt grupperingarna ovan. Svenskspråkiga ungdomar från hela Nylands område vårdas på den ungdomspsykiatriska avdelningen vid Ekåsens sjukhus i Ekenäs som är tvåspråkig. Ekåsens avdelning har fem vårdplatser och tre dagpatientplatser (HNS 2014).

I Helsingfors söks psykiatrisk specialistsjukvård i första hand genom att den unga tar kontakt via elevvården eller den egna hälsostationen. Inom Helsingfors stad finns tre hälsostationer som erbjuder svenskspråkig service; Femkantens, Kvarnbäckens och Munksnäs hälsostation. Vårdkedjan för unga i åldern 13-17 inleds i skolan genom kontakt till skolans elevvård, som består av skolkurator, hälsovårdare och läkare. Inom Helsingfors stad och den grundläggande utbildningen (åk 7-9) arbetar fem skolkuratorer, tre skolläkare och nio hälsovårdare (hälsovårdarna jobbar ofta i flera skolor och på flera stadier). Vid behov av specialistsjukvård, sänds 13-17-åriga ungdomar med läkarremiss (sedan 1.4.2012) till Helsingfors TAK-poliklinik (Undersöknings-, bedömnings- och krispolikliniken) i Böle. Detta gäller icke-akuta (elektiva) remisser. Behovet av specialistvård bedöms bland annat vid svåra affektiva störningar och beteendestörningar, ätstörningar och neuropsykiatriska störningar (HUCS Psykiatri remisskriterier 2012). Innan införandet av läkarremittering kunde en tjänsteman som skolkurator, socialarbetare eller hälsovårdare, med etablerad kontakt till den unga, remittera personen i fråga vidare till ungdomspsykiatri. Syftet med omställningen var att minska på antalet onödiga remisser till ungdomspsykiatri. Farhågan gällande denna förnyade procedur handlar om huruvida detta leder till att unga i behov av vård blir utan på grund av denna utdragna process som kräver att den unga träffar skolläkaren ett flertal gånger, samtidigt som skolläkarresurserna är ytterst begränsade. (Jernström 2012, 15.)

På TAK-polikliniken utförs undersökningar och bedömning av den ungas vårdbehov, och vid enheten erbjuds även krisbehandling. Innan en remiss skrivs kan TAK-polikliniken även erbjuda skolan telefonkonsultation. Polikliniken bör ta emot den unga inom tre veckor efter remissens ankomst, utredningarna bör inledas inom sex veckor och bedömning av fortsatt vård bör göras inom tre månader. Bedöms den unga på TAK-polikliniken vara i behov av specialistsjukvård remitteras denna till den svenskspråkiga ungdomspsykiatriska polikliniken vid HUCS. I fall den unga ej bedöms vara i behov av specialistsjukvård, hänvisas denna tillbaka till primärvården (elevvården) eller till tredje sektorns aktörer (HNS 2014). Unga som har fyllt 18 år vårdas vid Psykiatriska polikliniken vid Stengårds sjukhus.

Vid akuta fall och akuta behov av psykiatrisk undersökning betjänar den psykiatriska jouren vid Haartmanska sjukhuset och Malms sjukhus (sedan 2.2.2015) Helsingforsbor som fyllt 16 år. Unga under 16 år tas emot vid Barnkliniken på Stenbäcksgatan. (Social- och hälsovårdsverket 2015.) Akuta tillstånd berör

akut suicidalitet, akut psykos och farligt destruktivt beteende (HUUCS Psykiatri remisskriterier 2012).

När det gäller behandling av psykisk ohälsa och unga är det viktigt att stärka relationer till familjen, närstående och nätverk som är betydelsefulla för den unga. Dessa utgör sociala nätverk och socialt stöd som stöder individens välmående. Även kamratstödsgrupper bör lyftas fram som en relevant resurs (Plan för mentalvårds- och missbruksarbete Mieli 2009).

HUUCS Ungdomspsykiatri svenska språkiga poliklinik heter sedan 2015 Böle ungdomspsykiatriska poliklinik, svenska språkiga arbetsgruppen.

5 Varför och hur forska ur två perspektiv?

Ifrågavarande forskning har grundats på ett samarbete mellan forskarsocialarbetare, praktiker, servicebrukare samt beslutsfattare - en dialog med flera röster. Syftet med att involvera flera aktörer handlar om att utvidga perspektiven och genom en bredare förståelse för forskningstemat kunna utveckla praktiken. Forskningen tar avstamp i Boelens (2010) aktör-relations teori (*actor-relational approach*) (ARA) där identifierade centrala nyckelaktörer samlas inledningsvis kring en gemensam problematisering.

Forskningen har vidare följt Callons (1986) teoretiska ramverk om överföring (*translative framework*) som inleddes med problematisering och identifiering av relevanta nyckelaktörer samt deras intresse för problematiken. Vidare fanns en målsättning att tydliggöra roller (*enrollment*) och till sist mobilisera allierade. I enlighet med Flyvbjergs (2001) pragmatiska definition *'the science of the concrete'* har detta krävt att man kommer så nära som möjligt det fenomen som studeras. De två centrala perspektiven i studien utgörs av professionella och servicebrukare. Enligt Nowotny et al (2001) är det centralt att de involverade parterna är delaktiga i de olika forskningsfaserna och att nätverken utvidgas.

5.1 Delstudie 1 – forskningsfrågor och material

Syftet med delstudien var att inledningsvis kartlägga hur nyckelaktörer tolkar svenskspråkig service som stöder ungas psykiska hälsa på ett brett plan samt att beskriva spektrumet av de ungas problematik för att få en uppfattning om svårnåbara unga eller unga som riskerar att falla igenom servicesystemet. Vidare tillhörde uppdraget att initiera dialogiska möten och seminarier samt analysera dem.

Kartläggningen specificerades med hjälp av följande forskningsfrågor:

1. *Vilka är nyckelaktörerna inom mentalkvården för unga på svenska i Helsingfors?*
2. *Vilka är de kritiska momenten inom stödstrukturerna och vårdkedjorna för unga med psykisk ohälsa?*
3. *Hur ser spektrumet av de ungas problematik ut enligt nyckelaktörerna?*
5. *Vilka är fungerande modeller inom stödstrukturerna?*

Forskningsfrågorna granskades genom kvalitativa individuella intervjuer och fokusgruppsamtal som utgjorde materialet för en inledande kartläggning.

Kartläggningen inleddes med materialinsamling gällande tidigare forskning samt statistik under mars 2014. Forskningsplaner fastställdes i april 2014, varefter forskningstillstånd ansöktes från samtliga involverade instanser. Ytterligare höll forskarsocialarbetarna inledande informella samtal med aktörer på fältet. Arbetet inleddes med utgångspunkt i Helsingfors stads tjänster för unga (Nuorten palvelut) som utvidgades med relevanta aktörer för specifikt det svenska arbetet med unga. Snöbollsmetoden användes ytterligare för att kartlägga centrala nyckelaktörer (Halvorsen 1992).

Bakgrundsarbetet ledde till att forskarsocialarbetaren definierade följande centrala nyckelaktörer: professionella inom elev- och studerandevård (åk 7-9 samt andra stadiet, gymnasier, Utbildningsverket & Social- och hälsovårdsverket), hälsostationsservice på svenska (Social- och hälsovårdsverket), TAK-polikliniken och HUCS Ungdomspsykiatrins svenskspråkiga poliklinik (HNS), Stengårds psykiatriska poliklinik (Social- och hälsovårdsverket), barnskydd, utkomststöd och socialt arbete för personer under 25 år, familjerådgivningen och Ungdomsstationen (Social- och

hälsovårdsverket), Sjukhusskolan (EVA-enheten, Utbildningsverket), TE-tjänster, Ungdomsverkstaden Sveps (Starten och uppsökandeverksamhet), Yrkesinstitutet Practicum (studerandevård, Utbildningsverket, Social- och hälsovårdsverket), Folkhälsan, Mottagningen för unga och unga vuxna (f.d. Tonårspolikliniken) samt Krisjouren för unga (Helsingfors Mission).

Dessa professionellas klient- och patientantal varierar. Läsåret 2013-2014 hade elev- och studerandevårdens kuratorstjänster i Helsingfors kontakt med 201 elever i åk 7-10 samt 104 studerande vid gymnasier. 8 elever i åk 7-10 använde sig av psykologtjänster. Antalet ter sig lågt och har att göra med att psykologerna arbetar huvudsakligen med årskurserna 1-6, men kan konsulteras. Läsåret 2014-2015 var motsvarande siffror för kuratorstjänsterna 195 elever i åk 7-10 och 125 studerande vid gymnasier. 13 elever i åk 7-10 använde sig av psykologtjänster. Beträffande statistiken för andra stadiet finns uppgifter från Practicum inte tillgängliga. Kuratorernas klientkontakter berör huvudsakligen frågor kring välmående, trivsel och relationer. Gällande beteendevårigheter har kontaktorsaken oftast handlat om skolfrånvaro och bristande motivation (Skolpsykologernas och skolkuratorernas verksamhetsberättelse 2012-2013/2014-2015).

År 2013 remitterades 24 svenskspråkiga unga till TAK-polikliniken, varav 19 remitterades av skolläkare. Av dessa kom 14 unga vidare i vård och 10 hänvisades tillbaka till primärnivån. På den svenskspråkiga ungdomspsykiatriska polikliniken för 13-17-åringar vårdades 57 patienter (1 137 vårdåtgärder), varav cirka tio var över 18 år fyllda. Sammanlagt remitterades 1 014 Helsingforsunga till den ungdomspsykiatriska öppenvården under år 2013. Under år 2014 vårdades 1 870 unga inom HUCS ungdomspsykiatri vilket utgör cirka 7 procent av åldersgruppen 13-17 år. I HUCS sammanfattning av ungdomspsykiatri för Helsingforsunga år 2014 (Helsinkiäisnuorten psykiatriset palvelut 2014) ingår ej uppgifter specifikt gällande svenskspråkiga Helsingforsunga (HUCS statistik förmedlad per e-post, Helsinkiäisnuorten psykiatriset palvelut 2013/2014).

Ungdomsverkstaden Sveps hade 26 unga i Startverksamheten, 20 unga i Nonstop, och det uppsökande arbetet kom i kontakt med 110 unga under år 2013. Dessa sammanlagt 156 unga fördelades bland flera anställda. År 2014 var motsvarande siffror 28 unga i Startverksamheten, 29 unga i Nonstop och 188 unga genom det uppsökande arbetet; sammanlagt 245 ungdomar. Antalet Helsingforsungdomar i Sveps verksamhet år 2013 var 156 och 2014 sammanlagt 132. Den största delen av Sveps praktikanter

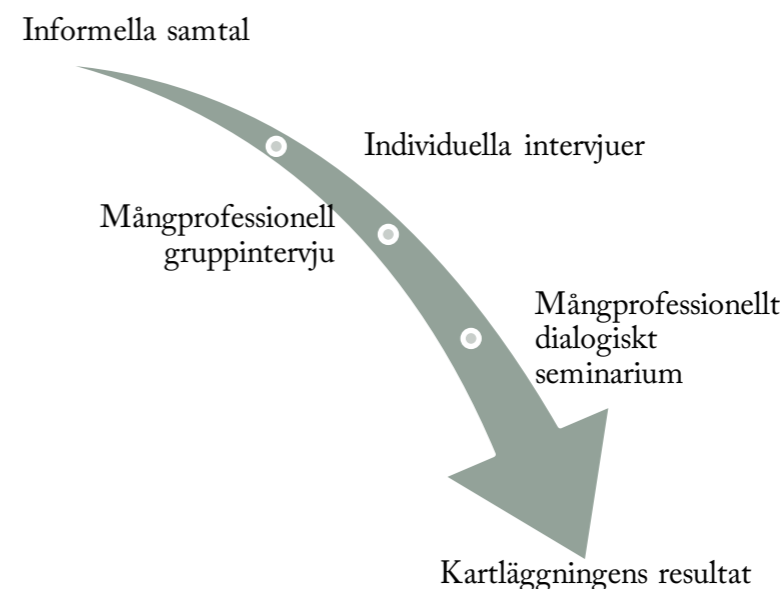
har i bakgrunden avbruten yrkesutbildning, och på andra plats kommer avbruten gymnasieutbildning (Sveps ungdomsverkstad, årsberättelse 2013/2014).

Den psykiatriska sjukskötare som finns till för samtliga fyra gymnasier i Helsingfors samt för Arcada och Practicum erbjuder ensam cirka 5 000 studeranden på andra stadiet sina tjänster. Uppgifter om antalet klienter har forskarsocialarbetaren ej erhållit.

År 2013 hade Folkhälsans Mottagning för unga och unga vuxna (f.d. Tonårspoli) 31 klienter i åldern 13-17 år samt 14 klienter som var 18 år eller äldre (Statistik per e-post från Folkhälsan). År 2013 hade Krisjouren för unga 136 klienter (som avslutat sina besök år 2013) (Statistik per e-post från Krisjouren för unga). År 2013 hade Sjukhuskolan (EVA-enheten) 10 elever i åk 7-9 (Statistik per e-post från EVA-enheten).

De centrala nyckelaktörerna intervjuades under maj-juli 2014, varefter två mångprofessionella gruppintervjuer förverkligades i september 2014. Gruppintervjun baserade sig delvis på Delfi-metoden. Det finns olika versioner av metoden. Det väsentliga är att gruppen får ta ställning till olika temaområden för att argumentera kring sina egna uttalanden i ljuset av andras. (Kuusi 2002.) Materialet bandades in, transkriberades och analyserades genom kvalitativ innehållsanalys under oktober 2014.

Ett gemensamt dialogiskt seminarium för samtliga aktörer arrangerades i november 2014 (18.11). Syftet med seminariet var informationsspridning och erfarenhetsutbyte aktörer emellan. Seminariet samlade cirka 85 deltagare från skola, social- och hälsovård samt tredje sektorn.



Figur 2 Kartläggningens process

I modellen ovan illustreras kartläggningens förlopp och hur resultaten vuxit fram under processens gång, konstant i dialog med nyckelaktörer på fältet. Kartläggningen inleddes med informella samtal och fortsatte med individuella intervjuer, varefter mångprofessionella intervjuer förverkligades. Slutligen samlades samtliga aktörer till ett avslutande mångprofessionellt seminarium i november 2014.

Den ackumulerade problematiseringen formades under denna process med flera steg. Detta sätt att arbeta möjliggjorde flera träffar mellan informanter och forskarsocialarbetare. Forskarsocialarbetaren samlade in material, som presenterades för informanterna, som i sin tur hade möjlighet att ta ställning till utfallet. Forskningsmetodiken förutsatte intensiv kontakt med fältet vilket var tidskrävande och utmanande med en begränsad tidtabell.

Utgående från det mångprofessionella seminarium som utgjorde en central del av kartläggningsarbetet sammanfattades seminariedeltagarnas syn på framtida fokusområden. Dessa fokusområden utgjordes av följande fyra behov och önskemål:

ett önskemål om involvering av unga i planering av service, ett *brukarperspektiv* och ett behov av *skräddarsydda planer med utsedd ansvarsperson* (detta berör diskussionen om ett splittrat vårdansvar och motverkandet av att tappa unga i till exempel övergångssituationer). Ytterligare fanns det en önskan om service som skulle *kombinera nuvarande fysiska stöd- och hjälpformer med online-verksamhet* samt ett behov av så kallad *Walk in-service* dit unga kan vända sig utan remiss. Frågan om hur de unga ser själv på sina behov vad beträffar service som stöder den psykiska hälsan valdes som fokusområde för delstudie två.

5.2 Delstudie 2 – forskningsfrågor och material

Denna del av studien undersöker ungas mångdimensionella och mångtydiga behov av stöd och service ur ungdomars eget perspektiv. Syftet med studien är att undersöka ungdomars erfarenheter, förståelse och agerande i situationer vilka inkluderar interprofessionellt samarbete vid psykisk ohälsa samt att belysa kritiska områden gällande svenskspråkig service som stöder ungas psykiska hälsa på ett brett plan.

Utgående från den inledande kartläggningen tydliggjordes beskrivningar av unga som riskerar att falla utanför servicestrukturer. Tre centrala grupperingar gjordes utgående från materialet; ”*gråzonunga*”, som kan ha psykosociala svårigheter men ofta saknar diagnos, unga med *skolrelaterad problematik* och unga med *neuropsykiatriska svårigheter*. Vidare poängterades det att dessa grupperingar ej behöver vara entydiga till sin karaktär och att de delvis kan beröra varandra; en ung person kan passa in i en grupp eller i flera på samma gång.

Syftet har varit att ringa in verksamheter som samlar unga med ifrågavarande problematik. Brukare som ingår i denna forskning använder sig i första hand av en mångfald olika tjänster och serviceformer, och de kan även vara brukare av enskilda insatser. Insatserna berör tjänster inom hälso- och socialvård samt tredje sektorns service som främjar den psykiska hälsan.

Väsentligt är att få en insyn i processer där flera professionella instanser varit involverade.

Följande forskningsfrågor var av intresse i denna delstudie:

1. *Hur upplever unga med självupplevd eller diagnostiserad psykisk ohälsa sin livssituation?*
2. *Hur har unga hanterat sina svårigheter och hur beskriver de tjänster och service som stöder den psykiska hälsan?*
3. *Hur vill ungdomarna bli bemötta och vilka utvecklingsförslag har de?*
4. *Hurdana serviceformer önskar de unga? Var skall tjänsterna finnas och i vilket format?*

Forskningsfrågorna granskades genom kvalitativa individuella intervjuer samt genom par- och gruppintervjuer. Intervjuerna förverkligades med unga i verkstadsverksamhet med rehabiliterande funktion, sjukhusundervisning och krisjour samt med studerande vid yrkesinstitut. I samtliga verksamheter fanns erfarenhet av mångprofessionell samverkan.

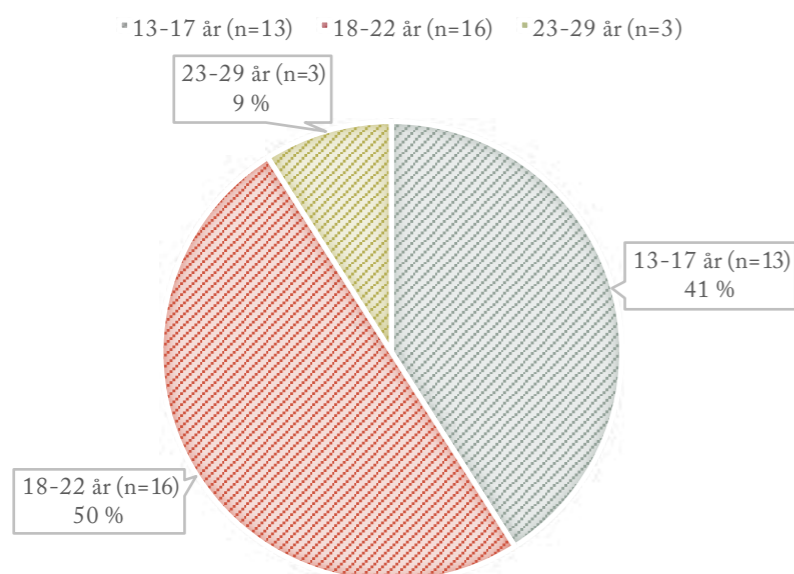
Informanterna var i åldern 13-29 år. Intervjuprocessen ägde rum under mars-juni 2015. Samtliga intervjuer förverkligades i Helsingfors. Intervjuerna räckte en till två timmar, de bandades in och transkriberades. Samtliga medverkande i forskningsprocessen informerades om forskningsuppdraget samt undertecknade ett informerat samtycke. I de fall då informanterna var under 15 år kontaktades vårdnadshavare för informerat samtycke. Ytterligare ombads samtliga informanter ge sitt samtycke till att bli kontaktade på nytt för tilläggsintervju eller -frågor.

Forskningstillstånd för forskningsuppdraget ansöktes från Social- och hälsovårdsverket, Utbildningsverket, Yrkesinstitutet Practicum, Helsingfors Mission, HUUS (Helsingfors och Nylands sjukvårdsdistrikt), Ungdomscentralen och Ungdomsverkstaden Sveps. I samtliga medverkande institutioner (Utbildningsverket, Yrkesinstitutet Practicum, Helsingfors Mission, Ungdomscentralen och Ungdomsverkstaden Sveps) fanns kontaktpersoner som hjälpte till med rekrytering av unga för intervjuerna. Kontaktpersonerna informerades om forskningsuppdraget via e-post eller telefon. Kontaktpersonerna erbjöd sina samtliga klienter möjlighet att medverka i studien. Med kontaktpersonerna kom vi överens om intervjutidpunkter och de hjälpte till med att hitta ett lämpligt utrymme för förverkligandet av intervjuerna, ofta i institutionens, skolans eller ungdomsverkstadens utrymmen. En del av intervjuerna förverkligades i Mathilda Wrede-institutets utrymmen. Platsen

valdes enligt det som var bekvämast för den unga. Samtliga intervjuade unga tackades för medverkan med en Finnkino-biobiljett.

Intervjuerna var halvstrukturerade temaintervjuer. Fyra intervjuer var gruppintervjuer, två var parintervjuer och de övriga var individuella intervjuer. Materialet utgörs av 188 sidor transkriberat material. Intervjuerna med ungdomarna utgick från de ungas livssituation och berörde deras kontakter med välfärdstjänster, upplevelser av bemötande, erfarenheter av mångprofessionella sammanhang, delaktighet samt förslag på utveckling av välfärdstjänster. Datat analyserades med hjälp av kvalitativ innehållsanalys.

Sammanlagt intervjuades 32 (n=32) ungdomar. Av dessa var 72 procent flickor (n=23) och 28 procent pojkar (n=9). Det fanns även möjlighet att uppge annan könsidentitet. 50 procent var i åldern 18-22 år, 41 procent var 13-17 år och 9 procent utgjordes av 23-29-åringar. Åldersfördelningen illustreras i figuren nedan.



Figur 3 Åldersfördelning bland informanter

Majoriteten av informanterna studerade (n=16) eller tog del av sjukhusundervisning (n=6). Några hade avbrutit sina studier på andra stadiet eller var arbetslösa men för

tillfället sysselsatta på ungdomsverkstad (n=7), och ett fåtal läste på inträdesförhör eller arbetade deltid (n=2). Av informanterna hade 14 (n=14) varit eller var klient inom den ungdoms- eller vuxenpsykiatriska öppenvården, 2 (n=2) hade varit patienter inom avdelningsvård. Endast ett fåtal uppgav klientskap inom barnskyddet. Vidare hade 14 (n=14) tagit del av tredje sektorns tjänster. Fem unga (n=5) hade erfarenhet av ungdomscentralens gruppverksamhet för sexuella minoriteter.

Under hösten 2015 involverades en ungdomsgrupp (n=6) som medforskare. Deltagarna tillhörde en grupp (n=32) som intervjuades inledningsvis. Förfrågan skickades ut per e-post till unga över 15 år gamla personer som hade gett sitt tillstånd att bli kontaktad på nytt av forskarsocialarbetaren.

Gruppen var inspirerad av Nuorten kehittäjäryhmä, som utgjordes av unga erfarenhetsexperter ur barnskyddet i Helsingfors, och som var aktiv under åren 2011-2013 (Palsanen 2013). Tukiala & Tervo (2011, 32) talar om att forska tillsammans med unga genom samforskning som metod inom socialt arbete. Tanken med detta arbetssätt är att genom kritisk reflektion öppna upp samhällsliga strukturer i förhållande till medforskarnas eget liv. Enligt Palsanen (2013) handlar samforskning även om en inlärningsprocess och empowerment. Det räcker således inte med att höra de unga; de behöver även få vara med om att utveckla och påverka utformningen av verksamheten.

5.3 Etiska överväganden

Forskningsetik står för medveten reflektion över vad forskningen kan innebära för informanter och forskarsamhället, men även för samhället i sig. Enligt Helsingforsdeklarationen behöver individers välbefinnande alltid sättas före själva forskningsintresset (Kalman & Lövgren 2012).

Då denna forskning innefattar intervjuer med ungdomar innebär detta att forskaren är särskilt uppmärksam på att ta etiska överväganden i beaktande. Inledningsvis handlade det om att värna om informanternas integritet. Det var viktigt att informanterna informerades tydligt om studiens innehåll och syfte. Både de professionella och de ungdomar som var informanter informerades både muntligen och skriftligen om deltagandet i studien. Vidare tydliggjordes det att deltagandet var frivilligt och att informanten hade rätt att när som helst avbryta deltagandet, utan att bli ifrågasatt. Forskningsmaterialet omkodades för att informanternas identitet skulle skyddas.

Samtliga informanter undertecknade ett skriftligt formulär om informerat samtycke. Det informerade samtycket användes för att skydda informanterna så att de själva fick ta ställning till om de vill ta del av forskningen (Svedmark 2012, 104). I de fall då informanterna var under 15 år kontaktades vårdnadshavare för informerat samtycke. Informanterna informerades noggrant om att intervjuerna skulle bandas in och att enbart forskarsocialarbetaren i fråga skulle lyssna på banden. Det var även viktigt att erbjuda informanterna möjlighet att ställa frågor och att kommentera både intervjusituationen och själva analysen.

Ytterligare delgavs deltagarna information om hur forskningsmaterialet skulle användas samt att de i efterhand skulle kunna ta del av studiens resultat.

6 De professionellas perspektiv – analys av kartläggning

I detta kapitel kommer den inledande kartläggningens resultat att presenteras. Resultaten är indelade i tre delar. Inledningsvis ligger fokus på *spektrumet av ungas problematik och riskgrupper*. Finns det unga som riskerar att ”falla mellan stolarna” och hur ser deras problematik ut ur de professionellas perspektiv? Vidare presenteras *kritiska områden inom stöd och vård* som vuxit fram under kartläggningens gång. Vad finns det för kritiska händelser, områden eller situationer där unga riskerar att falla utanför stöd- och strukturramar? Slutligen kommer vi in på *de ungas behov* som de professionella lyft fram för att förebygga att unga hamnar utanför servicesystemet vid psykisk ohälsa.

Kartläggningen har inte gett ett entydigt svar på ungas problematik. Spektrumet är brett och innehåller olika beskrivningar på unga i servicesystemet eller unga som riskerar att falla utanför servicestrukturerna. Ungdomarna utgör således ej en enhetlig grupp. Tre grupperingar har dock vuxit fram ur intervjumaterialet; ”*gråzonunga*”, unga med *skolrelaterad problematik – skolfrånvaro och avhopp i fokus* och unga med *neuropsykiatriska funktionsnedsättningar*. Dessa grupperingar är ej entydiga till sin karaktär och kan delvis beröra varandra. En ung person kan passa in i en grupp eller i flera på samma gång. Det är också viktigt att poängtera att en del av dessa lägen och tillstånd inte är oföränderliga till sin karaktär. I analysen kodades informanternas citat med siffror, enligt Professionell 1-22 samt verksamhetsområde.

6.1 Spektrumet av ungas problematik och riskgrupper

Professionella beskriver sina målgrupper och sitt klientel utgående från den instans eller sektor där de verkar, vilket innebär att beskrivningarna varierar och ger en bred och heterogen bild av unga som målgrupp samt möjliga olika riskgrupper. De sammanlänkande drag som professionella lyfter fram som gemensamma inom olika sektorer handlar om utmaningar för utsatta unga att hitta sin plats i det nutida samhället parallellt med att unga ställer höga krav på sig själva. Detta blir synligt i koppling till en kärvare arbetsmarknad samt en betydligt längre övergångsperiod från skola till arbete för en del unga. Klyftan mellan de som bemästrar skolsystemet och får jobb och de som inte gör det har enligt nyckelaktörerna blivit synligare och påtagbar. Samtidigt är forskningen ofullständig gällande detta område i dagens läge. Vi vet dock att skolprestation och arbetslöshet har tydliga kopplingar till den psykiska hälsan. Sven Bremberg (2014) ser en bredare samhällsförändring som orsak till ökade klyftor. Samhällsförändringen karakteriseras enligt honom av en tuff arbetsmarknad, otrygga anställningar, hårdare krav på utbildning samt en utdragen övergångsperiod från ungdomstid till vuxenliv.

Det är ju någonting i hela samhället och kulturen nuförtiden, som gör det svårare för unga att hitta en plats och det är ju inte bara det att det inte finns jobb, utan när man tänker tjugo, nå fyrtio år tillbaka i tiden, då det är ju liksom så att många av de jobb som finns duger inte. Att jag menar tidigare, någon med grav dyslexi och liksom andra inlärningssvårigheter, att den skulle ha varit helt okej med att mitt jobb blir då att städare eller liksom jobbar som närvårdare liksom, men att nuförtiden är det liksom att också sådana är att liksom att 'nä nä, högskolestudier skall det vara för mig'. Det tycker jag att jag speciellt märker här i Helsingfors, att det är en skillnad. (Professionell 10 / vuxenpsykiatri)

De professionellas beskrivningar handlar vidare om ungas förväntningar på stöd och vård. Ur resultaten framkommer att unga kan ha förväntningar på stöd och vård som inte överensstämmer med praktiken. En av de vanliga förväntningarna handlar om att problemen önskas lösas i rask takt. En annan förväntning är att man önskar få hjälp och vård när man är i behov av det. Samtidigt för de unga fram att personalen vid vårdinstanser kan konstatera att personen i fråga inte har tillräckligt allvarliga problem för att få vård. Alanen (2015) problematiserar faktumet att det inte alltid

räcker med att be om hjälp, för att få hjälp. Han lyfter fram det paradoxala i att man som ung ytterligare är tvungen att bevisa sin problematik för att få rätt till och tillgång till service.

[...] orsaken som den unga själv säger är det att de här platserna inte tycker att hon har tillräckligt stor problematik. (Professionell 9 / ungdomsverkstad)

Unga har en förhoppning och förväntningar om att vården skall vara något annat än vad det är, hoppas på att man skall lösa problemen fort. (Professionell 9 / ungdomsverkstad)

Kännedomen bland professionella om att unga dröjer med att söka hjälp lyfts även fram. Att ta det första steget som ung kan vara utmanande och kan leda till att hjälpsökandet skjuts fram under långa tider. Flera professionella för fram detta som ett särdrag specifikt bland svenskspråkiga unga och deras familjer.

Här är ju den sidan att det finns sådana som väntar jättelänge före man vågar komma, jag hade en som väntade två år och kom hit sedan. Ja, 'att jag har nu funderat här i två år att vågar jag komma'. (Professionell 6 / elev- och studerandevård)

Svenskspråkiga har en större benägenhet att hålla uppe kulisser, att de inte så gärna berättar om sina problem. (Professionell 20 / missbrukarvård)

Inom vuxenpsykiatri lyfts traumatiserade eftervårdsklienter inom barnskyddet fram som en grupp som riskerar att falla igenom servicesystemet. Dessa personer är kanske inte i ett sådant skede att de behöver samtalsvård eller psykoterapeutisk hjälp utan är snarare i behov av mer konkret och handfast stöd i vardagen. För unga instabila kvinnor och män efterlyses någon form av familjehem, som det finns för personer med diagnosen schizofreni. Enligt de professionella är det fråga om "formellt vuxna", som trots allt är i behov av familj, gemenskap och rutiner.

Det finns även ett stort behov av gruppverksamhet på den svenska sidan inom vuxenpsykiatri. Behovet av till exempel dialektisk beteendeterapi lyfts fram. Denna form av gruppverksamhet erbjuds ej på svenska i Helsingfors. Dialektisk beteendeterapi är en form av kognitiv beteendeterapi som syftar till att minska självskadebeteende hos personer med emotionellt instabil personlighetsstörning. Även behovet av grupper för unga med missbruksproblematik lyfts fram.

6.1.1 ”Gråzonunga”

Den gruppering av unga som kan definieras som tillhörande en ”gråzon” (Hansen et al 2006) kan indelas i två riktningar. Den första handlar om unga som blivit utsatta för psykosociala belastningar som påverkat den ungas liv under en kortare period. Påverkande faktorer kan handla om till exempel föräldrars skilsmässa, sjukdom eller dödsfall i den ungas närmiljö eller arbetslöshet som drabbat den unga själv eller hans familj. Under denna period behöver den unga extra hjälp för att hantera situationen. Beskrivande för personerna i den här gruppen är att de har lindrigare eller så kallade lättare former av psykisk ohälsa.

Enligt informanternas utsagor är den andra gruppen mer svårdefinierad och diffus. En socialarbetare inom tredje sektorn lyfter fram att en grundförutsättning för välmående kan saknas hos unga som blivit utsatta för belastningar under ungdomstiden. Ytterligare beskrivs stödet hemifrån ofta som bristfälligt för dessa unga. Familjens roll beskrivs som avgörande för att den ungas problematik inledningsvis ska upptäckas och för att den unga ska kunna få stöd och hjälp med att få vård. Familjens eventuella dysfunktionalitet och mångfasetterade problematik kan sannolikt förvärra situationen, då utmaningarna inte nödvändigtvis berör enbart den unga.

Elever från mångproblemfamiljer, som ofta har en förvrängd uppfattning om sina barn. De [föräldrarna] har sällan heller resurser att ta hand om sina barn.
(Professionell 5 / elev- och studerandevård)

Stödet hemifrån är viktigt. Ynglingar som lever i jättetråkiga förhållanden, föräldrar som har jättebesvärligt med sig själva. Eller arbetskoncentrerade, stora förväntningar kommer fram här. (Professionell 20 / missbrukarvård)

Flera informanter beskriver de ungas situation som diffus och ”luddig”. På grund av svårigheten att fånga problematiken kan det bli en utmaning att hitta lämpliga tjänster för dessa unga i servicesystemet, vilket leder till att den unga antingen bollas mellan aktörer eller helt faller igenom systemet.

En ung tjej som jag tänker på som jag jobbar med nu, som har blivit bollad nog helt otroligt liksom mellan en massa olika instanser, det är Aurora, det är Stengård, det är liksom, vad skulle det vara till, jo alltså den här vanliga hälsomottagningen och sedan ännu en fjärde, som har bollat henne runt och av och an och då mår hon ju nog riktigt

dåligt den här flickan. Att klara av att göra den här biten själv, det är nog svårt och det här har pågått i ett år, den här hennes process. (Professionell 9 / ungdomsverkstad)

Informanterna var överens om att detta är en bekant grupp av unga, som ofta tampas med flera samtidiga utmaningar i livet.

Det är sociala fobier, det är stor skola, jag vet inte, det är lärarna, det är mobbning, ensamhet, you name it, vi vet vad vi talar om, alla som sitter här.
(Professionell 16 / ungdomsverkstad)

Uppfattningen bland informanterna är att det nuvarande systemet fallerar i att fånga upp denna grupp av unga. De professionellas tolkning är att ju tydligare problematiken är, desto lättare är det att få vård. Enligt informanterna saknas det en mellannivå mellan primärvården och specialistsjukvården; lågtröskelalternativ som skulle vara lätta att närma sig. En socialarbetare inom tredje sektorn redogör för problematiken då unga med lindrigare problematik inte uppfyller specialistsjukvårdens kriterier.

Nå, det är just det här att om det inte finns tillräckligt goda grunder för att få till exempel specialistsjukvård och sedan igen det som skolorna dignar under är sedan igen de här, som de märker att är för svåra för dem, men inte tillräckligt svåra för specialistsjukvård. Så där egentligen blir det, att vad skall man sedan göra?
(Professionell 7 / tredje sektor organisation)

Det individuella stödet – en konkret form av handledning – sågs som essentiellt för gruppen av unga med en mer långtgående svårdefinierad utsatthet. Detta poängterades av professionella inom ett flertal sektorer. Utmaningen gällande unga med svårdefinierad eller diffus problematik handlar om att dessa frågor inte åtgärdas med en snabb tidtabell, då korta effektiva åtgärder nödvändigtvis inte är lämpliga för målgruppen i fråga. Här uppstår ett tydligt behov av social rehabilitering under en längre tidsperiod.

6.1.2 Skolrelaterade svårigheter – skolfrånvaro och avhopp i fokus

De skolrelaterade svårigheterna framfördes brett. Informanterna beskrev dels överpresterande, ambitiösa unga som kan förbli osynliga i skolan, och dels unga med avsaknad av akademiska färdigheter, unga med motivations- och koncentrationssvårigheter och unga som inte kommer till skolan - vilket leder till temat skolfrånvaro.

Den första gruppen ter sig eventuellt inledningsvis som den minst problematiska. Trots att svårigheterna inte behöver vara synliga utåt kan de vålla problem för individen. I vissa fall kan problemen även framträda i ett senare skede i livet. En stor andel unga upplever ofta oro och ångestkänslor inför framtiden, beskriver en psykolog. Unga med avsaknad av akademiska färdigheter eller med motivations- och koncentrationssvårigheter upplevs som en grupp som kan hamna utanför. En skolkurator lyfter fram skolans akademiska inriktning som en orsak samt den begränsade mängden hjälpinsatser för denna grupp i Helsingfors, detta främst vid övergång från grundskola till andra stadiet.

Skolfrånvaro skildras som ett svåracklat problem av flertalet informanter inom olika sektorer. Dessa situationer skulle kräva fungerande mångprofessionell samverkan aktörer emellan och i samarbete med familjer, för att garantera den unga ett maximalt stöd. I Helsingfors har skolor erbjudits Folkhälsans tjänster för tidigt ingripande i skolfrånvaro. Folkhälsans projekt "Tillbaka till framtiden" strävar efter att stöda kommuner och skolor genom att skapa en modell för nätverkssamarbete och handlingsplan vid tidigt ingripande i skolfrånvaro i grundskolans årskurser 7-9. Projektet grundar sig på samarbete mellan Folkhälsans mottagning för unga och unga vuxna, svenska högstudier samt barnskyddet kring skolfrånvarande ungdomar i Helsingfors. Projektet startade 2012 och avslutades 2015. Verksamhetens effekter syns dock svagt gällande det praktiska arbetet med problematiken i skolornas vardag inom ramen för denna studie.

Nedan beskriver professionella inom elev- och studerandevården samt barnskyddet sin syn på läget.

Det är det stora problemet. Jag tycker att det är det här som är den här allvarligaste trenden, just om man talar om trender, att det finns så många elever som bara blir hemma och tidigare tycker jag att det kanske fungerade med det där att man sedan byter till den här EVA-enheten [sjukhusundervisning] och då har de här eleverna fått en ny start och de har börjat gå där, men nu har vi några elever som är flyttade till sjukhusundervisning, men inte går de där heller. Och det är nog ett jätte jättesvårt problem. Och att överhuvudtaget komma dit till sjukhusundervisningen, så måste man ha en vårdrelation, så i alla de här fallen är ungdomspsykiatri med, men att deras resurser att hjälpa är så begränsade, att det skulle behövas ett så intensivt arbete med de ungdomarna och också med deras familjer. Och barnskyddet, där är ju det där, att det att man missköter sin skola är inte en orsak att omhänderta ett barn. (Professionell 5 / elev- och studerandevård)

[...] en jättestor grupp är de här som man inte får med några som helst medel till skolan, att de är klienter i ungdomspsykiatri också och så flyttas de bara från normalklass till Flexklass och därifrån till EVA-enheten, och inte går det med någon skola i EVA-enheten heller. (Professionell 13 / barnskydd)

Enligt informanterna saknas det samarbetsstrukturer och förfaringssätt gällande långvarig skolfrånvaro. Nyckelaktörerna beskriver fall av unga som samtidigt är klienter inom barnskyddet och ungdomspsykiatri och som dessutom går i sjukhusundervisning men har långvarig skolfrånvaro. Ett systematiskt uppsökande arbete som är underställt skola, barnskydd eller ungdomspsykiatri ses som en lösning.

Men här känns det ju som fokus här på något sätt i det här servicesystemet som finns är helt fel, för det är ju ingen som, ingen har en sådan service att de skulle på något sätt jobba de här ungdomarna tillbaka till skolan, känns det som, utan alla har nu lite så där någonting, men det finns ändå inte den möjligheten riktigt hos någon, alltså om man tänker på skola, barnskydd, ungdomspsykiatri i alla fall. (Professionell 1 / ungdomspsykiatri)

Nej, där skulle det nog vara någon slags uppsökande verksamhet, som är satt i system, som skulle vara underställd någon av de här aktörerna. (Professionell 21 / sjukhusundervisning)

För att det har jag tyvärr liksom två helt konkreta exempel på sådana här pojkar som har blivit hemma från skolan och det har liksom, man har jobbat med dem hur länge som helst, både i ungdomspsykiatri och barnskyddet och de går på EVA-enheten och visar sig aldrig där och ingen gör något riktigt och det finns inte liksom och där är det ju något som fattas. (Professionell 1 / ungdomspsykiatri)

I samband med frågan om skolfrånvaro poängteras vikten av att det omgående tas tag i problematiken. En psykolog ser risker i att fördröja en barnskyddsanmälan vid fall av långvarig skolfrånvaro.

[...] att man inte ingriper tillräckligt tidigt i de här skolfrånvarona, det tycker jag nog att definitivt är en risk. Och att det kan faktiskt vara så att en ungdom har varit nästan en hel termin borta från skolan och det har inte ens gjorts barnskyddsanmälan, så det är ganska skrämmande. (Professionell 15 / familjerådgivning)

Sakkunniga som jobbar med uppsökande ungdomsarbete och kommer i kontakt med unga som avbrutit studier på andra stadiet, lyfter fram avsaknaden av kontakt till vuxna i skolan som ett problemområde och som orsak till att det blir avbrott i studierna. I flera ungas bakgrund finns ytterligare problem med mobbning som ofta har ägt rum i grundskolan och som eventuellt har fortsatt på andra stadiet, utan att vuxna tagit tag i problematiken. Motivationssvårigheter är ett annat orosområde som lyfts fram bland de unga som avbrutit sina studier på andra stadiet. I den svenska studien ”Tio orsaker till avhopp” (2013) berättar unga om orsaker till avhopp från gymnasiet. Ur rapporten framkommer att mobbning och socialt utanförskap är den främsta orsaken till avhopp, medan brist på pedagogiskt stöd i skolan landar på andra plats. På tredje och fjärde plats kommer ”vuxna som inte bryr sig” och ”dåligt bemötande i skolan”. Ur rapporten framkommer vidare att den psykiska ohälsan är stor i gruppen. Rapportens resultat motsvarar och bekräftar denna studies utfall när det handlar om orsaker till avhopp.

De som liksom inte har haft kontakt med vuxna i skolan, så de faller av. Att det tycker jag att man klart märker, liksom trender, att de inte har haft den där kontakten i skolan och ingen har liksom sett, eller klarat av att ta tag i dem tillräckligt tidigt. (Professionell 9 / ungdomsverkstad)

Det är fel linje som man har valt, man har liksom svårigheter att klara skolan, kanske man har fått mycket stöd i grundskolan, man trivs helt enkelt inte i skolan, man kanske har blivit mobbad tidigare i grundskolan. (Professionell 9 / ungdomsverkstad)

Det framkommer även att förtroendet för vuxenvärlden kan ha brutits upprepade gånger, och då kan det vara speciellt viktigt att etablera en kontakt till den unga som är i behov av hjälp.

Att mycket tycker jag att handlar om det här att börja utreda att finns det förtroende, har de förtroende för någon, för det har brutit för hemska många. (Professionell 8 / elev- och studerandevård)

Som vidare orsaker till avbrutna studier rapporteras depression, ångest och missbruksproblematik. Missbruket kan kopplas till en negativ inställning till stöd och vård; att den unga själv inte tolkar missbruket som ett problem.

Det är många ungdomar som också så att säga far hemifrån på morgonen, så att säga till skolan, men inte kommer dit. Sedan finns det ju av de här som kanske kommer dit, men inte presterar så mycket och så finns det de här som bara hänger liksom någonstans då, som kanske också använder droger. (Professionell 18 / elev- och studerandevård)

Unga som röker på anser att de inte behöver hjälp. Jag är förvånad att det är så vanligt. Inställningen till cannabis är förvånande. (Professionell 9 / ungdomsverkstad)

6.1.3 Neuropsykiatriska funktionsnedsättningar

Neuropsykiatriska funktionsnedsättningar ses som ett utmanande område i spektrumet av de ungas problembild. Neuropsykiatriska funktionsnedsättningar eller autismspektrumstörningar är samlingsnamn för kvalitativa störningar av det sociala samspelet, kommunikationsmönster och en stereotyp och repetitiv repertoar av intressen och aktiviteter (Hertz 2011, 145).

Informanterna anser att det begränsade svenskspråkiga utbudet av service inom den offentliga vården i Helsingfors i fråga om neuropsykiatriska funktionsnedsättningar är ett problem. Speciellt utmanande upplevs så kallade outredda barn, vars problem

dyker upp i ett sent skede. En skolkurator ser detta i kombination med svag kontakt till familjerna och den begränsade vården som utmaning.

Klart att idealet är ju att alla sådana här neuropsykiatriska problem skall vara utredda under lågstadietiden eller så tidigt som möjligt, men alltid går det inte på det viset och framför allt just med de här knepiga familjerna, var föräldrarna grälar sinsemellan, var det finns så mycket konflikter kring ett barn, så barnets egen problematik blir undanskymt. Och då kan det sedan komma fram under högstadietiden att det här barnet har också en helt egen problematik, som är oberoende av allt det här andra strulet runt omkring och när man då skall börja reda ut, så är det just hela den här ganska krångliga och många stegs vårdkedjan som finns.

(Professionell 5 / elev- och studerandevård)

Inom ungdomspsykiatri finns det ett behov av rehabilitering för svenskspråkiga unga med neuropsykiatrisk problematik. Utmaningen ligger i att ungdomspsykiatriens svenskspråkiga poliklinik behandlar alla diagnosgrupper, medan det på finska sidan finns en separat neuropsykiatrisk poliklinik med fokus på rehabilitering.

Det som jag tycker att är kanske en svår, på det sättet är en riskgrupp, är sådana här ungdomar som lider av neuropsykiatriska störningar, svenskspråkiga. Vi har ändå tycker jag en hel del sådana som kommer hit, som har just någon sådan här autismspektrumsdrag eller ADHD, ADD, som på finska så finns det den här rehabiliteringspolikliniken [Nuorisopsykiatrian kuntoutuspoliklinikka, HUCS] som liksom sköter om och rehabiliterar sådana ungdomar, på svenska finns det ingen.

(Professionell 1 / ungdomspsykiatri)

Inom vuxenpsykiatri för personer över 18 år lyfts depression och ångestproblematik fram som allmänna problembilder och störningar bland patienterna. Då en ung vuxen ytterligare lider av neuropsykiatriska funktionsnedsättningar ses situationen som mer komplex och svåröverskådlig. En professionell talar om ”blandfall” och kopplar ihop neuropsykiatrisk funktionsnedsättning med ensamhet och utanförskap. Utmaningen ligger i att hitta vård som kompletterar den psykiatriska vården för denna grupp av unga.

Sedan finns ju de här blandfallen, där det finns någon ADHD eller någonting neurologiskt i bakgrunden, som förstås strular till bilden ännu mer. Och där kommer frågan att vart hör dom? Och det är ju kanske inte riktigt psykiatri, men det kan ha psykiatriska orsaker varför det är så, men att liksom ensamhet och utanförskap.

(Professionell 10 / vuxenpsykiatri)

6.2 Kritiska områden inom stöd och vård

De professionellas beskrivningar av kontakten med unga indikerar ett flertal faktorer som är kritiska i uppbyggandet av en förtroendefull relation till den unga. Professionella nedan beskriver vikten av förtroendet mellan den unga och den professionella för att den unga skall stödas på bästa möjliga sätt. Att vara rätt människa på rätt plats, som professionell, kan vara avgörande för en ung person som är i behov av hjälp. Unga som upplevt negativa bemötanden inom servicesystemet lyfts fram som potentiell riskgrupp, då detta kan leda till att den unga inte söker hjälp en gång till. Professionella talar om en balans mellan skapandet av ett förtroende och uppbyggandet av en relation till den unga som bygger på långsiktighet; det handlar om att övertyga den unga att komma tillbaka. På samma gång kan samarbetet upplevas som skört ur de professionellas synvinkel; det räcker inte med att du har kompetens för din uppgift; din personlighet spelar även in i mötet med unga.

Nog kan det vara sådana som inte hittar någon vuxen som man kan lita på, det är så viktigt det där. Att man måste vara ”hyvä typpi”, så att det funkar, att man kan vara ärlig, man kan ju inte hjälpa om man inte kan berätta om allt egentligen. Inte är det endast det där, jag skulle inte säga att det endast är det vad du är utbildad för, du är ju liksom personen som är instrumentet, hur det kommer att funka. Det är ofta så att de som haft dåliga erfarenheter flera gånger och tyckt att de inte får hjälp, så de orkar inte, det tror jag att är största riskgruppen. Som har sökt hjälp, har inte fått det. Men ofta är det ju också, unga är ju jättekrävande på riktigt, att om det inte riktigt går som man själv vill, så, att det är också en utmaning, att hur man får den unga att stanna kvar sedan. De är ganska noga, så det är säkert den där riskgruppen.

(Professionell 6 / elev- och studerandevård)

6.2.1 Att upprätthålla kontakten eller sända den unga vidare – en balansgång

Professionella uppger att de balanserar mellan att å ena sidan upprätthålla en etablerad kontakt till en ung person och å andra sidan sända den unga vidare till andra sakkunniga. Det förekommer en försiktighet, och man vill undvika förhastade beslut i dessa situationer. Man vill inte äventyra tilliten till den unga och riskera att den unga faller igenom servicesystemet. Det kan handla om att den professionella bedömer att den unga inte är *"beredd att fara vidare"*, vilket leder till att den professionella fortsätter att jobba med den unga. Speciellt om kompetensen finns hos den *"sändande"* parten och bedömningen är att kunskap på basnivå räcker till, tyder resultaten på att en del professionella väljer att inte sända den unga vidare till specialsjukvården.

Och får man då en kontakt, så fast man skulle vilja skicka vidare, så kan det hända att den här unga inte är beredd att fara vidare eller så känner man liksom att nej, att vi måste ännu lite jobba med den här saken, så att den kan gå vidare.

(Professionell 8 / elev- och studerandevård)

Jag har blivit själv försiktigare med det, för att jag har märkt att liksom de blir, när man får det där förtroendet för en annan människa och blir liksom lite bekant, så det är liksom jättestort steg att kastas så att säga ut härifrån och gå någon annanstans. Alltså så här låter det tyvärr, att det känns på det sättet för den unga ofta. Men förstås i nödsituationer, till exempel här under våren har varit några exempel på självmordstankar, så jag märkte liksom att, ofta är det ju den där egna instinkten som gör att man, att nu är det så att nu klarar jag inte av det här, att nu flyttar jag, att man funderar att hur skall det gå här, så då absolut. Jag har nog dragit den där linjen egentligen att det är endast sådana som jag känner att nu, nu liksom just med självmord egentligen, så då är det absolut, då har jag varit hård, att det går inte att fortsätta här då. (Professionell 6 / elev- och studerandevård)

Erfarenheterna tyder på att det inte räcker med att ge muntlig information om en annan instans. Överföring kräver konkret handledning och ledsagande, vilket det inte alltid finns resurser till.

Jag har märkt att det räcker inte alltid det att du ger information och att du skall fara hit och dit, att det skulle bli mera att du stöder faktiskt liksom, att du gör det tillsammans, helt enkelt. (Professionell 6 / elev- och studerandevård)

Professionella för fram att unga är i behov av stöd specifikt i övergången mellan ungdoms- och vuxenpsykiatri. De för också fram att rutiner och rutiner är annorlunda beträffande vården vilket kan överraska de unga som plötsligt förväntas bära ansvar över sin vårdkontakt. Dock tydliggörs det att de flesta är inkörda i att vara patient samt att det finns flexibilitet från vuxensidan inom psykiatrin, vilket underlättar fortsatt vård. En övergång för dock även med sig ett avbrott i relationen till samtalskontakten vilket innebär att den unga behöver *"börja om från början"* med en ny samtalskontakt, vilket kan skapa känslor av frustration.

Dels är det de här övergångarna och dels är det när de väl har kommit hit, och om man till exempel är van från ungdomssidan att folk håller koll på jättemycket och folk ringer och kollar upp om man uteblir, så när man då plötsligt kommer hit och förväntas ta större ansvar över sin vård, så där kan det ju bli en sådan här sak som gör att man faller igenom. Jag brukar ju nog alltid försöka ringa efter folk och sedan om de inte dyker upp så skickar man ännu ett brev hem, så de har möjlighet att ta kontakt. Så det är en sak, en annan sak är de här samtalskontakterna, så det blir så att byter människor så blir ju också, att det inte bara byter instans utan att det byter till en helt ny människa och du har kanske varit på något annat ställe och berättat allt och fått förtroende för någon och varit över ett år någonstans och så känns det som att börja om från början. Så det i sig kan ju vara väldigt tungt.

(Professionell 10 / vuxenpsykiatri)

Rusmedelsproblematik i kombination med psykisk ohälsa tenderar att utgöra samverkande problem, anser flera professionella. I Helsingfors skall man idag få vård samtidigt för mentala svårigheter och missbruksproblem. Detta sker genom förebyggande psykisk hälsovård och missbrukarbete för vuxna, som även stöds av den nationella planen för mentalvårds- och missbrukarbete Mieli 2009. Mieli 2009 framhäver att klientens ställning skall stärkas, att den psykiska hälsan och alkohol- och drogfrihet skall främjas, att problem och skador skall förebyggas och att mental- och missbrukarvård ordnas för alla åldersgrupper så att grund- och öppenvårdstjänster betonas. Helsingfors ungdomar i åldern 13-23 år med missbruksproblem och psykiatriska symtom samt deras familjer kan söka sig till ungdomsstationen (Nuorisoasema) i dessa situationer. Ur denna studie framkommer att missbruksproblematik även behandlas inom skolans studerandevård, ifall en professionell bedömer att överförandet av den unga till en annan instans kunde leda till att kontakten till personen i fråga förloras.

Just gällande Nuorisoasema, jag har lite mera själv vågat ta sådana som har cannabisproblem, förr var det ju direkt om man har drog- eller alkoholproblem för de dit, men jag har märkt att det blev ingenting av det. Just det här flyttande från ställe till ställe, så sedan har jag tänkt att det är bättre att ha någon kontakt, än ingen alls. Men jo, så det har lite minskat den där kontakten åt det hållet.
(Professionell 6 / elev- och studerandevård)

Vidare ser professionella inte att samverkan mellan mental- och missbrukarvården i praktiken ännu skulle ha burit frukt.

[...] psykvården och berusningsvården har sina egna linjer på ett sätt och det är helt tydligt från psyksidan att klienter har kunnat gå där i flera år och så får de höra att klienten röker hasch och så flyttar de klienten över hit. Vi försöker här tänka på ett, ta i beaktande hela den unga och vi skickar inte hemskt lätt till psyksidan.
(Professionell 20 / missbrukarvård)

6.2.2 Det splittrade servicefältet och hinder för samverkan

Det svenska servicefältet i Helsingfors beskrevs av informanterna som splittrat och resursmässigt begränsat. Splittringen kan ta sig uttryck i bristande samverkan, oklarheter i ansvarsfrågor, så kallat Silo-tänkande och inåtvända system. Samverkan försvåras även av administrativa sektorsgränser. De professionella på gräsrotsnivå förde även fram ledningens viktiga roll och betydelsen av att bli hörd som professionell inom den egna organisationen. Flera förde även fram avsaknaden av förståelse för svenska frågor på ledningsnivå.

Och sedan det här med språket är också en sådan sak som jag tycker att har försämrats ganska mycket nu under senaste halvåret, så råkar vi nu ha sådana ledare där som inte alls är intresserade av det här svenska överhuvudtaget och blir bara riktigt irriterade om man ens liksom nämner den här svenskan. (Professionell 1 / ungdomspsykiatri)

Att Helsingfors stad inte längre köper ungdomspsykiatriska tjänster av Folkhälsan har lämnat öppna frågor på fältet. För en del aktörer ter sig Folkhälsans roll otydlig, vilket kan påverka samverkan på fältet.

Jag måste nog säga att det [syftar till Folkhälsans tidigare tonårspoliklinik] rasade då när [år 2010] Helsingfors stad beslöt att de inte köper mera tjänster, det rasade där. Det var många jättebra som stack då. Och nu har de sökt lite sin plats, och nu vet jag inte om de har samtalsstöd eller vad det heter? (Professionell 22 / ungdomsverkstad)

Förutom ett splittrat servicefält och begränsade resurser, lyftes även orsaker till hinder för samverkan upp. Hinder för samverkan visade sig delvis ha en koppling till felaktiga förväntningar på varandra. Realistiska förväntningar torde baseras på kunskap om dem man skall samverka med och om de villkor som gäller. Förväntningarna kan dels handla om att professionella har förväntningar på varandra, och dels att servicebrukare har förväntningar på den service eller den vård de behöver. En socialarbetare beskriver hur samverkan kan försvåras av höga förväntningar på varandra och av att en klient eller patient har flera samtidiga kontakter. Detta kan även leda till att fokus flyttas delvis bort från själva vården.

När du frågade om det finns några andra orsaker eller faktorer som kan försvåra, så tänker jag ibland att det förstås också kan vara så att det finns, vi samarbetar ju mycket med andra instanser och myndigheter, att andra kanske har väldigt höga förväntningar eller felaktiga förväntningar och när patienterna har flera samtidiga kontakter, så kan det förstås hända att det blir fnurr på tråden i något skede.
(Professionell 11 / ungdomspsykiatri)

Väldigt mycket tid går åt till liksom att, förstås måste man ju alltid vara inställd på det sättet, att och ge den där tiden att etablera samarbetet, men att jag upplever att ganska mycket tid går åt till att diskutera helt andra saker än den där egentliga vården.
(Professionell 11 / ungdomspsykiatri)

Inom ungdomspsykiatri och barnskydd poängteras vikten av mångprofessionellt arbete och att inte enbart psykiatrin kan hantera en ung människas situation. Det ses som problematiskt att den psykiatriska vården och diagnostisering idealiseras då komplex problematik ofta kräver insatser på brett plan.

Se on aika tärkeätä, että ihmisen hoitaminen on kaikkea muuta kuin psykiatria, että se on sen koulunkäynnin tukemista, lastensuojelua, hyvää perhe-elämää, hyvää sosiaalipolitiikkaa yleensä, senhän me nähdään täällä. Ja psykiatriset mahdollisuudet on ylipäättänsä niin kuin yli-idealisoituja ja miten me voidaan vaikuttaa silloin kun on hyvin rikkinäiset perheet ja joku tila on jatkunut pitkään.
(Professionell 12 / ungdomspsykiatri)

[...] vi har lätt för att tänka att när man får en diagnos och kommer in i en sådan där psykiatrisk vård, vårdrör, så det där då liksom om de här barnen har egentligen bara problem med det här konkreta, dagarna och hur de klarar de sig med det, så hjälper inte alltid psykiatrin, man skall vara försiktig med det och det kanske syns i vårt jobb ganska mycket. (Professionell 2 / barnskydd)

Hinder för samverkan kan vidare uppkomma i samband med mångprofessionella möten. Enskilda aktörers roller är reglerade i lagstiftning vilket innebär att regelverket kan tilldela olika aktörer olika ställning. Tystnadsplikten lyfts ofta fram som ett hinder för samverkan.

De professionella inom ungdomsverkstadsverksamhet inom tredje sektorn för fram att de är noggranna med att diskutera *syftet* med verksamheten med den unga och med övriga nyckelaktörer. Samtidigt kan de uppleva att de är ensamma om att dela med sig av information. De bedömer att de har en djup insikt i de ungas vardag och de vill stödja de unga att ta sig framåt i sin livssituation. Samverkansprocessen utgående från deras position handlar således ej om utbyte av information, eftersom de uppfattar att de delar med sig av information men att de får ett begränsat gensvar. Det som kräver tydliggörande är således *i vilket syfte* olika aktörer går in i en samverkansprocess.

Och vi är ju väldigt öppna med att berätta sedan vad det här syftet är och varför den unga är här, speciellt för vårdpersonalen, för de behöver ju nog veta, för vi klarar oss inte utan vården, men jag upplever också att det behöver oss, för de träffar ju den unga en gång i veckan och i det här fallet två gånger i veckan (Tonårspoli), men Stengård till exempel så det där träffar ju den unga var annan veckan. Ibland har vi upplevt det som så, att det behövs mera tid och resurser därifrån, intensivare kontakt med den unga. Men vi ser den unga här varje dag, nästan, tre dagar i veckan och vi ser hur de betar sig i grupp och sen väl när de är trygga och säkra i sin roll att vara med oss här, skapa ett förtroende för oss och för gruppen, så då kommer de ju, mycket här, som vi vill eller som den här vårdpersonalen måste få veta. Så jag tycker att, jag förstår tystnadsplikten och jag respekterar den, men det där, vi är ju inte där, vi jagar inte vårdpersonal och socialarbetarna för nyfikenhets skull, vi vill ha, vi har ingen liksom, vi har inte rätt till beslut, vi har inte kompetens, vi har inte och vi behöver inte ha det, men vi vill stöda den här personen. (Professionell 16 / ungdomsverkstad)

Inom tredje sektorn upplevde man att man inte alltid blev tagen på allvar eller blev inbjuden i samarbetsituationer trots att man hade en nära kontakt till den unga och en holistisk uppfattning om den ungas situation.

Att om vi nu säger då att mentalvården, socialen kanske och någon part till där, så då om de skulle ha ett koordinerande möte, så då kanske vi inte skulle vara bjudna. Att det känns lite så här att vad är det för dagisverksamhet som ni sysslar med. (Professionell 9 / ungdomsverkstad)

De professionella kunde uppleva det som splittrat och problematiskt att den unga hade kontakt med många vårdinstanser och myndigheter samtidigt, speciellt då samverkan inte fungerade smidigt och en helhetsbild över den ungas kontakter saknades.

Olika agendor och synsätt kan leda till ovisshet för den unga, *"för om alla drar åt olika håll, så blir det ju fruktansvärt för den där unga"*.

Men det är kanske de som är svårast, för det visar också på att ångesttoleransen är så jättelag och att i sig, jättebra, klart jag uppmuntrar folk till att fara och prata och träffa andra, inte är det fråga om att jag vill ha monopol på dem, men det blir ju problematiskt om en person berättar en sak där och sen en annan sak där och sen en tredje sak där och ingen har grepp om helheten. Och visst finns det sådana, inte skulle jag säga att är det så vanligt, men det är de som orsakar mycket huvudbry. (Professionell 10 / vuxenpsykiatri)

Dessa unga anses vara i behov av en stödperson som skulle koordinera den ungas vård- och stödkontakter. Utmaningen ligger i att den unga bedöms behöva en person som koordinerar kontakterna, samtidigt som strukturer för dylika stödpersoner saknas. I praktiken kan stödpersonens roll i dagens läge innehas av aktörer inom tredje sektorn, samtidigt som professionella inom vården även uppger sig inta en stödpersonens roll. En professionell använder begreppet 'case manager' och hänvisar till Storbritannien där patienter har utsedda ansvarspersoner med koordinerande roll.

Vad jag tänker att de skulle behöva är någon sådan där utsedd 'case manager', som skulle koordinera allt det här, vilket jag känner att jag ibland blir, men då är det liksom oklart, för de kan ha kontakt till några andra ställen samtidigt och då blir det oklart att vad händer där och vad händer där och vad händer där, men kanske att det skulle finnas en given person att det faktiskt skulle finnas de här resurserna och den här personen kanske behöver stöd i flera år. Och att det skulle finnas både

tid och resurser och att det skulle vara väldigt klart att vem som har ansvar över vad. Begreppet tog jag från England där man har en utsedd 'case manager' för varje patient. Här i psykiatri faller den här rollen kanske mycket på den vårdande personen som är psykologen eller sjukskötaren. (Professionell 10 / vuxenpsykiatri)

Det var en flicka som sade att det känns lite som om det är ingen som har mina bollar i luften, så att säga som har kontroll över det. Att en säger någonting där, en annan någonting där. Då tycker jag att det har varit Sveps i det här fallet, så har jag varit den som på det sättet kontaktat dem så att vi alla har varit på samma, att vem sköter vad. (Professionell 22 / ungdomsverkstad)

Som konkreta åtgärder för att utveckla samverkan framförs samlad information om svenskspråkiga aktörer på internet samt nätverksarbete i form av dialogiska samarbetsarenor. Behovet av en gemensam webbtjänst med samlad information om befintlig svenskspråkig service för unga efterlyses. Tjänsten föreslås innefatta information om service inom Helsingfors stad, men även service angående den privata sektorn och tredje sektorn. Denna önskan poängterades av ett flertal nyckelaktörer och motiverades med att detta konkreta verktyg redan i sig skulle underlätta samverkan aktörer emellan.

Jag tänker till exempel på en konkret grej att det där, okej, det finns svenskspråkiga aktörer i hemskt många olika tjänster, både stadens egna och privata tjänsteproducenter och så här. Att det skulle kanske kunna utvecklas någon typ av databank liksom där i nätet på sådana här tjänster, där man lätt skulle kunna söka. (Professionell 2 / barnskydd)

För att vidare förtydliga samverkan mellan olika nyckelaktörer framkom olika önskemål. Ungdomsverkstadsverksamheten i Helsingfors önskade ett intensifierat samarbete med personer i socialt arbete för under 25-åringar, det vill säga med socialarbetare som arbetar med unga som lyfter utkomststöd. Önskemålet handlade konkret om att utveckla samarbetet mellan socialarbetare som jobbar med målgruppen och ungdomsverkstaden Sveps.

[...] vi [ungdomsverkstad] skulle ju önska att det är mer från socialarbetare, från socialbyråerna i alla kommuner, att kontakten skulle komma därifrån, att nu har jag liksom lilla Pelle här, nu har jag lilla Linda här som vi är oroliga för att flera månader under ett halvt år har hon då lyft utkomststöd, hon är då liksom typ, hon har inga framtidsplaner. (Professionell 22 / ungdomsverkstad)

Socialarbetarna inom socialt arbete för under 25-åringar önskade i sin tur närmare kontakt med vuxenpsykiatri. Inom vuxenpsykiatri finns ett behov att få kontakt med psykoterapeuter inom den privata sektorn som arbetar med unga, då nuläget upplevs som komplicerat och informationen svårtillgänglig. Att inte känna till psykoterapeuternas arbetsfält förorsakar frustration.

En grupp som jag skulle vilja ha mer kontakt med, men de är så svåra att nå, är de här psykoterapeuterna på privata marknaden som jobbar med unga. Ditåt kunde samarbetet fungera mycket bättre. När vi skickar vidare till något namn på någon lista eller kanske någon man personligen känner eller så hittar personen den själv, skulle kännas tryggare om man skulle veta mer om dem. Det är ett jättekrångligt system, som orsakar mycket frustration. Väldigt utspritt och väldigt "wild wild west" över det hela. (Professionell 10 / vuxenpsykiatri)

Ytterligare förmedlades en önskan om sektorövergripande nätverksarbete, som även skulle inkludera beslutsfattare och brukare.

Och det att det skulle ordnas sådana här, nå den här typen av nätverksträffar, kanske med liksom med beslutsfattare med och kanske liksom, ja olika nivåer, kanske ungdomarna själva, innovativt tänkande, kanske de själva skulle få säga någonting då. (Professionell 17 / elev- och studerandevård)

6.2.3 Servicens bristfälliga tillgänglighet och likformighet

Informanterna påtalar betydelsen av servicens, hjälpens och vårdens tillgänglighet och form. Tillgängligheten kan definieras som kritisk om det blir svårt för de unga att nå den. Resultaten visar att de olika aktörerna har olika typer av öppenhet eller mottagningssystem för målgruppen. Till en del ställen är det möjligt att gå utan tidsbokning medan andra kräver överenskommelser och eventuell remittering. Tredje sektorns tjänster upplevdes som mer lättillgängliga.

En psykolog beskriver nedan det relativt breda serviceutbudet, men pekar också på problematiken med att den unga ska kunna hitta rätt i servicesystemet. Vidare utvecklar psykologen tanken om att det som ung kan vara svårt att avgöra *när* och *hur* man bör söka hjälp.

Jag tycker egentligen att det finns ganska mycket för unga, men jag tror det är en fråga att hitta dit och hitta rätt. Ofta tänker unga att jag vill någonstans och prata och kan kanske inte riktigt själv heller bedöma hur gravt deras problem är.

(Professionell 10 / vuxenpsykiatri)

Vidare betecknas (beskrivs utmaningen med) remissförfarandet till specialistsjukvård i jämförelse med öppenheten och den låga tröskeln inom tredje sektorns service som en utmaning.

Man måste liksom hoppa flera steg före man kommer till oss [specialsjukvård]. Jag menar, söker man sig till Krisjouren, så är det att ringa dit och så får man en tid dit och så går man dit och pratar med samma människa som man pratar med sedan.

(Professionell 10 / vuxenpsykiatri)

Till oss [specialsjukvård] är det ju så krångligt att komma, så det är ju kanske många som faller bort i den processen, när de först skall få en läkarremiss och sen skall de vänta på tid här och sen kommer de äntligen hit och då har de redan talat med flera andra människor om sina grejer, så det kan nog vara frustrerande. Vi finns ju här, men vi är ju så jättesvåra att nå, just i och med det här remissförfarandet och det att det inte är låg tröskel. (Professionell 10 / vuxenpsykiatri)

Inom psykiatrin upplevs det att alternativa tjänster skulle vara till nytta för de unga patienterna. Polikliniktjänsterna beskrivs som stela och oflexibla. Det finns även en önskan om att kunna jobba utanför kontorsutrymmen, närmare de ungas naturliga miljöer, genom så kallad uppsökande verksamhet, specifikt inom ungdomspsykiatrin.

Ja, en sak som jag tycker att fattas är just den här, ett sådant här arbete som skulle ske mera liksom hemåt och borta från sådana här kontor som vi alla sitter på. Att någon slags arbetsgrupp eller instans eller vad man skall kalla det till, som skulle kunna ha möjlighet att inte vara så fast i sina kontor och byråer, utan kunna gå och arbeta intensivt med några sådana här ungdomar som, gå hem och ha möjlighet att då sitta till exempel där bredvid sängen tills den där ungdomen liksom går med på att dra täcket ner över huvudet ens och se på den här människan liksom att, inte vet jag vad det hjälper att man, att man då sitter och väntar att de här ungdomarna skall komma till någon mottagning. (Professionell 1 / ungdomspsykiatri)

En annan sak, förresten, nu kom jag på, som saknas helt och hållet på svenska, som jag tycker att är jättedumt, är det här som förut hette ”Jeri”, som liksom gör sådana

här tidiga interventioner med ungdomar, som börjar vara lite utslagna i skolan och börjar visa någon slags psykiska symptom och sänt, så det där, det finns inte alls på svenska, man har ju grundat en sådan här nu inom HUCS ungdomspsykiatri, som heter ”HYKS-Varhain” och de arbetar på finska och det finns ingen svenskspråkig där heller och de här svenska skolorna har också lyft fram det, att den servicen liksom saknas helt. (Professionell 1 / ungdomspsykiatri)

Vad gäller vårdens eller hjälpens form visar resultaten att sättet att jobba med unga med psykisk ohälsa är väldigt likformigt. Inom psykiatrin och inom andra tjänster som bemöter unga, bygger stödet och hjälpen ofta på samtal; att du som ung skall kunna klara av att diskutera din situation. En psykolog problematiserar ensidigheten i detta sätt att hjälpa unga, och frågar sig om systemet exkluderar de som är mindre verbala till sin personlighet.

Flera informanter lyfte i samband med detta fram speciellt unga pojkars och mäns svårighet att uttrycka sig verbalt om sina svårigheter.

Och sedan kanske det där att det skulle kunna finnas andra serviceformer än att sitta och diskutera, speciellt unga killar eller män kanske har svårt att gå och tala med en tant som sitter mitt emot, mera andra former. (Professionell 9 / ungdomsverkstad)

Jag upplever nog också att det är sällan som pojkar som kommer frivilligt och själva tar kontakt. Visst kan de sedan tycka att det är helt okej, bara man får dem hit och så att man kan sitta på tumis med dem. (Professionell 5 / elev- och studerandevård)

6.2.4 Den psykiatriska vårdkedjans många faser

Enligt informanterna utgör den psykiatriska vårdkedjans många faser och längd ett kritiskt område. Detta motiverades med att det i praktiken innebär att en ung som mår psykiskt illa behöver ty sig till ett flertal professionella, vilket kan vara utmanande med tanke på den ifrågavarande livssituationen och kapaciteten att genomgå denna process med flera steg och utredningar.

Där tänkte jag lite på det där du sade om att vissa saker lönar sig att utreda, att jag tycker också samtidigt att det är många många instanser som utreder och betydligt

färre som sedan liksom sköter den här vården. Om man tänker på ungdomskedjan, att först skall de till någon, först skall de till, de kanske kommer till skolpsykologen eller kuratorn, som sedan skickar till läkaren, för att de skall få en remiss till en TAK-poliklinik, där de sedan utreds och sedan kommer de till ungdoms, till er [hänvisar till ungdomspsykiatri, HUCS] och sedan rekommenderar ni en terapeut, alltså fem sex steg, räknar jag upp här. (Professionell 10 / vuxenpsykiatri)

De professionella anser att en långvarig väntan på adekvata insatser är problematiskt, och att detta kan förvärra situationen eller leda till att den unga själv hoppar av processen. Informanter speciellt inom det sociala området upplevde att vårdkedjan blivit mer medicinsk och läkarstyrd. Undersökningsperioderna är långa och fokus ligger på diagnostisering inom psykiatri. Specialsjukvårdens kriterier innebär även att det endast är de mest krävande fallen som vårdas inom psykiatri.

Och just också att man får vänta ganska lång tid. Att om man bestämt sig för att nu skall jag söka hjälp, så då går man den kommunala vägen eller via skolläkaren och då måste man kanske vänta en månad på en tid dit, sen skickar läkaren iväg remissen och den behandlas här och det tar nån vecka, några veckor och sen får de en tid hit en månad senare. Så jag menar, väntan kan också vara frustrerande. (Professionell 10 / vuxenpsykiatri)

Med detta i åtanke blir övergångarna mellan olika instanser viktiga. Det är också viktigt att de professionella känner till varandra och varandras verksamhet samt att det ordnas överföringsmöten i samband med den ungas övergång från ett ställe till ett annat. Överföringarna förverkligas på olika sätt utgående från instansen i fråga. Överföringen mellan ungdoms- och vuxenpsykiatri beskrevs som utmanande för patienterna, på grund av utbyte av personal, nya rutiner och mera ansvar.

[...] det är också en skillnad tänker jag från ungdomssidan till vuxensidan, att vi håller inte lika mycket efter dem, så om de uteblir, är det kanske ingen här som ringer tio gånger och kollar vad det är som har hänt. Jag gör det ibland, för att jag jobbat på ungdomssidan, men att vår policy, nämen här är man vuxen och här tar man ansvar för sig själv, att om man inte kommer, ringer man själv och bokar en ny tid. Så där kan det bli att de faller bort. (Professionell 10 / vuxenpsykiatri)

6.3 De professionellas syn på utsatta ungas behov

Professionella för fram att flera unga är i behov av vardagligt stöd, som i sig inte vore så svårt att förverkliga och som inte heller skulle kräva så stora åtgärder. Det förutsätter ändå att den unga kan presentera sina problem och inte drar sig undan till exempel genom skolfrånvaro. Det kan till en del handla om att den unga får stöd med att hålla presentationer i skolan eller hjälp med att hantera stressrelaterade ärenden.

Just i skolan, rädsla för att hålla föredrag eller rädsla för prov, så det kan liksom åtgärdas med jättelite, så det är, just det där att då blir man borta, många gånger blir man borta, det är ju just det att man blir borta från skolan. Men små ingrepp kan man faktiskt göra mycket. Det är sådan där vardaglig hjälp det egentligen är fråga om. (Professionell 6 / elev- och studerandevård)

Flera professionella lyfter fram vikten av att stödja unga vuxna som fyllt 18 år, men som fortfarande kan vara i akut behov av stöd och vård trots myndighetsåldern. Av stor betydelse är även att aktivera den ungas nätverk.

Det att man är 18 betyder inte att man klarar sig själv. Att det kanske förväntas lite för mycket. (Professionell 20 / missbrukarvård)

[...] då när man inte är färdig att ta emot hjälp, är det ganska svårt att bli hjälpt, om man är 18 och inte tar emot hjälpen. Det är nog en risk, att då faller man. Åldern 18 är nog ganska viktig. (Professionell 20 / missbrukarvård)

Vidare synliggörs ett behov av lågtröskelställen där unga bara kan promenera in, utan att *"behöva fylla i papper och vänta och köa"*.

Ställen att bara gå, inte behöva fylla i papper och vänta och köa. (Professionell 10 / vuxenpsykiatri)

6.3.1 Förse unga med information om var hitta hjälp och vem som kan hjälpa

Att förse unga med information om *var* de kan hitta hjälp och *vem* som kan hjälpa, lyfts fram som viktiga utvecklingsområden. Dels finns det ett behov av att tydliggöra vad olika professioner kan erbjuda för hjälp, och dels finns det ett behov av att sammanföra samtliga tjänster på en webbtjänst på internet.

Nog finns det säkert sådana som inte alls vet, säkert. Och så glöms det bort och så vet man inte. Många tror att jag är psykolog och, skillnaden mellan, det är alltid det här, vad är skillnaden mellan kurator och psykolog och vad är du, psyk.. psykiatrisk, liksom vad (skrattar). Vad är det för något liksom? De är alltid jätteintresserade och vill också veta att vad det är. (Professionell 6 / elev- och studerandevård)

Jag har en sådan här dröm om en webbportal som skulle faktiskt skulle vara bra och enkel, det finns ingen sådan! Jag har flera gånger funderat att borde jag öppna en blogg och bara sätta dit allt själv liksom, men på riktigt där det skulle vara lättillgängligt och kanske också från oss att vi inte känner till allt, men viktigast från de ungas sida att det skulle vara väldigt enkelt och inte så här... det finns det här Mielenterveystalo, som är väl översatt till svenska väl till delar, jag har inte varit inne, jag tycker sådant som finns är så jättekomplicerat och utgår så väldigt från det här medicinska perspektivet. (Professionell 10 / vuxenpsykiatri)

I Helsingfors arbetar en psykiatrisk sjukskötare för hela andra stadiet. Den psykiatriska sjukskötaren betjänar sammanlagt cirka 5 000 studerande. Denna resurs upplevs som allt för begränsad, vilket leder till att personalen är försiktig med att föra fram sina tjänster. Väsentligt vore att unga känner till den service som finns tillgänglig för dem och att en eventuell ökad efterfrågan även kunde besvaras.

Jo, jag skulle vilja ha för gymnasierna bättre service, jag känner mig på riktigt lite dålig, för att jag inte liksom ha möjlighet att ge det. Att oftast är det ju så att när jag sitter i Tölö, så är det de som går där i Tölö som kommer. Nog har det ju varit enstaka också från andra gymnasier, men det är mycket svårare. Det är liksom en brist. Jag tippas på att det skulle vara mycket fler som skulle komma hit. Jag sade då att jag försöker vara lite så här i gömman helt med avsikt, för att jag vill inte att det inte blir en sådan rusning här att jag inte klarar av det. Det har en gång varit en sådan situation

att det kom för många, så att jag hade ingen möjlighet att hålla, så då har jag liksom satt vidare till Krisjouren och genast sagt att nu är det så att här är helt fullt. Ja, jag skulle göra det här annorlunda själv om jag skulle få, om jag skulle få fria händer. (Professionell 6 / elev- och studerandevård)

6.3.2 Behov av socialt rehabiliterande verksamhet för unga

Nyckelaktörer inom ungdomsverkstadsverksamheten uppger att det saknas rehabiliterade verksamhet för unga på svenska. Ungdomsverkstaden Sveps Startverksamhet har en rehabiliterande karaktär, men räcker inte till för samtliga ungas behov. Nu händer det att svenskspråkiga ungdomar hänvisas till finskspråkig rehabilitering. Den nya socialvårdslagen eftersträvar att garantera unga en egen kontaktperson, bedömning av servicebehovet och riktad social rehabilitering (17§, Socialvårdslag 1301/2014).

Nä, nu är det ju den här lägre som ännu lägre rehabiliterande än vad vi är, så det skulle nog behövas, att man måste ju lite fundera vem man tar in hit, för att det inte skall liksom, man har de här 16-åringarna som egentligen mår helt bra men inte klarar av att studera för att det är fel linje och så har man de här som mår dåligt, som är på väg upp, det är helt okej, men sedan när man tar någon som är handikappad eller liksom i ett ännu sämre skick, så då det får, jo, vi har ju vissa som varit här en dag och provat och sagt att 'nä, men att de är ju helt cp-skadade' eller vad man nu har uttryckt, att där måste man försöka hålla den här balansen att hur många svåra fall man tar och hur... (Professionell 22 / ungdomsverkstad)

Nä som socialtränare och person här i Startträningen så har vi ju märkt att vi måste handleda eller hänvisa till finskspråkiga verksamheter, när det gäller rehabilitering. (Professionell 16 / ungdomsverkstad)

7 De ungas röst – analys av intervjudata

Hur ser de unga själv på sina behov vad beträffar service som stöder den psykiska hälsan? Hur ser servicesystemet ut ur ett brukarperspektiv och hur kunde det utvecklas? Dessa frågor står i fokus i den andra delen av forskningsuppdraget, och de resultat som presenteras i detta kapitel innefattar de ungas röster. I analysen kodades informanternas citat med flicka eller pojke och ålder.

Resultaten är indelade i åtta temaområden. Det första temat öppnar upp ungdomarnas hantering av psykisk ohälsa. Det andra temat berör ungas syn på bemötande, hur unga uppfattar professionellas bemötande och hur det optimalt kunde fungera för att främja delaktighet. Det tredje temat gäller ungas syn på delaktighet i hjälp- och vårdssituationer. Det fjärde temat synliggör ungas behov av hjälp, med fokus på rehabiliterande psykoterapi. Det femte temat beskriver kortfattat ungas syn på psykiatriska diagnoser. Kapitel sex handlar om ungas syn på samverkan och mångprofessionella nätverksmöten, medan kapitel sju och åtta beskriver miljöer som är lätta att närma sig. Till sist redogörs det för utvecklingsbehov ur ett ungdomsperspektiv. Beskrivningarna berör mentalvårdstjänster på basnivå och inom specialsjukvården, närmare bestämt skolornas elev- och studerandevård, ungdoms- och vuxenpsykiatrins öppenvård i första hand samt tredje sektorns service, men även ungdomstjänster och utbildning som stöder den psykiska hälsan.

7.1 Undvikandets cirkel – ungas hantering av psykisk ohälsa

Ett tema som är relativt rikligt representerat i materialet är *undvikandet av att söka hjälp* vid psykisk ohälsa. Temat berör berättelser om att bemästra psykisk ohälsa på egen hand, där inåtvända beteendemönster är framträdande. I dessa berättelser ser flera unga tillbaka på sitt liv och skapar en förståelse för sitt tidigare beteende. I en del beskrivningar ingår en *vändpunkt*, då det skett en tillfällig eller permanent förändring i sättet att hantera den psykiska ohälsan på, och också i själva hjälpsökandet. Vändpunkten förknippas ofta med en *kris*, till följd av att hanteringen av det egna måendet urartat och drastiskt förändrats till det sämre. Undvikandet var vanligare bland de unga vuxna informanterna, medan de minderåriga uppgav att deras vårdnadshavare hade en aktivare roll i deras liv och eventuell vård av psykisk ohälsa.

Att hantera psykisk ohälsa på egen hand förknippas med minimerande och förminskande av symtom på psykisk ohälsa. Man genomgår tunga perioder utan att alltid veta "vad det var". Osäkerheten och skammen över det egna måendet bidrar vidare till förminskandet av symtomen, "för jag liksom skämdes över det att jag mädde dåligt och var inte stark". Man sätter energi på att upprätthålla skenet av att "allting är bra" för föräldrar och professionella man eventuellt har kontakt med, samtidigt som man skuldbelägger sig själv för att inte öppna upp sig och den vägen hitta vägen till att börja må bättre, "vi [hos psykolog] diskuterade allt på ytan om mig och mitt mående och gick inte någonsin ner dit på djupet och det liksom, det fortsatte sedan det där illamåendet, just på grund av att jag inte talade om vad som var fel och hur det kändes inne i mig och så här". Att vara svag och inte orka förknippas med misslyckande. Föraktet mot svaghet är påtagligt.

Ett individualiserat ansvarstagande är vidare beskrivande för situationen. I kampen mot den psykiska ohälsan ingår en daglig strävan efter normalitet och normativitet. Resonemangen präglas av motiveringar till att inte vara i *behov* av hjälp, "inte behöver jag någon psykanalys", samtidigt som man senare i livet kan konstatera att "då skulle det säkert ha hjälpt jättemycket att fara och tala med någon". Det är speciellt pojkar som för fram dessa tankar i retrospektiv.

Kanske ungefär där vid högstadiet och sedan då jag gick på tian, då skulle det säkert ha hjälpt jättemycket att fara och tala med någon, men jag funderade att 'nej nej, inte behöver jag någon psykanalys', att det här är nu bara någonting som man lever med och far vidare med. (Pojke, 21 år)

Issakainen (2014, 180) talar om ungas upplevelser av att behöva "samla sig" (*pulling oneself together*), där den unga utgår ifrån att upplevelsen av psykisk ohälsa handlar om en del av livet, som man enbart behöver utärda.

Biddle et al (2007), som analyserat ungas hantering av psykisk ohälsa genom "The cycle of avoidance", tolkar undvikandet av hjälpsökning som centralt. Undvikandets cirkel illustrerar ungas förståelse av psykisk ohälsa genom en indelning i "normal" (*normal*) och "verklig" (*real*) psykisk ohälsa. Ett sätt att hantera sin så kallade nöd på sker genom normalisering, vilket även ger skäl för att inte söka hjälp. Så länge den unga upplever att måendet kan kategoriseras som normalt, bemästrar hen situationen på egen hand och befinner sig således i undvikandets cirkel. Tröskeln för att söka hjälp är hög och leder för en del till ett krisstadium innan de söker hjälp. Stigma hade stor betydelse i modellen, då informanterna i studien förknippade stigmatiserande stämpel med den verkliga kategorin av psykisk ohälsa. Att vara i behov av hjälp kopplades även starkt ihop med sjukhusvård. Att söka hjälp uppfattades även som att förvandla något privat till publikt och officiellt, vilket ansågs vara negativt.

Flera av de unga som intervjuats inom ramen för denna studie har befunnit sig eller befinner sig som bäst i, vad som kan tolkas som en "undvikandets cirkel". Trösklarna har varit höga och undvikandet tar sig uttryck på olika sätt. För en del kan det handla om social isolering eller långvarig skolfrånvaro, för andra kan det förknippas med olika former av självskadebeteende, som ätstörningar och sexuellt destruktivt beteende. Att dölja problematiken för så många som möjligt i ens omgivning är beskrivande för beteendet.

Jag har helt brutit av all kontakt, så långt det har gått. Att jag har inte kommit iväg till exempel till skolan eller vart jag skulle vara, jobb. Och jag har inte varit i kontakt med kompisar och inte bestämt, varit aktiv och bestämt träffar, ganska så där bara blivit hemma. Och sedan också för familjen försökt dölja att det inte är något problem. (Flicka, 29 år)

Trots att unga kunde uppfatta avvikelser i sitt måendet och i sitt personliga beteende, och uppleva till och med stark oro för sig själva, "alltid då och då kom det sådana där känslor att nu är inte allt okej", "i värsta fall trodde jag att jag skulle dö eller något liknande", valde en del att fortsätta bemästra situationen på egen hand. Inåtvända beteendemönster formas av upplevelser av krav och "mästen" samt av möjliga negativa konsekvenser. Att "måsta klara sig själv" eller "om jag inte tar mig själv i kragen nu, så...",

var allmänt förekommande tankar som de unga lyfte fram. En del resonerade kring tanken om att de förtjänade att må illa och att det var på deras eget ansvar att ta hand om situationen, *"att det är bara jag själv som kan göra någonting åt saken och sedan tänkte jag också att jag är bara dömd till det här eländet"*. Unga med en längre historia av psykisk ohälsa kunde även befinna sig i undvikandets cirkel, för att ge bilden utåt av att de börjat må bättre och klarar av att må bra, *"eftersom jag tidigare mått psykiskt dåligt, så vill jag ju att det skall vara så där att det skall hållas, och sedan om jag börjar må sämre igen, så känns det att jag skäms, att jag är på något sätt dålig, att jag inte har klarat av att må bra."*

Ungas motvillighet till att söka vård för psykisk ohälsa var relaterad till frågor gällande deras identitet samt stigmatisering. Flera unga uttryckte ett motstånd till att bli identifierad eller kategoriserad som en psykiskt sjuk person, *"att blir jag då sedan liksom klassificerad som någon 'sinnessjuk person'"*. Enligt Goffman (1963) skulle detta kunna förstås som en förstörd identitet (*a spoiled identity*). Oron handlade även om att behöva äta mediciner för sitt mående, *"och måste jag sedan börja ta några 'happy pills' eller någonting"*. Generellt sett fanns oro för att bli stämplad som psykiskt sjuk, samtidigt som de unga själva ifrågasatte detta tankesätt som kunde förknippas med mystifiering och med klichéartat och stereotypiskt tänkande i samhället, *"att det finns nog en liksom nivå av liksom 'urban legend' och rädsla över att söka efter hjälp"*.

Det att om man har benet av eller någonting, det är helt okej. Men om man är psykiskt sjuk, så då är det direkt på något sätt konstigt. (Flicka, 18 år)

Konfidentialitet var en fråga som flera unga förde fram som ett orosområde när det gäller att söka hjälp. Oron förknippades med frågor om att äventyra sin integritet, vilket i sin tur kunde ha eventuella negativa konsekvenser för framtiden, och specifikt framtida arbetsmöjligheter lyftes fram. Flera unga beskrev en oro för att hamna i ett *"system"* eller i *"något register"*. Vidare motiverades oron med *"för sedan kommer det dit någonstans i pappren att man har, sedan blir det liksom fast där", "sedan blir det dit på maskinen" samt "att bli stämplad med något problem"*. En del unga förhöll sig skeptiska till eller hade negativa erfarenheter av elev- och studerandevårdspersonalens tystnadsplikt, explicit i fall av mobbning.

Jag sade [till skolkuratorn] att det här är konfidentiellt, att jag vill inte att du går och berättar det här åt den pojkgruppen som mobbar mig, att jag vill inte, att du får sköta det på något annat sätt så att de slutar mobba mig. Men det är hemskt oprofessionellt att man går och lämnar sin tystnadsplikt och går direkt och talar med den gruppen.

Det betyder ju bara att jag får bara mer och mer, kan man säga, skit på mig. Så jag tänkte att jag går inte dit fler gånger. (Flicka, 22 år)

Nej, de gör inte det [hänvisar till att professionella inte håller sin tystnadsplikt]. För jag vet många människor som jobbar inom branschen [social- och hälsovården] som inte håller sin tystnadsplikt, så den har liksom gått den där 'luottamuksen' av mig genast, att jag litar inte på det. Och på något sätt är man sedan rädd att om det står någonstans något, så sedan om någon fast arbetsgivare skulle se, så 'nä, inte tar jag nu dig hit på jobb, att du har någon gång haft problem, så du kommer nog inte hit, vet du'. Det är lite så där, att inte vill man sedan på något sätt gå dit och ta risken och sedan blir det dit på maskinen. (Flicka, 18 år)

En del unga berättade om ett krisstadium då de upplevt att det ej längre går att bemästra situationen på egen hand. För en del har det handlat om år, *"ja, efter då fyra år att försöka på det"*, innan de sökt hjälp. Krisen som vändpunkt kännetecknas av starka beskrivningar av akut psykiskt illamående, som kunde ta sig uttryck i form av panikattacker, *"jag tog först kontakt när jag mådde faktiskt liksom faktiskt illa, och det höll på gå liksom jätteilla"*, som förknippas med bland annat rädslor för döden, *"då trodde jag på allvar att jag höll på att dö", "sådan där dödsrädslan och allt sådant där som tog helt så där massor över"*.

Så tror jag det var på gymnasieettan kanske, så fick jag en sådan där ordentlig liksom panikattack och då måste jag liksom fara till sjukhuset, för då trodde jag på allvar att jag höll på att dö eller något liknande, att då fick jag inte luft alls och det blev jättejobbigt för mig. Att efter det så förstod jag att, okej, att nu måste jag på riktigt ta den där hjälpen emot, att det här blir inte till någonting annars, att jag får vara rädd hela tiden att det händer på nytt och på nytt och på nytt. (Flicka, 20 år)

Alla informanter beskriver inte en vändpunkt genom en kris. Att befinna sig i en så kallad undvikandets cirkel kan för en del unga vara ett naturligt sätt att hantera en situation av psykisk ohälsa på. Biddle et al (2007) menar att om symtomen tolkas som relativt oproblematiske, kan cirkeln utfalla som ett lämpligt och rimligt sätt att hantera sitt mående på.

"Att söka hjälp ser jag att är en övningsfråga. Med tanke på det hade jag själv i början hög tröskel, men ju mer jag just gick och tala, så desto lättare blev det sedan, ribban sänktes." Så beskrev en ung kille hjälpsökandet; som en övningsfråga där övning kan leda till

färdighet och där skolorna har en väsentlig roll i förmedlandet av information om till exempel elev- och studerandevårdens tjänster och service.

Flera unga uttalade sig om personliga orimliga uppfattningar om stöd och hjälp, som enligt deras egna tolkningar senare visat sig vara orealistiska och missvisande. Ett typiskt drag i berättelserna är en negativ syn på professionella inom vård och stöd, ”så där att de som arbetar där på riktigt inte alls bryr sig”. En kille menade att en orsak till att unga män i mindre utsträckning söker sig till skolornas elev- och studerandevård är att de uppfattar den som ett mindre professionellt alternativ, och att de därför föredrar andra tjänster till exempel inom tredje sektorn, utanför skolans ramar, ”för att jag tror att man tror att eftersom det finns sådan här helt professionella platser, som man kan gå till, att man ser skolan lite som sådan här, ja, sämre alternativ. Att man kanske hellre går någon annanstans”.

Ett annat utmärkande drag är distinktionen mellan de grupper av unga som inte söker hjälp och de som gör det. Enligt Bauman & May (2004) skapas på så sätt en *vi-grupp* och en *de-grupp*. Mellan grupperna uppstår ett motsatsförhållande, vilket betyder att *vi*-gruppen är beroende av *de*-gruppen, för att kunna definiera sig själv som något bättre, ”i ljuset av den andres lumpenhet framstår den egna identiteten som desto bättre” (Lalander & Johansson 2012, 34). Det är speciellt unga män som framför dessa tankar. Ur en killes beskrivning av *de*-gruppen framkommer hur han tar avstånd från deras beteende och identifierar sig starkare med en *vi*-grupp, som inte är i behov av stöd eller hjälp och som han uppfattar som överlägsen och felfri, ”kanske det var mest att det var sådana här som bara gick och tvåågsdeppa dit. Att det var folk som bara gick och talade om några dumma problem.” Goffman (1963) menar att varje stigma är skapat av ett ”vi”. Vidare uppges det att man upplever grupstryck och att man känner sig annorlunda och utanför om man söker hjälp inom ramen för skolan, ”att det kan uppstå jättemycket grupstryck och att man kan känna sig jätteunderlig om man måste söka någonstans, så därför tycker jag att det är ganska viktigt att reklamera det här att det kan var några helt små saker också, som man kan söka hjälp för.” På grund av detta är det av stor vikt att skolans personal för fram att hjälp och stöd kan sökas även för mindre frågor och vardagliga funderingar.

[...] många tänker kanske att man måste vara så där nästan självmordsbenägen för att kunna söka hjälp, men jag tänker så där att det kan säkert räcka med, vet du, att om en kompis till exempel flyttar till en annan stad och så kan man känna sig ensam, eller någonting, så redan för det. (Pojke, 16 år)

Vidare berättade dessa unga män om hur deras syn förändrats totalt efter ett första besök hos en hjälpinstans, ”sedan när jag kom dit, så svängdes nog den här bilden helt, att det var, det fungerade jättebra för mig”, ”Ja, nå första gången jag var där, så gick jag iväg lite småskrattande för mig själv, att det var sedan också ganska bra”. Också flickor beskrev liknande upplevelser, och även de hade haft fördomar om att bli dömda och ”att det skulle vara hemskt”.

[...] men i själva verket så var det ju helt tvärtom, att de var helt, eller de är helt übersnälla och liksom förstående och det märks liksom att de faktiskt bryr sig. Det har liksom varit en positiv upplevelse nog. (Flicka, 21 år)

Intervjuaren: Så du var orolig att du skulle bli på något sätt stämplad, eller?

Ja. (Flicka, 21 år)

Intervjuaren: Varifrån kommer en sådan tanke, tror du?

Jag vet inte riktigt, från samhället. (Flicka, 21 år)

En flicka berättade om sina fördomar gentemot verkstadsverksamhet, som hade föreslagits för henne då hon avbrutit sina gymnasiestudier, och hur hennes orimliga förväntningar omkullkastades då hon vågade ta steget och närma sig verksamheten, ”jag var så där att ’nej, att jag vill inte gå dit’, att det var liksom massor med fördomar där också att där är bara konstiga människor och så här och ännu på hösten så var det lite att ’nej, jag vill inte fara dit’. Så började jag där och så märkte jag att jag hade varit helt fel av saken, att det var jättetrevliga människor, jag tycker att vi hade jättebra grupp då när jag började.”

En vanlig uppfattning är att hjälpsökande hänger på ens egna initiativ och på ett personligt ansvar, eftersom ingen kommer att erbjuda hjälp och stöd, ”mest är det nu det där egna initiativet, för att ingen kommer ju till dig så där att ’hej, vill du ha hjälp?’”. För en del ungdomar var det naturligt att tala om sina svårigheter med familjemedlemmar eller vänner, och detta motiverades med uppväxtvillkor och att de aldrig hade behövt skämmas över sig själva och sitt mående.

Nä, jag har blivit uppväxt på det sättet att man behöver inte skämmas över någonting. Och att, till exempel det att jätteofta om någon är sjuk eller har det svårt eller någonting, så det blir som att det skall man inte tala om, men att jag har blivit just uppväxt åt motsatta hållet, och då brukar jag tala med mamma eller, nå nuförtiden också med pappa en del. Eller en vän eller någonting. Det hjälper mig helt massor att jag får förklara situationen och sedan försöker jag fara ut på länk eller någonting. (Flicka, 18 år)

7.2 ”Det är säkert det viktigaste, att du faktiskt lyssnar” – ungas förståelse av bemötande

Genom att se på vad unga berättar om bemötande, kan vi skapa oss en förståelse för vad som är av betydelse i etablerandet av förtroendefulla relationer till unga i behov av hjälp. När unga kommer i kontakt med professionella inom skola, ungdomspsykiatri eller inom tredje sektorn, finns det vissa faktorer som är avgörande för att en relation skall kunna formos och etableras. För ungdomarna är det viktigt att den professionella lyssnar, tar dem på allvar och erbjuder konkret stöd samt att det finns tillräckligt med tid för att etablera en förtroendefull relation, *”det är säkert det viktigaste, att du faktiskt lyssnar. Det är jättemycket lättare att gå därifrån med en bra ’feelis’ om du har suttit med en människa som faktiskt har lyssnat på dig och tittat på dig, när du pratar med den”*. Att den professionella är noggrann med att inte äventyra den ungas integritet är ytterst viktigt. Även personkemi kan från de ungas perspektiv spela en väsentlig roll och leda till snabba förändringar eller till och med avslutningar på relationen, *”jag har ju gått till hon hälsosystemen där, men hon tyckte jag inte alls om, så jag undviker att gå dit”*. Det handlar om sårbara situationer, där den ungas motivation inte är självklar och tröskeln för att närma sig en professionell generellt är hög. Professionellas lyhörddhet och närvaro formas till nyckelord.

Gott bemötande ur de ungas perspektiv handlar om att känna att någon *”bryr sig”* och har *”ett intresse”*, att man blir tagen på allvar och att professionella är känsliga med sitt tolkningsföreträde. Att bli respekterad, inte negligerad. Negativa upplevelser av bemötande kunde handla om att behöva överdriva för att bli tagen på allvar och få hjälp, *”jag kände att jag måste på något sätt överdriva för att få henne att fatta att jag liksom är seriös och att jag vill nu ha hjälp”*, eller att uppleva sig som ett arbetsobjekt, *”som på något sätt skall föras vidare eller projekt som bara skall fås undan”*.

Kanske det att man får respekt och att man inte liksom, att fast den där läkaren är mycket högre än jag, att den inte liksom skulle ta fram det på något sätt, att det liksom skulle vara en helt vanlig diskussion mellan en patient och en läkare, att kanske respekten är det största och det att man lyssnar, lyssnar på patienten, på vad patienten vill, vad patienten tycker om sin vård, sina mediciner, sina samtal. Lyssnar på den i stället för att dra sina egna slutsatser. (Flicka, 22 år)

Bemötandet påverkades även av den fysiska miljön och platsen där den unga kommer i kontakt med professionella. Unga förde fram tankar om den fysiska miljös inverkan när de söker hjälp. En del unga förknippade vård av psykisk ohälsa med sjukhusmiljöer, som ej upplevdes som välkomnande och mottagande. I stället uppskattades vardagliga miljöer där de unga kan känna sig avslappnade och hemma, *”det så hemtrevligt, att de har mycket mysbelysning och så får man ju ta kaffe eller te eller kakao, om man vill ha”*.

Att det ser mer ut som ett typ litet vardagsrum, i stället för något sådant här vitt, sterilt kontor, typ. Det är inte alls som på sjukhus. Och jag tycker det är jätteviktigt för, i alla fall, jag slappnar mycket bättre av i liksom sådana här hemmiljöer. (Flicka, 21 år)

Flera unga problematiserade det nuvarande vårdssystemet. De unga tycker att det inte verkar finnas tid för skapande av förtroende och relationer, utan att det är kostnadseffektivitet som är ledord, *”att skapa förtroende till en annan person, att som ung är det jättesvårt. Och hela vårdssystemet känns som att man bara skyndar på och häsar igenom, att du skall bara vara en kort stund på avdelningen och du har bara liksom fem gånger du får träffa den här personen och det tar jättelång tid innan man får förtroendet ens att hjälpa, så det kan hända att de där fem gångerna går till att ’okej nu känns det som att jag kan berätta om vad som egentligen tynger mig’ och då är det slut. Allting kostar ju, det förstår man”*.

Vidare förmedlade de unga att de kände på sig om en professionell verkligen var närvarande i hjälpsituationen genom tolkning av verbal och ickeverbal kommunikation. Ifall den unga inte kände förtroende för den professionella, kunde detta leda till exkludering av hjälparen och avbrott i vårdrelationen, *”jag har ju talat med ganska många och sedan när jag har haft depression och också ätit mediciner för det, så om jag inte har tyckt om någon, så har det lett till att jag har sedan inte varit dit”*.

Ett sätt att etablera en fungerande kontakt till den unga är att erbjuda en plats utan krav, en plats som inger en känsla av trygghet och tillit och där den professionella anpassar sitt stöd efter den ungas aktuella resurser och förmågor, *”att de liksom lite matchar sitt beteende också”*.

Nä, det är tyst och där finns inget jag behöver stressa över. Då det är som ett utrymme var jag vet att då jag kommer dit, så behöver jag inte stressa över någonting. Så det på något sätt lugnar ner mig och sedan få diskutera om någonting annat, så får man

tankarna bort. Faktiskt från den här skolan så har jag fått så otroligt mycket stöd av [namn på professionell], att det är nog helt toppen. Han har hjälpt helt massor. (Flicka, 18 år)

Vidare önskar unga komma i kontakt med en professionell som förmedlar mänsklighet, en människa med känslor och erfarenheter – vilket kan ta sig uttryck i ett empatiskt bemötande av den unga. Unga uppskattar professionella som delar med sig av sitt eget liv, ”att de kan komma in i den där diskussionen och också liksom berätta erfarenheter av deras liv”. De gillade inte att professionella satt tysta och dokumenterade i sina anteckningsblock vad de unga sade. En ung man tyckte att de bästa hjälparna är de med personliga erfarenheter av liknande saker, ”de bästa kuratorerna är ofta de som själva har gått igenom liknande saker”, men visste dock inte på vad detta baserades, ”jag har antagit det själv, för att annars skulle de inte kunna tala lika bra om de här sakerna”. Upplevelser av att bli förstörd av professionella hjälpte även den unga att förbinda sig till hjälpen och vården i fråga.

Så gott som samtliga informanter förde fram vikten av att få tala svenska då man söker hjälp. Avsaknaden av svenskspråkig service synliggjordes inom ungdomspsykiatri, specifikt gällande läkartjänster, i kontakten med skolläkare och psykoterapeuter samt på hälsostationer i Helsingfors. I övrigt hade informanterna fått service på svenska. Vikten av att få tala sitt modersmål illustreras genom följande citat.

Jag är så dålig på finska att liksom att ta en finsk terapeut så skulle inte riktigt gå någonstans, för att jag tror inte jag skulle förstå terapeuten så bra och inte att heller terapeuten skulle förstå mig så bra, vilket skulle göra att det skulle ta väldigt mycket längre, än om jag skulle ha en svenskspråkig terapeut. (Pojke, 14 år)

För mig är finskan ganska svag, så det är nog ganska viktigt. Och inte skulle jag ha sökt hjälp, om jag inte skulle ha hittat svensk hjälp. (Pojke, 16 år)

7.3 ”Vad tycker du, hur skulle du vilja göra det här?” – ungas tankar om delaktighet

När intervjuaren väckte diskussion om delaktighet, blev utfallet varierande. Variationen berodde på informanternas ålder, tillstånd av psykisk ohälsa och erfarenheter av stöd- och vårdssystemet.

Gemensamma nämnare handlade om att kunna bibehålla sin autonomi och sin integritet samt att få delta i processen inom ramen för det stöd och den vård som de tog del av. Detta hade inte alla erfarenhet av. Att kämpa för att vara delaktig kan kännas som övermäktigt vid fall av psykisk ohälsa. Speciellt unga med erfarenhet av den psykiatriska vården upplevde att de inte hade blivit hörda inom ramen för vårdprocessen, specifikt i kontakten med läkare, ”det känns så där som att det har varit en läkare som har jättestor auktoritet och bestämmanderätt och som patient så har man inte riktigt någonting att säga till om”. Här berättade de unga att de hade blivit satta på plats, ”liksom att man är en patient” och att de inte hade haft ork att protestera eller ens föra fram sina egna åsikter eller synpunkter, på grund av det psykiska illamåendet, ”jag har inte alltid haft den där orken att stå på mig, för att jag mått så dåligt”. I dessa fall för de unga över ansvaret på de professionella så att de ska involvera den unga i vårdprocessen. De unga önskar att professionella skulle involvera dem i vårdprocessen genom att lyssna och fråga om deras åsikt i ärenden som berör dem. De för vidare fram att samma schablonmässiga sätt att arbeta på med unga inte alltid fungerar, då den enskilda individen och dess åsikter behöver beaktas och respekteras.

Nä, jag tycker att man skall lyssna på dem [unga] och fråga dem att vad tycker du, att inte liksom så där alltid göra på samma sätt och tänka som en läkare och så gör man bara, att så här står det i någon bok. För att alla är individer och alla tycker olika, så jag tycker man borde försöka hitta det sättet som fungerar för just den personen och sedan liksom, ja, jag tycker det är jätteviktigt att man skulle fråga av personen själv att ’vad tycker du, att hur skulle du vilja göra det här?’. (Flicka, 16 år)

Flera unga önskade att den professionella skulle ha ett aktivt grepp om vårdkontakten i början, specifikt i terapeutiska relationer. En ung person motiverade detta med att situationen är ny, ”för jag vet inte var jag skall börja”. De unga sade att de ofta känner sig osäkra i en ny situation och inte vet vad som förväntas, och att det därför kan kännas svårt att själv vara aktiv och ta initiativ. Ett aktivt och uppsökande grepp

uppskattas även när det gäller elev- och studerandevård. Flera unga berättade om hur elev- eller studerandevården hade tagit kontakt med dem för att fråga om allt var i sin ordning. Detta hade varit en lättnad för dessa unga; att någon professionell lagt märke till deras mående då de själva inte hade haft mod att ta kontakt, *”det var helt jätteskönt, eller så där bra, tror jag. Att inte tror jag att jag själv skulle kanske ha vänt, förstätt att vända mig eller söka hjälp, men när någon annan märker”*. En annan ung beskrev en positiv upplevelse av kontakten med en vårdare inom psykiatrin som förtydligade och konkretiserade sin kompetens och förmedlade ett budskap om att den unga inte är ensam med sin situation.

[...] på det sättet var det helt bra, eftersom jag fick se den här [den professionella] där redan på mötet och hon sade på vilka alla sätt hon kan hjälpa mig och att hon faktiskt vill hjälpa mig, att hon klarar av att hjälpa mig, det var ett helt bra möte.

(Flicka, 29 år)

För de unga var det viktigt att få kontinuerligt information om sin vårdprocess, vad de hade för alternativ och hur deras framtida vård skulle se ut. För många förde den nya situationen med sig många frågor, som den unga förväntade svar på – av de professionella i hjälparollen. Att inte bli hörd, inte få svar på sina frågor eller få begränsat med information om sin vård upplevdes frustrerande, omotiverande och stressfullt, *”jag har frågat att hur länge skall jag gå här och de [läkare och sjukskötare] bara inte har svar på några av mina frågor. Vi har inte kommit någon vart”*. Överlag önskade unga få information om vårdalternativ, vårdkedjor och information om vad olika vårdprocesser betyder i praktiken.

Det som jag undrar är, varför kommer de [terapeuter] ingenstans någonsin? Det verkar inte som om de liksom riktigt gör någonting överhuvudtaget, annat än lyssnar på en. Men det kan hända att de gör någonting, som man inte vet om. (Pojke, 14 år)

Att professionella systematiskt använde feedback med unga upplevdes som fruktbart och ledde till att de unga kände sig delaktiga. Feedback används bland annat inom tredje sektorn i samband med samtalsstöd, för att garantera ungas delaktighet.

Jo, det gör jag nog [upplever sig delaktig]. Och de [Krisjouren för unga] har börjat med något sådant där nytt system nu, att man skall i början av den här sessionen så fyller man i ett papper, att liksom att, hur har min vecka varit, att hur har jag mått så där allmänt och sociala relationer och sådana grejer. Och sedan i slutet, så fyller man

i ett papper att hur har dagens session varit, att har vi pratat om det jag har velat prata om, har vi gjort det på rätt sätt, att skulle jag ha velat göra det på något annat sätt och sådana grejer. Och hittills, så har jag nog bara kryssat i att allt har varit jättepositivt, liksom den är feedbacken för hur dagens session har varit. (Flicka, 21 år)

7.4. ”Hej, jag behöver liksom hjälp” - att vilja ha hjälp och inte få det

I föreliggande studie lyfter flertalet unga fram sitt behov av rehabiliterande psykoterapi. Rehabiliterande psykoterapi riktas till 16-67-åringar vars studie- och arbetsförmåga är nedsatt på grund av psykisk ohälsa som vårdats i minst tre månader. Den rehabiliterande psykoterapien baserar sig på en individuell rehabiliteringsplan, som innefattar ett utlåtande av en psykiater (läkarutlåtande B). Från och med år 2011 är FPA-ersättningen av rehabiliterande psykoterapi lagstadgad (Nordens Välfärdscenter 2015, FPA 2015). År 2013 erhöll 60 svenskspråkiga 0-19-åringar, 123 20-24-åringar samt 159 25-29-åringar rehabiliterande psykoterapi i Nyland (Keskinen 2015).

Överlag är kännedomen om vad rehabiliterande psykoterapi innebär i praktiken relativt svag bland informanterna. Många unga önskar terapi, men för alla är det dock inte självklart vad det innebär rent praktiskt. En del har förmågan att mer konkret motivera varför psykoterapi sannolikt skulle fungera och hjälpa dem. En ung flicka berättade att hon själv bedömde att hon skulle vara i behov av kognitiv beteendeterapi för att få hjälp med att ändra på sina tankemönster som vållade problem för henne, *”jag måste ändra på mina de här tankebanorna, jag vet det, jag liksom inser att var det går fel”*. Flickan hade själv sökt sig till en hälsostation men inte erbjudits möjlighet till psykoterapi, utan enbart antidepressiv medicinering, som hon ej ätit, *”jag har inte börjat äta dem eller någonting, för jag vet att det hjälper inte att bara äta några piller, utan jag måste ju jobba på de där sakerna”*.

Att det erbjuds inte hjälp då när man skulle på riktigt behöva det, liksom. Och just det där att det är jättekrångligt med det där att försöka få de där Kela-stöden till att gå på psykoterapi. (Flicka, 21 år)

En del av de intervjuade hade fått ett läkarutlåtande (B-utlåtande) och skulle komma igång med att hitta en psykoterapeut, andra hade ej fått ett läkarutlåtande och kände svagt till hur de skulle gå tillväga för att komma åt FPA-ersatt rehabiliterande psykoterapi. Ett fåtal hade vårdnadshavare med möjlighet att bekosta terapi privat.

Studiens resultat visar att unga som fått läkarutlåtande för FPA-ersatt rehabiliterande psykoterapi kan uppleva sig ensamma med ansvaret att hitta en lämplig psykoterapeut. Flera upplevde detta som *”ganska svårt och lite jobbigt”*. Erfarenheterna varierade angående vilken information den unga fått om olika terapiformer. En del sade att de försetts med en *”namnlista med femtio namn”*, medan andra i samförstånd med den sändande professionella hade kommit fram till lämplig terapiform och specifik terapeut, *”att det har vi nog tittat med den där psykologen att jag skulle gå på psykodynamisk terapi”*.

Att hitta en lämplig psykoterapeut kunde i praktiken handla om att ringa upp olika terapeuter samt besöka terapeuten i hans mottagning. Mottagningen kunde vara ett privat hem, vilket flertalet unga upplevde som märkligt, *”att det är konstigt att fara in till någons hem och tala där om mig, för vissa har ju sin mottagning i ett helt vanligt höghus”*.

Samtliga upplevde att kostnaderna för testbesöken var problematiska, *”att det kostar sjuttio euro att vara förtiofem minuter där och titta om den [psykoterapeuten] är passlig till mig, att sedan om det också är någon idiot, så sedan har jag satt sjuttio euro på det”*. Detta förfaringssätt kräver initiativförmåga från den ungas sida, vilket inte behöver vara en självklarhet vid psykisk ohälsa. För en ung kan detta innebära att vårdprocessen avstannar.

Att de [öppenvård inom psykiatri] satt det på mitt ansvar att jag skall söka [psykoterapeut], liksom sedan var det så där att 'ääää, okej', så sedan bara blev det, för jag ville sedan inte ringa liksom. (Flicka, 22 år)

7.5 Ungas tankar om psykiatriska diagnoser

De diagnoskriterier som gäller inom psykiatri utgörs av WHO:s klassifikation ICD-10, som baserar sig på en fenomenologisk vetenskapstradition (Hertz 2011). Enligt god diagnostisk sed skall diagnosen vara pålitlig (reliabel), vilket betyder att olika bedömare i princip bör komma fram till samma diagnos (Thomsen & Skovgaard 2007).

Ungas tankar om psykiatriska diagnoser var inom ramen för denna studie i regel negativa. Samtidigt som det i viss mån fanns en förståelse för diagnostiseringssystemet, berättade ett fåtal unga om erfarenheter av att få felaktiga diagnoser och vilken inverkan detta hade haft för deras identitetsutveckling. Att få en diagnos upplevdes som att bli stämplad. De unga kände det som om vårdpersonalen betraktade och behandlade dem via diagnosen i fråga *”att det skall sättas en diagnos och sedan så ser läkare och vårdare på mig liksom via den där diagnosen”*. Då man fått en diagnos ses man ej längre som en person, och detta har haft en stark negativ inverkan på de unga vuxna. Att ytterligare få flera felaktiga diagnoser har förvirrat de unga, och de har haft svårt att förhålla sig till läkarna och uppfatta dem som trovärdiga.

Och den där läkaren var inte heller så hemskt bra, eftersom han gjorde en helt, helt fel diagnos helt enkelt. Att, och så fick jag mediciner för fel diagnos så klart. Att han var av den åsikten att jag har en [diagnos], men att det har jag inte, men att hela den där fem månader, så drog han med samma diagnos och samma mediciner. Och jag blev inte ett dugg bättre, jag blev bara i sämre och sämre skick. Till slut slapp jag inte ens mera på veckoslutspermission, för att de vågade inte släppa mig, för de var inte säkra att kommer jag tillbaka mera. (Flicka, 22 år)

7.6 Ungas syn på samverkan och mångprofessionella nätverksmöten

I det praktiska arbetet kring ungdomar inom skola, ungdoms- och vuxenpsykiatri och den tredje sektorn finns det ofta många vuxna som vill hjälpa till. En del av informanterna har erfarenhet av hur det kan vara då professionella inte samverkar smidigt med andra väsentliga aktörer, *"inte orkar man med det, det är jätt tungt"*. Enligt de unga kan samverkan falla på enskilda professionellas vilja att önska samverka. En ung person berättade om sin erfarenhet av samverkan mellan psykiatrin och övriga aktörer inom sitt nätverk, *"dåligt, jättedåligt, det känns så där att de inte vet vad den andra gör. Om man till exempel då tänker på min terapeut, som då kände mig bäst, så inte hade hon någon kontakt med läkaren och inte ville läkaren egentligen ha kontakt med min terapeut"*. Då samverkan inte fungerar anser de unga att det blir tungt att berätta samma saker upprepade gånger för flera olika professionella, *"då blir det jättemycket för mig att träffas och så förklarar man och sedan så går man till nästa och sedan så börjar man om från början"*.

Flera unga hade erfarenhet av nätverksmöten med ett flertal professionella närvarande. Ett framträdande mönster i de ungas beskrivningar av mångprofessionella nätverksmöten handlar om berättelser förknippade med känslor och emotioner i kombination med dessa erfarenheter. Det de unga beskriver kan tolkas som sårbara situationer där de ofta ofrivilligt hamnar i mötessituationer med vuxenvärlden. Det var inte ovanligt att en ung person kunde ha möten med upp till 5-7 professionella samt en eller två vårdnadshavare. Materialet synliggör att många unga upplevt att de inte blivit förstådda i dessa situationer. De unga har upplevt sig maktlösa, ensamma och osäkra i mötessituationerna, att *"ingen var på min sida"*.

En orsak kan handla om att den ungas redan utsatta position exponeras ytterligare. Det vi kunnat se i denna studie är att unga ofta förknippar psykisk ohälsa med skam, vilket leder till inåtvända handlingsstrategier. Ur denna position uppfattas mångprofessionella möten som påfrestande, då den unga behöver vara i kontakt med många vuxna på samma gång, vilket i praktiken innebär att den unga blir exponerad inför en grupp människor, som dessutom är i överordnad position. En ung berättade hur detta kan upplevas som att man skulle vara *"på ett sätt naken inför en massa främlingar"* och fortsätter med att hen hellre skulle *"vilja gömma mig och mina problem"*.

En massa okända gubbar och tanter som stirrar på dig eller på sina blanketter. Och som antagligen inte är så där jätteintresserade av dig, men ändå vill ha eller få inträng i ditt huvud och ditt välmående, ditt liv och styra det, på något sätt. Att inte vågar man ju öppna sig där, att inte vågar man tala mer än det lilla de ber, som de frågar en, korta svar och sedan lite mumlanden emellanåt. (Pojke, 20 år)

Ur materialet kunde parallellt skönjas en förståelse för varför denna typ av möten arrangeras, samtidigt som förfarandet i de flesta fall uppfattades som toppstyrt och auktoritärt. En ung berättade om ett mångprofessionellt möte där på förhand fattade beslut presenterades, utan att den unga själv hade möjlighet att vara delaktighet i processen som helhet:

Nä, det kändes så där att, liksom att, att säkert har de försökt tänka ut det bästa för mig, men att det skulle också vara bra om jag själv skulle kunna lite bestämma vad som är bäst för mig. (Flicka, 27 år)

Vad resultatet hittills har visat är att ungdomarna hade en relativt överensstämmande förståelse för syftet gällande mångprofessionella möten. Få hade blivit informerade av de professionella om mötet syfte och målsättning, så tolkningarna baserar sig på de ungas egna slutsatser. De flesta uppfattade mötenas funktion som en samling med avsikt att uppdatera samtliga involverade parter om nuläget. Att informera föräldrarna uppfattades som särskilt väsentligt. I andra fall kunde mötena handla om att olika professioner delade information med varandra. Beskrivande var att de unga berättade om professionella som samlades för att prata om dig och dina saker, inte för att prata tillsammans med dig.

Jag vet inte, men jag tror att det är liksom så att alla träffas så man ser hur det har gått och sedan är det till exempel om det är något med mediciner och om de har gjort några utredningar eller några tester på en, så får man veta de där resultaten liksom och så vidare och sedan är det liksom också om man skall flyttas vidare till något annat ställe, så då pratas det också om det och sedan så liksom är föräldrarna med också om det. (Flicka, 14 år)

Samma person beskriver hur hon upplevt föräldrars närvaro som känslig:

När ens föräldrar är där och sedan vet du om de frågar en saker, så sedan kan det vara lite så där att okej fine, jag kan prata om det här, men vet du men, att det är inte det att jag inte kan lita på mina föräldrar, men det är det liksom att jag vill inte prata om

det här med mina föräldrar. Liksom allting angår inte heller dem, att föräldrar har inte, jag tycker inte att föräldrar behöver veta liksom varje liten millimeter om ens liv. Att om det är något man vill säga, så säger man nog det säkert utan att vara på sådana där möten. (Flicka, 14 år)

För att få mångprofessionella att fungera mer framgångsrikt ur ett ungdomsperspektiv bör man garantera den unga en stödperson. Tillsammans med stödpersonen förbereder den unga ärenden inför mötet; vad den unga önskar ta upp och vad hen inte önskar behandla. Stödpersonen kan med fördel vara en kontaktperson som den unga etablerat en relation till. Det kan handla om en skolkurator, en lärare, en representant från tredje sektorn eller från psykiatrin. Nedan en ung persons syn på behovet av stödpersoner i mångprofessionella sammankomster.

Så kanske liksom någon form av stödpersonens verksamhet eller att du har någon annan som är med dig på de här mötena för att då har du liksom två öron mera. Och det kan vara lättare att prata med någon som du känner mera så där vänskaplig nivå om dina problem och vad vill du få ut av att till exempel träffa läkaren. Än att sedan sitta där med den där läkaren som är den där auktoritära som har makt att skriva Kela-utlåtande, så att du får inkomst eller liksom sätta dig på sjukledighet, så du måste avbryta skolan, som du egentligen skulle vilja fortsätta eller så där att det blir en jätte så där maktställning där. Och då kan det vara lättare att ha någon annan som hjälper att få sagt det du vill ha sagt. (Flicka, 29 år)

Ungdomarna var tydliga med att föra fram att stödpersoner från deras perspektiv inte per automatik alltid är vårdnadshavare. Här ser de som viktigt att den unga får vara med och utreda vilken stödperson som kunde vara lämplig, och att den unga får säga om hen önskar involvera ett större personligt nätverk. En ung person beskriver varför detta bör tas i beaktande.

När jag var först där [instans], så var det så där att mina föräldrar måste komma med, att det var liksom stödpersonerna som jag skulle ta med och det tycker jag att var lite jobbigt, för det var inte dem jag hade förlitat mig på när det kommer till sådana här saker, men sedan fick jag nog bestämma att vilka mina stödpersoner var. (Flicka, 17 år)

Behovet av att på förhand förbereda sig för mötet tillsammans med en stödperson framträder ur följande ung persons berättelse. Detta förfaringssätt gör det lättare för den unga att delta i själva mötet.

Jag har erfarenhet av att vi har suttit med läraren på 'tumis' lite före och diskuterat att vad vill jag ha ut av det här och sedan har mina föräldrar kommit dit och då har det känts bättre att jag på förhand har gått igenom med läraren att vad får sägas och vad får inte sägas. Att det hjälpte sedan mig också att sitta där på det där mötet, fast det kändes jättejobbigt. (Flicka, 22 år)

Att förstärka stödpersonens position förutsätter ett godkännande av samtliga involverade parter. Vid fall av över- och underordnad maktobalans professioner emellan, där stödpersonen hamnar i underläge, äventyras samtidigt förutsättningen för ett fungerande samspel samt den ungas möjlighet att delta. En ung person berättar om sina upplevelser av att ha en stödperson i underläge.

[...] de där mötena gick i början ut på att min terapeut försökte övertyga min läkare att vad mina problem är. Eftersom min terapeut träffade min två gånger i veckan, så hon kände mig jättebra och min läkare träffade mig kanske en gång varannan månad. Men min läkare ville ändå inte få bild av, eller hon hade det jättefaststentat att jag är på det här sättet, vilket inte alls stämde överens med min och min terapeuts bild, så det kändes bara som sådana där övertalningsmöten, på något sätt. (Flicka, 29 år)

Ur studien framgår olika handlingsstrategier som unga använt sig av i mångprofessionella mötesituationer. Dessa strategier är indelade i fyra kategorier som utgår från den mötestekniska normen att man pratar och diskuterar på ett möte; "*den osynlige*", "*exit*", "*bromsklossen*" och "*strejkaren*". Den osynliges handlingsstrategi handlade om att delta i mötena, men att inta en passiv roll. En av de unga beskriver hur hon själv brukade var tyst och lyssna på de professionella i mångprofessionella sammanhang:

Nå, jag upplever att jag bara satt ganska tyst och lyssnade på, lite som att jag inte skulle ha funnits i rummet. (Flicka, 29 år)

Exit-strategin handlade om att unga försökte "*svara rätt*" på frågor de upplevde som komplicerade och eventuellt inte förstod. Denna strategi handlade om att leva upp till de professionellas förväntningar, samtidigt som det även kunde vara en strategi för att så snabbt som möjligt komma ur den känsliga situationen. En ung öppnar detta för oss enligt följande:

[...] man blir helt enkelt liksom, man får liksom 'paineita' och liksom man måste svara någonting vettigt. (Flicka, 15 år)

Blomsklosstrategin hade en mer aktiv karaktär där den unga uttalar sin åsikt, trots att det inte alltid resulterat i framgång:

Jag var mycket aktiv och sade min åsikt starkt. Då som 15 år hatade jag socialarbetarna och alla som bestämde över mitt liv. Det var ett helvete att vara på de där mötena, för allt ja sade hade egentligen ingen betydelse. (Flicka, 22 år)

Strejkarens strategi handlade om att icke-närvara vid mötena. En ung person motiverar orsaken till att inte närvara.

[...] på vissa av de där mötena har jag inte velat gå, för jag har tyckt att det är så onödigt, så då har jag sagt att bara den där människan som jag har pratat med får gå. (Flicka, 14 år)

Att de mångprofessionella mötena existerar enbart i ett format och förutsätter att den unga skall kunna uttrycka sig verbalt upplever en del unga som påfrestande. Dessa möteskonstellationer ger ej utrymme för alternativa sätt att delta, till exempel för unga som har en mer introvert personlighet.

Jag tror inte att den unga skulle vara i den situationen om den skulle ha lätt för att gå och prata med människor, man får inte sagt det man skulle behöva säga. (Flicka, 16 år)

Majoriteten av de unga uppgav att de har deltagit i de mångprofessionella möten som arrangerades kring deras ärenden, trots att de kan upplevas som krävande och svåra situationer. Den främsta motiveringen handlar om en motsägelsefull situation där den unga känner ambivalens inför beslutet att delta eller inte delta i ett möte. Ur den ungas perspektiv ger deltagandet i mötet upphov till obehagliga känslor, samtidigt som ett uteblivande från mötet resulterar i samma känslor, på grund av att den unga inte känner till vad som behandlas och därmed förlorar en känsla av kontroll. En ung sätter ord på denna paradoxala situation.

Så det är så där att man vill inte vara med, men man vill inte vara heller inte med. Så det blir så där att kanske man ändå är med, för då vet man i alla fall vad de har sagt om en. (Flicka, 16 år)

I mångprofessionella sammankomster kan det fysiska utrymmet och gruppens sittordning även ha en inverkan på den ungas upplevelse av delaktighet. Utgående från de ungas beskrivningar ter sig sittordningen ibland hierarkisk då över- och

underordnade positioner riskerar att förstärkas. Ungdomarna upplever att de ej fått möjlighet att ta ställning till sittordning eller själva välja en sittplats. En ung berättar hur hon upplevt en indelning av professionella och brukare.

[...] så att på ena långa rakan så sitter just jag och min mamma och på andra rakan har jag just alla läkare, två egenvårdare, sedan kan det vara att där någon gång är någon socialarbetare och psykolog, men många gånger är det bara läkare och två egenvårdare. Men att, de sitter ju alla bredvid varandra, efter varandra och vi sitter på andra sidan bordet, jag och min mamma. (Flicka, 22 år)

Gällande dokumentation av mångprofessionella möten tyder resultaten på att de unga i många fall dels noterat att mötet dokumenteras, men att de inte varit delaktiga eller upplevt sig ha haft möjlighet eller rätt att vara delaktiga i dokumentationen. Resultaten indikerar även att det finns en tillit till de professionella och att dokumentationen ligger på deras ansvar. För att illustrera variationen i de ungas uppfattningar om dokumentation, ser vi inledningsvis på hur en av de unga upplever det som *"hemskt"* att svara på *"svåra frågor"*, som sedan antecknas. Denna unga upplever att hon måste besvara frågorna på ett *"vettigt sätt"*, speciellt då svaren automatiskt dokumenteras.

[...] man sitter där och alla bara glor och sedan genast när du öppnar munnen, så skriver de ner, det är så där att 'okej'. (Flicka, 15 år)

En annan ung uppger att dokumentation inte är något hon tänkt på, och hon säger att det i situationer av psykisk ohälsa inte har funnits ork att fokusera på dylikt:

Det är inte sådant som man själv 'hiffar'. För när man är så inne i någonting, så inte tänker man på det. (Flicka, 29 år)

En tredje ung förmedlar sin tillförsikt gällande korrekt dokumentation från de professionellas sida.

På något sätt litar jag på att de som man går igenom på mötet skrivs korrekt. Utan att någon skulle tilläga eller lämna bort något. (Pojke, 20 år)

Sammanfattningsvis har informanterna i samforskningsgruppen utvecklat en så kallad "checklista" inför mångprofessionella nätverksmöten, för att garantera ungas delaktighet. Checklistan innefattar följande fem punkter:

- 1) Förberedelser inför mötet med en pålitlig vuxen person (stödperson)
- 2) Den unga är med och bestämmer om vilka som involveras samt mötesagendan
- 3) Stödpersonen deltar i mötet, och för vid behov den ungas talan
- 4) Behov av alternativa uttryckssätt tas i beaktande
- 5) Det fysiska utrymmet tas i beaktande (sittordning, trygghetsfaktorer)

7.7 Lågtröskelmiljöer som stöd för ungas psykiska hälsa

Ur de unga berättelser kan man skönja betydelsen av stödjande miljöer, som karakteriseras av låg tröskel och som är relativt lätta att närma sig. Dessa kontexter är ofta skyddade från negativa eller stämplande omgivningar; det är fråga om tillitsfulla och välkomnande kontexter där unga kommer i kontakt med enskilda professionella, alternativt med professionella i kombination andra unga i liknande situationer. De mest framträdande faktorerna som ligger till grund för upplevelsen av trygghet är information, kunskap, kontroll och samhörighet. Dessa miljöer beskrivs som fördomsfria zoner, som stöder ungas psykiska hälsa.

Beskrivande för lågtröskelmiljöerna är att de unga kan komma som de är och att "inget problem är för litet eller för stort". Vidare krävs det sällan remiss eller diagnos för att kunna närma sig platsen, och dessutom finns det i en del verksamheter möjlighet att vara anonym, vilket innebär att man som ung inte behöver oroa sig för att äventyra sin integritet "för då är man samtidigt lite så där osynlig". Att tjänsterna är kostnadsfria hade även stor betydelse för ungdomarna.

Och det känns ju bra att veta att jag kan fara dit även fast jag bara har typ varit lite nedstämd en vecka, att behöver inte ha varit deprimerad i tre år för att få hjälp. Och jag behöver liksom inte ha fått någon sådan här diagnos av en läkare, utan jag kan bara promenera dit. Och vara anonym, om jag så vill. (Flicka, 21 år)

Framgångsfaktorer inom de stödjande miljöerna utgörs, ur de ungas perspektiv, av anpassat bemötande, skapande av relationer till de unga, verksamhet utgående från brukaren och ett omfattande av individen som helhet. Det är också viktigt att antalet vuxna i förhållande till de unga är hanterbart. För att dessa aspekter skall kunna uppfyllas krävs tid. Vidare lyfte informanterna fram vikten av att verksamheten erbjuder alternativa sätt att kontakta dem.

Informanterna betonar vikten av att de unga får möjlighet att spegla sig i andra unga i en liknande situation. Detta ger de unga en bekräftelse på att de inte är ensamma i sin situation, "att då kändes det inte kanske mera liksom så fel att må dåligt och liksom vara svag, att när där fanns liksom unga i min ålder, lite äldre också och man fick höra liksom lite likadana liksom historier och berättelser". Vidare berättade de unga att de utvecklades personligen och fick en möjlighet att bredda sina perspektiv genom att komma i kontakt med andra unga i liknande livssituationer, "jag lärde mig en hel del av mig själv och kanske liksom såg på saker också på ett helt annat sätt".

Och det är liksom, ingen dömer en och jag tror det är väldigt bra liksom för ens psyke att få vara med just i en sådan här grupp, där du liksom känner den här gemenskapen och det är okej att tala om saker som kanske inte, som man kanske inte kan tala om med vem som helst och ingen kommer att gå och skvallra någonting. (Pojke, 20 år)

Ungdomarna lyfter fram Krisjouren för unga och Ungdomsverkstaden Sveps inom tredje sektorn, Zacharias Topeliuskolans Eva-enhet (sjukhusundervisning) samt Ungdomscentralens HBTIQ-ungdomsgrupp för sexuella minoriteter som dylika platser.

7.8 Ungas behov av ett breddat kunskapsunderlag

Ett framträdande resultat som de unga belyser handlar om ett behov av ett breddat kunskapsunderlag vad gäller psykisk hälsa och ohälsa. Unga önskar ökad information om psykisk hälsa och ohälsa och föreslår skolan som kanal för detta. En del anser att informationen kunde integreras som en mer ingående helhet i hälsokunskapsundervisningen i grundskolan. Vidare finns det ett behov av information genom andra kanaler i skolmiljön, till exempel under morgonsamlingar

och temadagar då ofta hela skolan samlas, ”att ta fram att var man får hjälp så att just liksom ungdomarna skulle få veta”. Väsentligt är att denna information är av universell karaktär, riktad till alla. Ytterligare föreslås infotillfällen i skolan för pedagoger och övrig skolpersonal gällande ungas psykiska hälsa, ”så där funderar jag också att hur skulle det vara liksom med just infotillfällen för lärare och skolpersonal om just ungas psykiska mående”.

Väsentligt är att fortsätta arbetet med att normalisera psykisk ohälsa och uppmuntra unga att söka hjälp. Smärtröskeln varierar individer emellan, och därför är det viktigt att tydliggöra situationen för de unga och uppmuntra dem att tala även om lättare psykiska besvär, ”att man är inte så där liksom mentalsjukhuspatient för att man söker efter hjälp”.

Och jag tycker att det här gjorde Krisjouren jättebra när de var i vår skola på en morgonsamling och talade och berättade om Krisjouren, det var här kanske en månad sedan. Så det funkade riktigt bra, skulle jag säga. Och när man så där öppet talar om det och gör det så här ledigt, så skulle jag säga att det fungerar bra. (Pojke, 16 år)

De unga var tydliga med att förmedla att gruppen ungdomar inte är en homogen grupp människor, utan individer med en bred variation av behov och önskingar. Därför vill unga använda sig av olika arenor när de söker hjälp. Granholm (2016) talar om *blended practices*, en sammanvävd praktik inom socialt arbete, som svar på flerdimensionella liv (*blended lives*), då speciellt unga individer blandar ageranden inom dimensioner både online och offline. Majoriteten av informanterna föredrog personliga kontakter ansikte mot ansikte, men det fanns även de som föredrog interaktion genom telefon- eller webbtjänster. Informanterna förde även fram att det ofta antas att unga önskar sköta sina ärenden med hjälp av IKT vilket kan vara en feltolkning från vuxenvärldens sida. När man närmar sig olika hjälpinstanser är det dock viktigt att kunna ta kontakt på alternativa sätt.

[...] det enda som behövdes av mig var att skicka e-post dit och så fixade det sig, så jag tycker nog att det är en ganska viktig sak, för att få unga att söka mera hjälp. (Pojke, 16 år)

8 Sammanfattning och diskussion

Denna studie förverkligades genom ett tvåårigt forskningsprojekt berörande temat ungdomar och *psykisk ohälsa*. Ifrågavarande forskning har grundat sig på ett samarbete mellan forskarsocialarbetare, praktiker, servicebrukare och beslutsfattare. Syftet med att involvera flera aktörer handlar om att utvidga perspektiven och att genom en bredare förståelse för forskningstemat kunna utveckla praktiken. I enlighet med Flyvbjergs (2001) pragmatiska definition av vetenskapen om det konkreta (*the science of the concrete*) har den aktörsrelaterade forskningsprocessen krävt att man kommer så nära som möjligt det fenomen som studeras. Detta har inneburit att forskarsocialarbetare skapat forskningsrelationer till fältet, med strävan att undersöka praktisk verksamhet och kunskap i vardagssituationer. Då de två centrala perspektiven i studien utgörs av professionella praktiker och servicebrukare, etablerades relationer i huvudsak till dessa två grupper. Studien innefattar en parallell process med både ett prov på en nydanande metodologisk tillämpning och en samtidig analys av intervjudata, där begränsningar utgörs av en snäv tidsram och problem med att involvera beslutsfattare i tillräckligt hög grad.

Forskningen indelades i två delstudier, där det första syftet var att kartlägga hur ledande aktörer tolkar svenskspråkig service i Helsingfors som stöder ungas psykiska hälsa samt att beskriva spektrumet av de ungas problematik för att få en uppfattning om svårnåbara unga eller unga som riskerar att falla igenom servicesystemet.

Studien inleddes med informella samtal med aktörer på fältet, dels för att etablera forskningsrelationer, dels för att få en systematisk överblick över kunskapsobjektet.

Som ledande aktörer fungerade socialarbetare i både ledande och icke-ledande position, skolkuratorer, psykologer, psykiatriker, lärare och sakkunniga inom tredje sektorn. Processen fortsatte med individuella intervjuer med tonvikt på att få en bild av hur aktörerna uppfattade problematiken bland de unga, varefter mångprofessionella gruppintervjuer förverkligades. Slutligen samlades samtliga aktörer till ett avslutande mångprofessionellt interaktivt seminarium. Syftet med seminariet var en testning av preliminära forskningsresultat och erfarenhetsutbyte aktörer emellan. Den kumulativa och adaptiva kunskapsproduktionen formades under denna process i flera steg, konstant i dialog med fältet. Detta sätt att arbeta möjliggjorde flera träffar mellan ledande aktörer och forskarsocialarbetare. Forskarsocialarbetarna samlade in material, som analyserades och presenterades för de professionella, som i sin tur hade möjlighet att ta ställning till utfallet. Relationer formades ej enbart mellan forskarsocialarbetare och praktiker, utan även praktiker emellan, vilket i sig uppgavs utveckla samverkan i praktiken och utveckla ett servicesystem som hade upplevts som splittrat.

I den första delstudien framkommer att unga som riskerar att falla utanför servicestrukturer inte utgör en enhetlig grupp. Professionella beskriver sina målgrupper och sitt klientel utgående från den instans eller sektor där de verkar, vilket innebär att beskrivningarna varierar och ger en heterogen bild av unga som målgrupp samt möjliga olika riskgrupper. ”Gråzonunga”, unga med skolrelaterad problematik, med skolfrånvaro och avhopp i fokus, samt unga med neuropsykiatriska funktionsnedsättningar var grupperingar som växte fram ur analysen. Dessa grupperingar är ej heller i sig entydiga till sin karaktär och kan delvis överlappa varandra.

De sammanlänkande drag som de professionella lyfter fram handlar om utmaningar för utsatta unga att hitta sin plats i det nutida samhället parallellt med att unga ställer höga krav på sig själva. Detta blir synligt i koppling till en kärvare arbetsmarknad samt en betydligt längre och mer utdragen övergångsperiod från skola till arbete för en del unga. Samtidigt som forskningen är ofullständig gällande området vet vi att skolprestation och arbetslöshet har tydliga kopplingar till den psykiska hälsan. Kännedomen bland professionella om att en del unga dröjer med att söka hjälp lyfts även fram. Att ta det första steget som ung kan vara utmanande och leda till att hjälpsökandet skjuts fram under en lång tid. Därför är låga trösklar inom mentalvården för unga avgörande. En önskan om att kunna jobba utanför

kontorsutrymmen, närmare de ungas naturliga miljöer och vardag, lyftes fram specifikt av ungdomspsykiatrin.

Unga i en ”gråzon” kunde tampas med flera simultana utmaningar i livet. Flera informanter beskrev dessa ungas situation som ”*luddig*”. På grund av svårigheten att fånga problematiken kan det vara svårt att hitta lämpliga tjänster för dessa unga i servicesystemet, vilket leder till att den unga antingen bollas mellan aktörer eller helt faller igenom systemet. Essentiellt för gruppen av unga med en mer långgående svårdefinierad utsatthet sågs det individuella stödet, en konkret form av handledning. Dessa unga ses vara i behov av en stödperson som skulle koordinera den ungas vård- och stödkontakter. Samtidigt konstateras det att strukturer för dylika stödpersoner saknas. I praktiken kan stödpersonens roll i dagens läge innehas av aktörer inom tredje sektorn, samtidigt som professionella inom vården även uppger sig inta en stödpersonens roll. Här uppstår vidare ett tydligt behov av social rehabilitering under en längre tidsperiod. Detta framkommer speciellt ur ungdomsverkstadssynvinkel. Nyckelaktörer inom ungdomsverkstadsverksamheten uppger vidare att rehabiliterande verksamhet för unga på svenska saknas. Ungdomsverkstaden Sveps Start-verksamhet har en rehabiliterande karaktär, men uppges ej räcka till för samtliga ungas behov. Nu händer det att svenskspråkiga ungdomar hänvisas till finskspråkig rehabilitering. Dessa behov har en klar koppling till den nya socialvårdslagen, som omfattar rätten att vid behov få en bedömning av servicebehovet och en egen kontaktperson utsedd åt sig. Lagen omfattar vidare en servicegaranti för unga. Servicegarantin innebär mångprofessionellt stöd från ett och samma ställe, en egen kontaktperson, bedömning av servicebehovet samt riktad social rehabilitering.

Skolfrånvaro skildras som ett svårtacklat problem av flertalet informanter inom olika sektorer. Dessa situationer skulle kräva fungerande mångprofessionell samverkan aktörer emellan och i samarbete med familjer, för att garantera den unga ett maximalt stöd. Enligt informanterna saknas samarbetsstrukturer och förfaringsätt gällande långvarig skolfrånvaro på svenska i Helsingfors. Nyckelaktörer beskriver fall av unga som samtidigt är klienter inom barnskydd och ungdomspsykiatri och som går i sjukhusundervisning, men har hög och långvarig skolfrånvaro. Som lösning ses systematiskt uppsökande arbete som är underställt skola, barnskydd eller ungdomspsykiatri.

Neuropsykiatriska funktionsnedsättningar lyfts fram som ett utmanande område inom spektrumet av de ungas problembild. Informanterna ser det begränsade

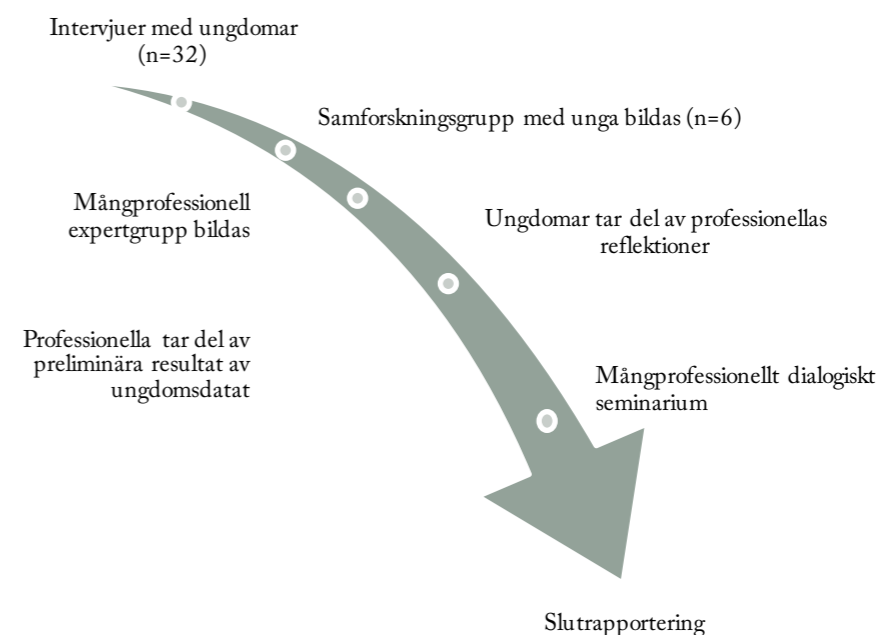
svenskspråkiga utbudet av service inom den offentliga vården i Helsingfors som problematiskt när det gäller neuropsykiatriska funktionsnedsättningar. Speciellt utmanande upplevs så kallade outredda barn, vars problematik upptäcks i ett sent skede. Unga som upplevt negativa bemötanden inom servicesystemet lyfts vidare fram som en potentiell riskgrupp, då detta kan leda till att en ung inte söker hjälp en gång till. De professionella berättar att de balanserar mellan att å ena sidan upprätthålla en etablerad kontakt med en ung person, och å andra sidan sända den unga vidare till andra sakkunniga. Det framkommer att det finns en försiktighet i att fatta förhastade beslut i dessa situationer; man vill inte äventyra tilliten till den unga och riskera att den unga faller igenom servicesystemet.

Det svenska servicefältet i Helsingfors beskrevs av informanterna som splittrat och resursmässigt begränsat. Splittringen kan ta sig uttryck i problem med samverkan och i oklarheter i ansvarsfrågor, så kallat Silo-tänkande, och i inåtvända system. Samverkan försvåras även av administrativa sektorsgränser. De professionella på gräsrotsnivå förde även fram ledningens viktiga roll och utmaningen med att bli hörd som professionell inom den egna organisationen. Många förde även fram avsaknaden av förståelse för svenska frågor på ledningsnivå. Att den unga hade kontakt till många vårdinstanser och myndigheter samtidigt kunde upplevas som splittrat och problematiskt av professionella, speciellt då samverkan inte fungerar smidigt och en helhetsbild över den ungas kontakter saknades. Olika agendor och synsätt kan leda till ovisshet för den unga. Som konkreta åtgärder för att utveckla samverkan framförs samlad information om svenskspråkiga aktörer på internet samt nätverksarbete i form av dialogiska samarbetsarenor. Webbtjänsten föreslås innefatta information om service inom Helsingfors stad, men även om privat service och service inom den tredje sektorn. Att förse unga med information om var de kan hitta hjälp och vem som kan hjälpa lyfts fram som ytterligare ett viktigt utvecklingsområde.

Forskningens andra del fokuserade på servicebrukarmedverkan. Syftet med delstudien var att undersöka ungdomars erfarenheter, förståelse och agerande i situationer vid psykisk ohälsa samt att belysa kritiska områden gällande svenskspråkig service som stöder ungas psykiska hälsa.

Forskningsdata bestod av 23 kvalitativa intervjuer med 32 unga i åldern 13-29 år. En ungdomsgrupp (n=6) involverades som samforskare. Parallellt etablerades en mångprofessionell expertgrupp som var verksam i ett år och som sammanträdde sju gånger. Bägge grupper leddes av forskarsocialarbetare. Under den andra fasen

av studien försiggick en interaktiv kommunikation mellan de två grupperna via forskarsocialarbetarna. I praktiken betydde detta att ungdomarnas kunskap och erfarenheter fördes vidare till de professionella i syfte att ha inverkan på de professionellas praktiska arbete. Vidare fördes de professionellas reflektioner och synpunkter tillbaka till ungdomarna (se figur 4). Teman som behandlades berörde till exempel ungas erfarenheter av professionellas bemötande, ungas delaktighet i mångprofessionella möten och ungas syn på orsaker till skolfrånvaro. Utfallet av kommunikationen mellan grupperna ingår i von Kraemers (2016) rapport, medan samforskningsgruppens verksamhet och utveckling kommer att analyseras mer ingående i en separat artikel av forskarsocialarbetare Westerback.



Figur 4 Delstudie 2

Analysen av ungdomsperspektivet lyfter fram flera aspekter på ungas syn på psykisk ohälsa och servicesystemet, där bemötandet av unga ter sig centralt och eventuellt som det allra viktigaste. Grundläggande är att bli sedd och hörd samt respekterad - och inte negligerad eller ifrågasatt i en situation som ofta kan te sig känslig och svår. Flera unga berättar om hur de bemästrat svåra situationer på egen hand under långa

perioder. Att hantera psykisk ohälsa på egen hand förknippas med ett minimerade och förminskade av symtomen på psykisk ohälsa. Man genomgår tunga perioder utan att alltid behöva veta vad det handlar om. Osäkerheten och skammen över det egna måendet bidrar vidare till ett förminskande av symtomen. Trösklarna har upplevts som höga av flera unga, och undvikandet av att söka hjälp har tagit sig uttryck på olika sätt. För en del kan det handla om social isolering eller långvarig skolfrånvaro, för andra kan det förknippas med olika former av självskadebeteende, som ätstörningar och sexuellt destruktivt beteende. Strandell et al (2004) diskuterar spänningen mellan normalbiografi och problemidentitet och frågar sig huruvida begreppet ”det normala” kunde göras mindre snävt, för att unga lättare skulle hitta sin plats i samhället.

Åt vilket håll är vi på väg; mot att bredda ramen eller göra den snävare?

Intervjuresultaten tyder på att unga är känsliga för att utsätta sig för stigma.

Ungdomarna i samforskningsgruppen rapporterade samma tendenser. De uppgav ändå, vid evalueringen av gruppens verksamhet, att de utöver att de upplevde sig hörda och delaktiga hade upplevt att samforskningsprocessen ökat deras självkänsla, minskat på känslor av ensamhet kring deras problematik och lett till att de vågade tala öppnare om psykisk ohälsa och säga sin åsikt.

Ett framträdande resultat är att de unga belyser behovet av breddat kunskapsunderlag vad gäller psykisk hälsa och ohälsa. Unga önskar ökad information om psykisk hälsa och ohälsa och föreslår själva skolan som kanal för detta. Väsentligt är att denna information är av universell karaktär, riktad till alla. Vidare föreslås infotillfällen i skolan för pedagoger och övrig skolpersonal gällande ungas psykiska hälsa. Av vikt är även att fortsätta arbetet med att normalisera psykisk ohälsa, samt att uppmuntra och hjälpa unga att söka hjälp.

Att kunna bibehålla sin autonomi, sin integritet, samt att få vara delaktig inom ramen för stöd och vård, hade inte alla informanter fått erfara. Att kämpa för att vara delaktig kan vid psykisk ohälsa kännas som övermäktigt. Speciellt unga med erfarenhet av den psykiatriska vården upplevde att de inte hade blivit hörda inom ramen för vårdprocessen, specifikt i kontakten med läkare.

Flera av informanterna berättar om hur viktigt det är att ha ett tryggt ställe att gå till. En del kallar det för *vardagsrum*. Det handlar om verksamheter som är okomplicerade att närma sig. Det är fråga om mobbningsfria zoner där man inte blir stämplad eller konstant bedömd. Inom ramen för verksamheterna finns även ofta andra unga som

befinner sig i en liknande situation vilket redan i sig utgör ett stöd. Ungdomarna lyfter fram Krisjouren för unga och Ungdomsverkstaden Sveps inom tredje sektorn, Zacharias Topeliuskolans Eva-enhet (sjukhusundervisning) samt Ungdomscentralens HBTIQ-ungdomsgrupp för sexuella minoriteter som dylika platser.

I likhet med Alanen (2015) hävdar vi att det är av primär betydelse hur unga blir bemötta inom service som är avsedd att stödja den psykiska hälsan. Alanen (2015) beskriver - om än något karikerat - en professionell som sitter långt ifrån den unga, bakom sitt bord med en flaska handdesinfektion på bordet, samtidigt som den professionella knappar in prestationer i datasystem och informerar både verbalt och ickeverbalt om brådskande tidtabeller samt förmedlar en misstro till den unga. Alanen frågar sig om det i stället vore möjligt att träffa den unga på en plats som inte är impregnerad av maktförhållanden, och på ett sätt som är välkomnande? Är det möjligt att den professionella till och med skulle röra vid den ungas axel och se hen i ögonen?

Palsanen och Kääriäinen (2015) menar att vi borde vara försiktiga med att skapa allt för starka kontraster mellan offentliga och privata tjänster. De ser kritiskt på att den privata sektorn ställer det offentliga och lagstadgade servicesystemet i en position som kan förorsaka illamående hos sin målgrupp. Motsättningen ses som en onödig belastning, då det finns goda erfarenheter av ungas delaktighet samt gott bemötande även från den offentliga sidan, till exempel samforskningsprojekt som drivits bland annat inom barnskydd och vuxensocialarbete i Helsingfors. I stället frågar sig Palsanen och Kääriäinen (2015) varför det nuvarande offentliga servicesystemet inte omformas så att det skulle motivera både brukare och professionella och så att det skulle utveckla ett mänskligare humankapital? På så sätt skulle medborgarna bli hjälpta inom den offentliga basservicen, och då skulle det inte behövas korrigerande service via andra system. En lika relevant fråga som uppstår är: Hur kan samverkan utvecklas vidare mellan det offentliga servicesystemet och i detta fall tredje sektorn? När det gäller den svenskspråkiga servicen i Helsingfors har tredje sektorn en märkbar roll och position. I ljuset av både de professionellas och de ungas erfarenheter och berättelser kan vi se skillnader i servicesystemet, som å ena sidan upplevs som fungerande och å andra sidan kräver vidareutveckling.

En central slutsats av forskningsprocessen är vikten av att involvera och engagera beslutsfattare och personer i ledningsposition. Detta utgör även studiens begränsning. Enskilda professionella uppgav att de saknar fullmakt att förändra strukturer och arbetssätt; detta gäller speciellt offentliga serviceproducenter.

Slutsatserna pekar ändå på att forskarsocialarbetarna – med Mathilda Wrede-institutet som forskningskanal – har banat väg för en hållbar relation till det svenskspråkiga fältet i Helsingfors. Resultatet är ett sektoröverskridande samarbetsområde, ett praxisnätverk som sträcker sig från socialbyråer till psykiatri och ungdomsväsendet samt vidare till tredje sektorns aktörer. Av största vikt är att nu upprätthålla och fortsätta att utveckla arbetet med detta nätverk.

9 Utvecklings- rekommendationer

I detta avslutande kapitel sammanställs utvecklingsområden och rekommendationer som framkommit inom ramen för detta uppdrag vad gäller vidare arbete i utvecklandet av tjänster som stöder ungas psykiska hälsa.

1. Stöd till unga med icke-diagnostiserad psykisk ohälsa

Uppmärksamma ungdomar som efter undersöknings- och bedömningsperioder vid TAK-polikliniken återremitteras till primärnivån. Uppföljning av stödbehovet.

Fortsätta att stödja tredje sektorns aktörer, som kan göra stor skillnad för unga med psykisk ohälsa. Den tredje sektorns kompetens och resurser behöver tillvaratas.

2. Tydligare samverkan mellan aktörer vid skolfrånvaro

Långvarig skolfrånvaro har ofta en koppling till psykisk ohälsa. Att göra pilotstudier av uppsökande arbetsformer som intensifierar samarbetet mellan specialsjukvården och primärnivån föreslås som fokusområde (nyckelaktörer åk 7-9: skola, ungdomspsykiatri, barnskydd, EVA-enheten / nyckelaktörer andra stadiet: skola, Sveps, Ungdomsstationen, psykiatri).

3. Införandet av strukturerade regelbundna dialogiska möten och seminarier

Införandet av strukturerade regelbundna dialogiska möten och seminarier förbättrar aktörers kännedom om varandra och stärker samverkansmöjligheter. Ansvaret för koordinering föreslås ligga hos specialplaneraren för svensk service inom Social- och hälsovårdsverket vid Helsingfors stad i samarbete med Mathilda Wrede-institutet.

4. Satsningar på förebyggande arbete i skolan

Med stöd av Förenta Nationernas (FN) rapport *Mental health matters. Social Inclusion of Youth with Mental Health Conditions* (2014) rekommenderas införandet av förebyggande insatser i skolan med fokus på sociala färdigheter och hantering av svåra känslor samt destruktivt beteende. Det förebyggande arbetet föreslås vara av universell karaktär.

Youth Aware of Mental health (YAM) är ett annat förebyggande program för skolelever med målsättning att öka kunskapen om psykisk hälsa. Programmet har visat sig vara effektivt i en studie bland drygt 11 000 skolelever i tio EU-länder. Målgruppen för programmet är skolelever i åldern 14-16 år.

5. Integrerat mentalvårdsarbete i ungas vardagsmiljöer på svenska

Konsultativ service som erbjuds av ungdomspsykiatri (HUUCS), där utvärdering, utredning och tidiga interventioner sker i den ungas egen vardagsmiljö i samarbete med bashälsövården erbjuds även på svenska i Helsingfors.

6. Normkritiskt arbete på agendan

I arbetet med unga behöver professionella tydliggöra och ifrågasätta normer som påverkar ungas möjligheter att leva som de önskar. Normkritiskt arbete bidrar till att förebygga mobbning och utanförskap och kan med fördel introduceras i skolan. Ett normkritiskt perspektiv bidrar till lika villkor för alla unga.

7. Förstärkning av ungdomsperspektivet

Förstärkning av ungdomsperspektivet innebär respekt för ungas delaktighet i frågor som berör deras liv.

8. Individanpassat stöd till unga genom studiecoacher

Att utföra pilotstudier av studiecoacher inom yrkesutbildningen föreslås. I denna modell sammanförs studerandevård med psykiatri och missbrukstjänster. Målsättningen är social rehabilitering i skolan. Som metod kunde Supported education (Sed) beprövas. Modellen är utarbetad vid Boston University och har använts i bland annat Holland för att tackla drop out-problematik.

9. Resurser inom ungdomspsykiatrins svenskspråkiga poliklinik för att behandla neuropsykiatriska funktionsnedsättningar på svenska

Att utreda omfattningen av svenskspråkig vård och rehabilitering av neuropsykiatriska funktionsnedsättningar (13-17-åringar) i Helsingfors.

10. Ungdomstjänsterna samlade i webbtjänst

Att samla det svenskspråkiga serviceutbudet i Helsingfors till en webbtjänst för att förbättra aktörers kännedom om varandra och skapa kontakt.

Referenser

- Aaltonen, Sanna, Berg, Päivi & Ikäheimo, Salla (2015) Nuoret luukulla. Kolme näkökulmaa syrjäytymiseen ja nuorten asemaan palvelujärjestelmässä. Nuorisotutkimusverkosto/Nuorisotutkimusseura, julkaisuja 160. Helsinki.
- Ackard, Diann M. & Newmark-Sztainer, Dianne (2001) Health care information sources for adolescents: Age and gender differences on use, concerns, and needs. *Journal of Adolescent Health*, 29, 170–176.
- Alanen, Olli (2015) Nuoret osallisiksi. Ingår i Mirja Määttä & Anne Määttä Parempia ratkaisuja koulutuksen ja työn ulkopuolella olevien nuorten tukemiseen. Valtion selvitys- ja tutkimustoiminnan julkaisusarja 16/2015.
- Arbets- och näringsministeriet (2015) Nuorisotakuu-työryhmän loppuraportti ja suosittukset jatkotoimiksi. Työ- ja elinkeinoministeriön julkaisuja. Työ ja yrittäjyys. 19/2015.
- Barnombudsmannens årsbok (2014) Ojämlig barndom. Barns välbefinnande i ljuset av nationella indikatorer. Publikationer från barnombudsmannens byrå 2014:3.
- Bauman, Zygmunt & May, Tim (2004) Att tänka sociologiskt. Göteborg: Korpen.
- Biddle, Lucy & Donovan, Jenny & Sharp, Debbie & Gunnell, David (2007) Explaining Non Help-seeking Amongst Young Adults with Mental Distress: A Dynamic Interpretive Model of Illness Behaviour, *Sociology of Health and Illness* 29 (7), 983–1002.
- Boelens, Luuk (2010) Theorizing Practice and Practising Theory: Outlines for an Actor- Relational-Approach in Planning. *Planning Theory*, 9 (1), 28–62.
- Bolin, Anette & Sorbring, Emma (2014) När många vill "hjälpa till". Barn och ungdomars erfarenheter av interprofessionellt samarbete inom den sociala barnvården. Rapport Högskolan Väst. Nr 2014:1.
- Bremberg, Sven (2013) Utanförskap och psykisk ohälsa bland unga i de nordiska länderna. Ingår i Olsen, Terje & Tägtström, Jenny (red.) Dokument 12/2013. Jämställdhetsredogörelse till Nordiska Rådet 2013.
- Bremberg, Sven (2014) Ökad psykisk ohälsa bland unga och troliga förklaringar till utvecklingen. Kunskapscentrum för Jämlik vård.
- Bremberg, Sven & Dalman Christina (2015) En kunskapsöversikt. Begrepp, mätmetoder och förekomst av psykisk hälsa, psykisk ohälsa och psykiatriska tillstånd hos barn och unga. Stockholm: Forte.
- Callon, Michel (1986) Some elements of a sociology of translation: Domestication of the scallops and the fishermen of St Brieuc Bay. Ingår i John Law (red.) *Power, Action and Belief: A New Sociology of Knowledge?* London: Routledge & Kegan Paul, 196–233.
- Clarke, Gregory N. & Hornbrook, Mark & Lynch, Frances & Polen, Michael (2001) A randomized trial of a group cognitive intervention for preventing depression in adolescent offspring of depressed parents. *Arch Gen Psychiatry* 58 (11), 27–34.
- Connel, Raewyn W. (2005) *Masculinities*. Cambridge: Polity Press.
- Ekman, Tiina (2015) När livet känns fel. MIND-index 2015. Tema: Ungas psykiska hälsa.
- Erikson, Erik H. (1968) *Identity: Youth and crisis*. New York: Norton.
- Flyvbjerg, Bent (2001) *Making Social Science Matter: Why Social Inquiry Fails and How It Can Succeed Again*. New York: Cambridge University Press.
- Garmy, Pernilla (2016) Hälsopromotion i skolan. Utvärdering av DISA – ett program för att förebygga depressiva symtom hos ungdomar. Institutionen för kliniska vetenskaper i Malmö, Medicinska fakulteten, Lunds universitet.
- Giddens, Anthony (1996) *Modernitetens följder*. Lund: Studentlitteratur.
- Goffman, Erving (1963) *Stigma: Notes on the Management of Spoiled Identity*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall, Inc.
- Granholm, Camilla (2016) Social work in digital transfer - blending services for the next generation. Mathilda Wrede-institutets forskningsserie 1/2016. Helsingfors: FSKC.
- Halvorsen, Knut (1992) *Samhällsvetenskaplig metod. Teori, forskning, praktik*. Lund: Studentlitteratur.

- Hansen, Finn K. & Malmgren, Marianne & Højland, Marianne (2006) *Indsatsen for udsatte børn og unge – en analyse af tilbud, foranstaltninger og initiativer i tilknytning til Børne- og Ungdomsforvaltningen i Københavns Kommune*. Center for Alternativ Samfundsanalyse.
- Harris, Anita (2004) *Future girl: young women in the twenty-first century*. New York: Routledge.
- Heiskanen, Tarja & Salonen, Kristina & Kitchener, Betty & Jorm, Anthony (2008) *Mentalvårdstjänster i Finland*. Ingår i *Handbok i psykiska första hjälpen*. Föreningen för Mental Hälsa i Finland.
- Helsinki Forum Group (2014) *Helsinki statement on social work practice research*. *Nordic Social Work Research* 4 (1), 7–13.
- Hertz, Søren (2011) *Barn- och ungdomspsykiatri – nya perspektiv och oanade möjligheter*. Lund: Studentlitteratur.
- Hiltunen, Linda (2015) *Psykisk ohälsa i skolan*. Ingår i *Myndigheten för ungdoms- och civilsamhällesfrågor. När livet känns fel. Ungas upplevelser kring psykisk ohälsa*. Stockholm: Myndigheten för ungdoms- och civilsamhällesfrågor.
- HNS (2014) *HUCS Ungdomspsykiatri*. <http://www.hus.fi/sv/sjukvard/sjukvardstjanster/ungdomspsykiatri/Sidor/default.aspx>
- Hoikkala, Tommi & Paju, Petri (2013) *Apina pulpetissa. Ysiluokan yhteisöllisyys*. Helsinki: Gaudeamus & Helsinki: Nuorisotutkimusverkosto/Nuorisotutkimusseura.
- HUCS Psykiatri (2012) *Remittering till den ungdomspsykiatriska specialistvården*. Klinikgruppen ungdomspsykiatri. Öppenvårdskliniken. Remisskriterier. Helsingfors och Nylands sjukvårdsdistrikt.
- Hultqvist, Sara & Salonen, Tapio (2014) *Service User Involvement in the Swedish Welfare Services: In Theory and in Practice*. Ingår i *Aila-Leena Matthies & Lars Uggerhøj (red.) Participation, Marginalization and Welfare Services. Concepts, Politics and Practices Across European Countries*. Surrey: Ashgate.
- HYKS Nuorisopsykiatria (2014) *Helsinkiläisnuorten psykiatriset palvelut 2013*. HYKS Psykiatrian tulosityksikkö Nuorisopsykiatrian klinikaryhmä.
- Hyvinvoinnin palveluopas (2014) *HYKS-Varhain (nuorisopsykiatria)*. <http://hyvinvoinninpalveluopas.fi/index.php/hakemisto/item/hyks-varhain-nuorisopsykiatria>
- Issakainen, Mervi (2014) *Young people Negotiating the Stigma Around their Depression*. *Young*, 22 (2), 171–184.
- Jernström, Hedda (2012) *Socialarbetarnas handlingsutrymme inom ungdomspsykiatri*. Pro gradu-avhandling. Helsingfors: Helsingfors universitet.
- Johannisson, Karin (2002) *Den moderna tröttheten: Historiska perspektiv*. Ingår i *Ekman, R. & Arnetz, B. (Red.) Stress: Individen – samhället – organisationen – molekylerna*. Stockholm: Liber.
- Julkunen, Ilse & Salovaara Veronika (2008) *Övergång från skola till arbetsliv i Finland – utveckling och trender*. Ingår i *Ungdomars väg från skola till arbetsliv*. Nordiska erfarenheter. TemaNord 2008:584. Nordiska ministerrådet. Köpenhamn.
- Kalman, Hildur & Lövgren, Veronica (2012) *Etiska dilemman. Forskningsdeltagande, samtycke och utsatthet*. Malmö: Gleerups.
- Kaltiala-Heino, Riittakerttu & Marttunen, Mauri & Fröjd, Sari (2015) *Lisääntyvätkö nuorten mielenterveyden ongelmat? Suomen lääkirilehti*, 70, 26–32.
- Kaltiala-Heino, Riittakerttu & Ranta, Klaus & Fröjd, Sari (2010) *Nuorten mielenterveys koulumaailmassa*. *Duodecim* 126 (17), 2033–9.
- Kearney, Christopher A. (2008) *School absenteeism and school refusal behaviour in youth: a contemporary review*. *Clinical Psychology Review* 28, 451–471.
- Keskinen, Lotta (2014) *Projektet KOMET – Kompetens och mentorskap för unga*. En kartläggning av svenskspråkiga stödtjänster för unga i huvudstadsregionen. Helsingfors: Föreningen Luckan.

- Kiilakoski, Tomi (2014) Koulu on enemmän. Nuorisotyön ja koulun yhteistyön käytännöt, mahdollisuudet ja ongelmat. Nuorisotutkimusverkosto/ Nuorisotutkimusseura. Julkaisuja 155. Helsinki.
- Krogstrup, Hanne K. (2004) Asiakaslähtöinen arviointi Bikva-malli. FinSoc Työpapereita 3/2004. Stakes.
- Kuusi, Osmo (2002) Delfoi-menetelmä. Ingår i Matti Kamppinen & Osmo Kuusi & Sari Söderlund (toim.) Tulevaisuudentutkimus: perusteet ja sovellukset. Suomalaisen kirjallisuuden seura. Helsinki.
- Lalander, Philip & Johansson, Thomas (2012) Ungdomsgrupper i teori och praktik. Lund: Studentlitteratur.
- Laukkanen, Eila & Marttunen, Mauri & Miettinen, Seija & Pietikäinen, Matti (2006) Nuoren psyykkisten ongelmien kohtaaminen. Helsinki: Duodecim.
- Laukkanen, Eila & Kemppe, Teija & Kylmä, Jari & Airaksinen, Arja & Henttonen, Antti & Haatainan, Kaisa (2009) SIHTI-interventio. Nuoren ongelmien ja elämäntilanteen kokonaisvaltainen arviointi perustason ja erikoissairaanhoidon yhteistyönä. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
- Laukkanen, Eila & Hintikka, Jukka & Kylmä, Jari & Kekkonen, Virve & Marttunen, Mauri (2010) A brief intervention is sufficient for many adolescents seeking help from low threshold adolescent psychiatric services. BMC Health Services Research 2010, 10/261.
- Laukkanen, Eila & Pylkkänen, Kari (2011) Nuoret eivät pelkää hakeutua mielenterveyspalveluihin. Suomen lääkärilehti 33 (66), 2316–2317.
- Laukkanen, Eila & Pylkkänen, Kari (2014) Valtiovarainvaliokunnan kunta- ja terveysjaostolle. Suomen Nuorisopsykiatrisen yhdistyksen lausunto. Suomen Nuorisopsykiatrisen yhdistys.
- Laukkanen, Eila & Pylkkänen, Kari (2011) Nuoret eivät pelkää hakeutua mielenterveyspalveluihin. Suomen lääkärilehti 33 (66), 2316–2317.
- Lindblad, Frank & Lindgren, Carl (2010) Välfärdslandets gåta. Varför mår barnen inte lika bra som de har det? Falun: Scandbook.
- Lunabba, Harry (2013) När vuxna möter pojkar i skolan – insyn, inflytande och sociala relationer. Mathilda Wrede-institutets forskningsserie 1/2013. Helsingfors: FSKC.
- Luopa, Pauliina & Lommi, Anni & Kinnunen, Topi & Jokela, Jukka (2010) Nuorten hyvinvointi Suomessa 2000-luvulla. Kouluterveyskysely 2000–2009. Helsinki: Yliopistopaino.
- Luopa, Pauliina & Kivimäki, Hannele & Matikka, Anni & Vilkki, Suvi & Jokela, Jukka & Laukkanen, Essi & Paananen, Reija (2014) Nuorten hyvinvointi Suomessa 2000–2013. Kouluterveyskyselyn tulokset. Raportti 25/2014. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
- Löfberg, Cecilia & Aspán, Margareta (2011) Digitala erbjudanden, Ungas erfarenheter av information, stöd och samspel med vuxna online. Stockholm: Institutionen för pedagogik och didaktik, Stockholms universitet.
- Marttunen, Mauri (2006) Itsetuhoinen käyttäytyminen. Ingår i Eila Laukkanen & Mauri Marttunen & Seija Miettinen & Matti Pietikäinen (toim.) Nuorten psyykkisten ongelmien kohtaaminen. Helsinki: Duodecim.
- Marttunen, Mauri & Huurre, Taina & Strandholm, Thea & Viialainen, Riitta (2013) Nuorten mielenterveyshäiriöt. Opas nuorten parissa työskenteleville aikuisille. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Tampere: Juvenes Print – Suomen Yliopistopaino.
- Marttunen, Mauri & Huurre, Taina & Strandholm, Thea & Viialainen, Riitta (2013) Nuorten mielenterveyshäiriöt. Opas nuorten parissa työskenteleville aikuisille. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Tampere: Juvenes Print – Suomen Yliopistopaino.
- Merikangas Kathleen R. & He Jian-ping & Burstein Marcy & Swanson Sonja A. & Avenevoli Shelli & Cui Lihong & Benjet Corina & Georgiades Katholiki & Swendsen Joel (2010) Lifetime Prevalence of Mental Disorders in US Adolescents: Results from the National Comorbidity Study-Adolescent Supplement (NCS-A). Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry 49 (10), 980–989.

- Merrel, Kenneth & Duane, Isava & Gueldner, Barbara & Ross Scott (2008) How effective are school bullying intervention programs? A meta-analysis of intervention research. *Sch Psychol Q* 23, 26–42.
- Metteri, Anna (2012) Hyvinvointivaltion lupaukset, kohtuuttomat tapaukset ja sosiaalityö. *Acta Universitatis Tamperensis* 1778. Tampere: Tampere University Press.
- Mieli 2009. Plan för mentalvårds- och missbruksarbete. Förslag av arbetsgruppen Mieli 2009 för att utveckla mentalvårds- och missbruksarbete fram till år 2015. Social- och hälsovårdsministeriet. Rapporter 2009:20. Helsingfors: Universitetstryckeriet.
- Miles, Matthew B. & Huberman, A. Michael (1994) *Qualitative data analysis* (2. painos). California: Sage.
- Myndigheten för ungdoms- och civilsamhällesfrågor (2015) När livet känns fel. Ungas upplevelser kring psykisk ohälsa. Stockholm: Myndigheten för ungdoms- och civilsamhällesfrågor.
- Myrskylä, Pekka (2012) Hukassa – keitä ovat syrjäytyneet nuoret? EVA Analyysi nro 19. Helsinki: Elinkeinoelämän valtuuskunta.
- Nordens Välfärdscenter (2015) Unga vuxna med nedsatt arbetsförmåga. En beskrivning av trygghetssystem.
- Nowotny, Helga & Scott, Peter & Gibbons, Michael T. (2001) *Re-thinking Science – Knowledge and the Public in an Age of Uncertainty*. Cambridge: Polity Press.
- Nämnden för den språkliga minoriteten (2010). Utlåtande om Helsingfors och Nylands sjukvårdsdistrikts verksamhetsplan för psykiatrin 2010-2020, daterat 25.3.2010.
- Palsanen, Kati (2013) Yhteistutkiminen versio 2.0. Opas sosiaalityöhön. Soccan työpapereita 2013.
- Palsanen, Kati & Kääriäinen, Aino (2015) Asiakkaiden ja ammattilaisten yhteistoiminnallisen työskentelyn merkitykset ja seuraukset. *Janus* 23 (2), 190–205.
- Pihlajamäki, Eini (2013) De talar finska över huvudet på mig. Perspektiv på svenskspråkig mentalvård. *Magma-studie* 1/13. Tankesmedjan Magma.
- Pohl, Axel & Walther, Andreas (2007) Activating the disadvantages. Variations in addressing youth transitions across Europe. *International Journal of Lifelong Education* 26 (5), 533–553.
- Punamäki, Raija-Leena & Tirri, Kirsi & Nokelainen, Petri & Marttunen, Mauri (2011) Koulusurmat. Yhteiskunnalliset ja psykologiset taustat ja ehkäisy. *Suomalaisen tiedeakatemian kannanottoja* 2, 2011.
- Pylkkänen, Kari (2004) Nuorten psykiatristen hoitoketjujen ongelmat. *Suomen lääkirilehti* 59, 2941–2947.
- Pylkkänen, Kari (2003) Hoitotakuu nuorisopsykiatriassa. NUOTTA-projektin loppuraportti. Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö, Selvityksiä 2003:13.
- Pylkkänen, Kari (2006) Nuorisopsykiatrian kehitys Suomessa. Ingår i Laukkanen, Eila (et al) (2006) Nuoren psyykkisten ongelmien kohtaaminen. Helsinki: Duodecim.
- Pylkkänen, Kari (2013) Nuorisopsykiatrisen avohoidon laatusuositus. NALLE-projektin loppuraportti. Suomen Nuorisopsykiatrisen yhdistys 2013.
- Ranta, Klaus (2014) Varhainen puuttuminen nuorten mielenterveysongelmiin – perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon yhteistyömalleja (tiedote esityksestä). Suomen Lääkäriliitto.
- Ranta, Klaus (2014) HYKS nuorisopsykiatria. Organisoituminen 2015 ja hoitoon pääsy Psykiatrisen sairaanhoidon lautakunta 18.11.2014.
- Rautiainen, Hanna & Pelanteri, Simo (2012) Psykiatrisen erikoissairaanhoidon 2010. Institutet för hälsa och välfärd THL. Statistikrapport 3/2012.
- Rew, Lynn (2005) *Adolescent health. A multidisciplinary Approach to Theory, Research, and Intervention*. Thousand Oaks: Sage Publications.
- Rinne, Kati (2016) Omat jalat kantaa. Helsinkiläisnuorten kokemuksia hyvinvoinnista. Helsinki: Helsingin kaupungin tietokeskus.

- Rissanen, Päivi (2015) Toivoton tapaus? Autoetnografia sairastumisesta ja kuntoutumisesta. Helsinki: Kuntoutussäätiö.
- Savukoski, Marika (2008) Vapaaksi anoreksian kahleista: Narratiivinen tutkimus selviytymispoluista. Akateeminen väitöskirja. Acta Universitatis lapponiensis 142. Rovaniemi: Lapin yliopisto.
- Shortt, Alison & Barret, Paula & Fox, Tara (2001) Evaluating the FRIENDS program: a cognitive-behavioural group treatment of childhood anxiety disorders. *J Clin Child Psychol* 30 (4), 523–33.
- Sitra (2015) Lasten ja nuorten palvelut 2020 – Jotta yksikään lapsi tai nuori ei tipahda turvaverkon läpi.
- Skolpsykologernas och skolkuratorernas verksamhetsberättelse 2014-2015. Helsingfors stad, utbildningsnämndens svenska sektion. Protokoll 6/2015.
- Social- och hälsovårdsministeriet (2014) Socialvårdslagen ökar lågtröskeltjänsterna. Pressmeddelande 319/2014
http://stm.fi/artikkeli/-/asset_publisher/sosiaalihuoltolaki-lisaa-matalan-kynnyksen-palvelu-1?_101_INSTANCE_yr7QpNmIjMjSj_languageId=sv_SE
- Social- och hälsovårdsministeriet (2015) Program för utveckling av barn- och familjetjänster <http://stm.fi/hankkeet/lapsi-ja-perhepalvelut>
- SOU (2006) Ungdomar, stress och psykisk ohälsa. Analyser och förslag till åtgärder. Stockholm: Edita.
- Statistikcentralen (2016) Kuolemansyyt. Itsemurhien määrä väheni selvästi. Helsinki: Tilastokeskus.
http://www.stat.fi/til/ksyyt/2014/ksyyt_2014_2015-12-30_kat_006_fi.html
- Strandell, Harriet & Julkunen, Ilse & Lamminen, Katri (2004) Det normalas lockelse – berättelser från marginalen. *Socialvetenskaplig tidskrift* nr 2, 2004.
- Svedmark, Eva (2012) Att skydda individen från skada, en forskningsetisk balansakt. Ingår i Kalman, Hilder & Lövgren, Veronica (red.) *Etiska dilemman. Forskningsdeltagande, samtycke och utsatthet*. Malmö: Gleerups.
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (2014) Suomen virallinen tilasto. Terveys 2014. Psykiatrisen erikoissairaanhoidon tilasto 2012.
http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/114909/Tr05_14.pdf?sequence=1
- Thapar Anita & Collishaw, Stephan & Pine Daniel S. & Thapar Ajay K. (2012) Depression in adolescence. *Lancet*, 379, 1056–1067.
- THL (2015) Enkäten hälsa i skolan.
<https://www.thl.fi/fi/web/thlfi-sv/forskning-och-expertarbete/befolkningsundersokningar/enkaten-halsa-i-skolan>
- Thomsen, Per H. & Skovgaard, Anne M. (2007) Børne- og ungdomspsykiatri. En lærebog om børn og unges psykiske sygdomme. Köpenhamn: FADL's Forlag.
- Tukiala, Anna-Kaisa, Tervo, Elina (2011) Kohtaamisia kokemustutkijatoiminnassa – yhteistutkimus sosiaalityön menetelmänä. Ingår i Camilla Granholm, Tarja Juvonen & Maija Jäppinen (red.) *Sosiaalityön paikka tietessä ja yhteiskunnassa. Tutkiva sosiaalityö, Sosiaalityön tutkimuksen seura och Talentia*. Talentia-lehti, 32–34.
- Tuomi, Jouni & Sarajärvi, Anneli (2009) Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki: Tammi.
- Ungdomsstyrelsen (2010) Hon han hen. En analys av hälsosituationen för homosexuella och bisexuella ungdomar samt för unga transpersoner. Stockholm: Ungdomsstyrelsen.
- Ungdomsstyrelsen (2013) 10 orsaker till avhopp. 379 unga berättar om avhopp från gymnasiet. *Skrifter från Temagruppen Unga i arbetslivet* 2013:2.
- United Nations (2014) Mental health matters. Social Inclusion of Youth with Mental Health Conditions. New York: Division for Social Policy and Development. Department of Economic and Social Affairs.
- Uusitalo, Tuula (2007) Nuorten itsemurhat Suomessa. Lapsiasiavaltuutetun toimiston selvityksiä 2:2007. Sosiaali- ja terveysministeriö. Jyväskylä.
- Venarde, David F. (1999) Medication and meaning: Psychotherapy patients' subjective experiences of taking selective serotonin reuptake inhibitors (SSRIs). Doctoral Dissertation. State University of New Jersey, Piscataway.

- Vreeman, Rachel & Carrol, Aaron (2007) A systematic review of school-based interventions to prevent bullying. *Arch Pediatr Adolesc Med* 161, 78–88.
- Walther, Andreas (2006) Regimes of youth transitions. Choice, flexibility and security in young people's experiences across different European contexts. *Young* 14 (2), 119–139.
- Westerback, Frida (2014) "Man kommer dit med någon form av problematik, men utöver det så är det ett socialt forum för att inte behöva vara ensam." professionella vuxnas uppfattning om stöd för unga online. Pro gradu-avhandling. Helsingfors: Helsingfors universitet.
- WHO (2012) Mental health action plan 2013–2020. World Health Organization.
- Wik, Anna, Balk, Maria & Julkunen, Ilse (2014) Psykisk sjukdom e aldrig enbart ett individuellt problem. Professionella diskuterar familjens och vänners roll i vårdprocessen. FSKC-rapporter 1/2014.
- Wisdom, Jennifer P. & Clarke, Gregory N. & Green, Carla A. (2006) What Teens Want: Barriers to Seeking Care for Depression. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research* 33 (2), 133–45.
- Wiklund, Maria & Danielsson, Ulla & Strömbäck, Maria & Bengs, Carita (2015) Dissonanser och möjligheter – i ljuset av genus, normativitet och samhällets individualisering. Ingår i *Myndigheten för ungdoms- och civilsamhällefrågor. När livet känns fel. Ungas upplevelser kring psykisk ohälsa*. Stockholm.
- Wu, Ping & Hoven, Christina W. & Bird, Hector R. & Moore, Robert E. & Cohen, Patricia & Alegria, Margarita & Dulcan, Mina K. & Goodman, Sherryl H. & Horwitz, Sarah M. & Lichtman, Judith H. & Narrow, William E. & Rae, Donald S. & Regier, Darrel A., & Roper, Margaret T. (1999) Depressive and disruptive disorders and mental health service utilization in children and adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 38 (9), 1081–1090.
- Östergren, Per-Olof (2015) Prekära anställningsvillkor – en ny hälsorisk för unga individer. Muntlig presentation, konferens Storstadens hjärta och smärta, Malmö september 2015.

Opublicerade referenser

- Mariani-Cerati, Elisabeth (2013) Kartläggning av svenskspråkiga mentalvårdtjänster för ungdomar i Nyland. Examensarbete. Arcada.

Lagar

- Barnskyddslag 417/2007
- Hälso- och sjukvårdslagen 1326/2010
- Lag om elev- och studerandevård 1287/2013
- Socialvårdslag 2014/1301
- Språklagen 423/2003

Bilaga 1 Information till informanter

Helsingfors, oktober 2014

Bästa mottagare,

Jag vänder mig till dig som arbetar med under 25-åringar på svenska i Helsingfors. Jag heter Frida Westerback och fungerar som forskarsocialarbetare i ett samarbete mellan Social- och hälsovårdsverket (Helsingfors stad) och Mathilda Wrede-institutet. På uppdrag av Social- och hälsovårdsverket och Mathilda Wrede-institutet utför jag en kartläggning gällande mentalvårdstjänster för svenskspråkiga unga i åldern 13-25 år i Helsingfors. Denna forskning skall belysa aktörernas perspektiv gällande forskningsfrågorna, som berör servicekedjor och kritiska moment i dessa.

Målsättningen är att utveckla identifieringen av de ungas behov av särskilt stöd inom olika sektorer.

Alla uppgifter i denna undersökning kommer att behandlas konfidentiellt. När kartläggningen är färdig, kommer materialet att förstöras.

Kartläggningen beräknas vara klar i december 2014.

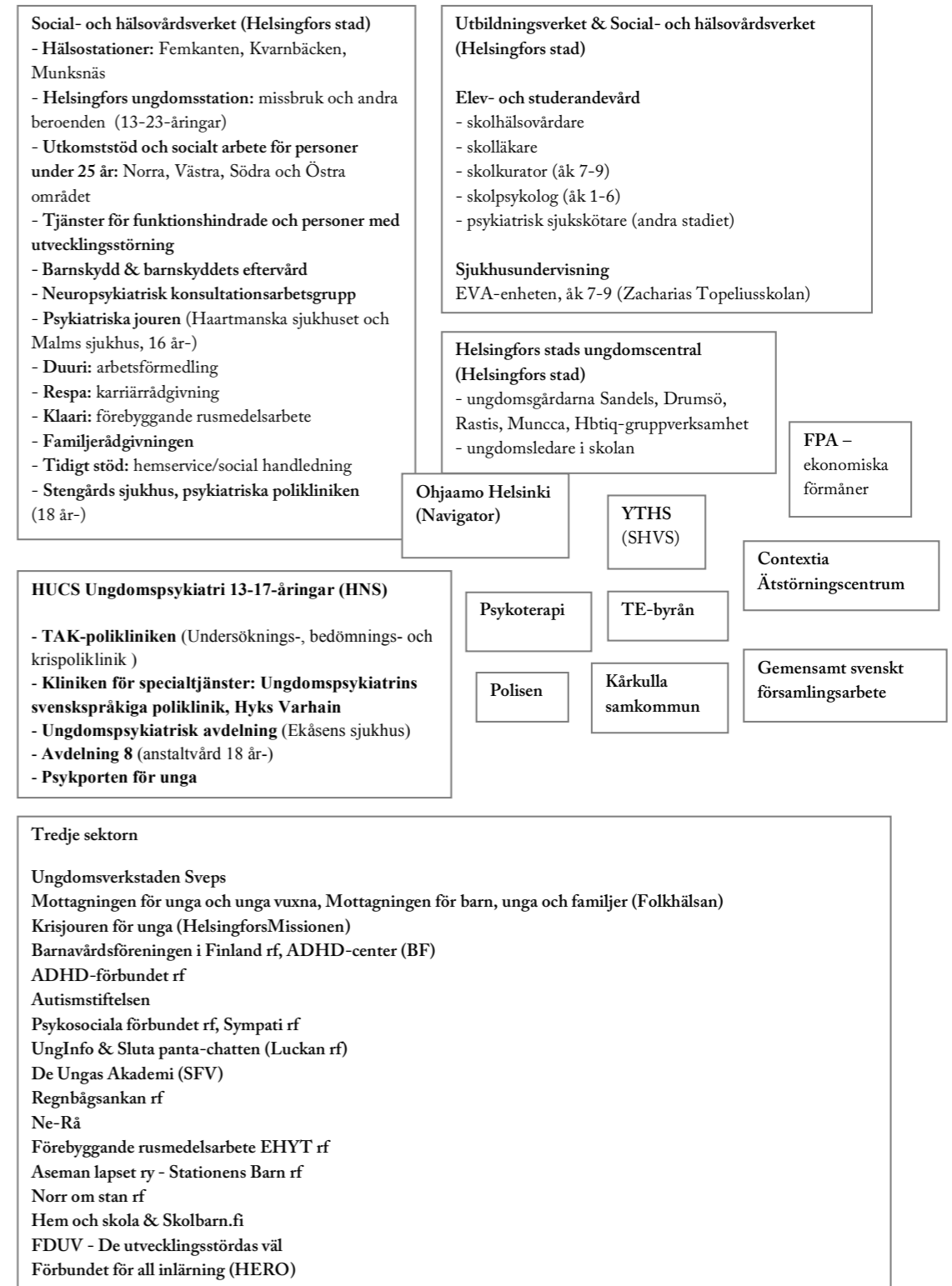
Med vänliga hälsningar,

Frida Westerback

Frida Westerback
Forskar-socialarbetare
Social- och hälsovårdsverket
Mathilda Wrede-institutet
tel. +358 40 124 9986
frida.westerback@hel.fi

Ilse Julkunen
Professor i praktikforskning
PD, Docent i socialt arbete
Helsingfors universitet
tel. +358 50 448 4247
ilse.julkunen@helsinki.fi

Bilaga 2 Infokarta, tjänster för unga (Helsingfors)
Infokartan uppdateras, senaste version 7.9.2015



Intervjuguide



Helsingfors, mars 2015

Bästa ungdom,

Jag heter Frida Westerback och fungerar som forskarsocialarbetare vid Social- och hälsovårdsverket (Helsingfors stad) och Mathilda Wrede-institutet. På uppdrag av dessa instanser utför jag ett forskningsuppdrag gällande välfärdstjänster för svenskspråkiga unga i åldern 13-25 år i Helsingfors med temat ungdomar och psykisk ohälsa. Denna forskning skall belysa era ungas perspektiv på mina forskningsfrågor, som handlar om hur ni definierar er välfärd och hur ni ser på tjänster och service som är riktade till er. Hurdana serviceformer önskar ni och i vilket format (på internet, mottagningar, anonymitet etc)? Era åsikter är viktiga och värdefulla i utvecklingsarbetet för att vi skall få så välfungerande tjänster som möjligt.

För att få fram er syn på dessa frågor vill jag gärna intervjua er genom temaintervjuer. En intervju tar ca 1,5h. Alla deltagare inbjuds till vårt slutseminarium den 3.11.2015 i Helsingfors (frivilligt) och får en biobiljett som tack för medverkan.

Teman i intervjuerna kommer att beröra:

- Ungas egen definition av sin välfärd
- Ungas syn på tjänster och service som stöder den psykiska hälsan
- Ungas upplevelser av professionellas bemötande och utvecklingsförslag
- Önskemål gällande serviceformer och -format

Du som deltar kommer att få skriftlig information om studien, deltagandet är frivilligt och du har rätt att när som helst avbryta deltagandet. Forskningsmaterialet omkodas för att skydda deltagarnas identitet. Alla uppgifter i denna undersökning kommer att behandlas konfidentiellt. När forskningsuppdraget är färdigt, kommer materialet att förstöras.

Kontakta mig gärna om du har frågor eller funderingar per telefon, textmeddelande eller e-post:

Frida Westerback, tel. 040 124 9986, frida.westerback@hel.fi

Stort tack på förhand för din insats och hjälp!

Med vänliga hälsningar,

Frida Westerback

Frida Westerback
Forskar-socialarbetare
Social- och hälsovårdsverket
Mathilda Wrede-institutet
tel. +358 40 124 9986
frida.westerback@hel.fi

Ilse Julkunen
Professor i praktikforskning
PD, Docent i socialt arbete
Helsingfors universitet
tel. +358 50 448 4247
ilse.julkunen@helsinki.fi

Bilaga 5 Informerat samtycke

Informerat samtycke

Intervjumaterialet kommer att användas i Mathilda Wrede-institutets forskningsuppdrag under år 2015 samt i annan forskning som anknyter till temat via Frida Westerback (eventuell doktorsavhandling eller samarbete med andra forskare).

- Jag har blivit informerad om hur studien kommer att genomföras och presenteras
- Jag samtycker till att delta i studien och att bli intervjuad
- Jag är informerad om att deltagandet är frivilligt och att jag när som helst kan avbryta min medverkan utan att motivera varför
- Jag är medveten om att jag i studien kommer att vara oidentifierad

Helsingfors _____.____.2015

Underskrift

Namnförtydligande

Frida Westerback, forskarsocialarbetare

Bilaga 6 Informationsbrev till vårdnadshavare

Helsingfors, februari 2015

Bästa vårdnadshavare,

Jag heter Frida Westerback och fungerar som forskarsocialarbetare vid Social- och hälsovårdsverket (Helsingfors stad) och Mathilda Wrede-institutet. På uppdrag av dessa instanser utför jag ett forskningsuppdrag gällande välfärdstjänster för svenskspråkiga unga i åldern 13-25 år i Helsingfors. Denna forskning skall belysa de ungas perspektiv gällande forskningsfrågorna, som berör hur unga själva definierar sin välfärd och hur de beskriver tjänster och service som är riktade till dem. Hurdana serviceformer önskar de unga och i vilket format (IKT, lågtröskelverksamhet)? Målsättningen är att utveckla identifieringen av de ungas behov av särskilt stöd inom olika sektorer. Forskningsmaterialet förmedlas vidare till professionella samt beslutsfattare i Helsingfors.

Ungdomarna kommer att intervjuas genom temaintervjuer. I en temaintervju fokuseras samtalet till specifika temaområden, som är förutbestämda av intervjuaren. I en temaintervju deltar 4-8 personer.

Teman i intervjuerna kommer beröra:

- Ungas egen definition av sin välfärd
- Ungas syn på tjänster och service som stöder den psykiska hälsan
- Ungas upplevelser av professionellas bemötande och utvecklingsförslag
- Önskemål gällande serviceformer och -format

Varje informant kommer att informeras om deltagande i studien skriftligen, deltagandet är frivilligt och informanten har rätt att när som helst avbryta deltagandet. Forskningsmaterialet omkodas för att skydda informanternas identitet. Alla uppgifter i denna undersökning kommer att behandlas konfidentiellt. När forskningsuppdraget är färdigt, kommer materialet att förstöras.

Informanterna kommer även att underteckna ett skriftligt formulär om informerat samtycke. Ytterligare ges deltagarna information om hur forskningsmaterialet används samt att de i efterhand kommer att kunna ta del av studiens resultat. Forskningsuppdraget beräknas vara klart i december 2015.

Ifall ert barn är under 15 år krävs informerat samtycke av vårdnadshavare. Vänligen underteckna som vårdnadshavare samtyckesblanketten som bifogas för att ge tillåtelse att intervjua ert barn.

Med vänliga hälsningar,

Frida Westerback

Frida Westerback
Forsksocialarbetare
Social- och hälsovårdsverket
Mathilda Wrede-institutet
tel. +358 40 124 9986
frida.westerback@hel.fi

Ilse Julkunen
Professor i praktikforskning
PD, Docent i socialt arbete
Helsingfors universitet
tel. +358 50 448 4247
ilse.julkunen@helsinki.fi

Bilaga 7 Informerat samtycke av vårdnadshavare

Informerat samtycke

Gäller Mathilda Wrede-institutets studie: Från ungdomsperspektiv till
mångprofessionell praxis – *ungas syn på svenskspråkiga välfärdstjänster i Helsingfors*

Kontaktperson: Forskar-socialarbetare Frida Westerback, tel. 040 124 9986,
frida.westerback@hel.fi

===

Jag har som vårdnadshavare blivit informerad om hur studien kommer att genomföras.

Jag samtycker till att mitt barn (under 15 år) deltar i studien och att blir intervjuad.

Jag är informerad om att deltagandet är frivilligt och att mitt barn när som helst kan
avbryta medverkan utan att motivera varför.

Jag är medveten om att mitt barn kommer att vara oidentifierad i studien.

Helsingfors _____.____.2015

Underskrift

Namnförtydligande

Bilaga 8 Övergripande intervjuguide

Övergripande intervjufrågor

1. Hur upplever du din livssituation, vad behöver du för att må bra?



2. Upplevelser av tjänster och service som stöder den psykiska hälsan?



3. Vad är viktigt i bemötandet av unga? Har du fått vara delaktig i ärenden som
berör dig?



4. Hurdana serviceformer önskar du? Var skall tjänsterna finnas och i vilket
format?

MATHILDA WREDE-INSTITUTET

**C/O AB DET FINLANDSVENSKA
KOMPETENSCENTRETINOM DET
SOCIALA OMRÅDET - FSKC**

GEORGSATAN 18 A 8, 00120 HELSINGFORS

WWW.FSKC.FI

