

Høgskolen Innlandet

Fakultet for helse- og sosialvitenskap

Carina Larsson

Kandidatnummer 302

Masteroppgave

Ungdom og psykisk helse;

en kvalitativ studie av et lavterskel tilbud om
psykisk helsetjeneste for ungdom

Youth and mental health; a qualitative
study of a low-threshold mental health
service for young people

Psykososialt arbeid med barn og unge

Høsten 2020

Sammendrag

I denne studien har jeg forsket på hva som skal til for at ungdom skal oppleve en psykisk helsetjeneste for ungdom som et lavterskeltilbud. Bakgrunnen for min interesse for tema var den økningen man ser i Norge av ungdom som selvrappporter om psykiske plager, samtidig som undersøkelser viser at få ungdom oppsøker hjelp for plagene. Ved hjelp av kvalitativ forskningsmetode der jeg har intervjuet ungdom som har henvendt seg til en kommunal psykisk helsetjeneste, har jeg funnet at det at ungdom faktisk oppsøker et lavterskeltilbud avhenger av flere elementer. Hovedfunnene viste at tjenesten må være tilgjengelig på et sted og til en tid som passer dem, det skal ha et godt og troverdig tilbud, og det krever samarbeid med andre tjenester for å gjøre tilbudet kjent for ungdommen. Ungdom ønsker flere «inngangsporter» til tjenesten, at de får hjelp raskt og at de kan være med på å bestemme hyppighet og rammen rundt avtalene. Når det gjelder innholdet i tjenesten, så framhevet deltakerne den fysiske samtalen med en trygg voksen som tok dem på alvor, snakket med dem om det som var vanskelig og viste forståelse for deres situasjon.

Abstract

In this study, I have researched what it takes youth to experience a mental health service for young people as a low-threshold service. The background for my interest in the topic was the increase seen in Norway of young people who self-report mental illnesses, at the same time as surveys show that few young people seek help for the ailments. Using a qualitative research method where I have interviewed young people who have approached a municipal mental health service, I have found that the fact that young people actually seek out a low-threshold offer depends on several elements. The main findings showed that the service must be available in a place and at a time that suits them, it must have a good and credible offer, and it requires collaboration with other services to make the offer known to the youth. Young people want more "gateways" to the service, that they get help quickly and that they can help determine the frequency and framework around the agreements. Regarding the content of the service, the participants highlighted the physical conversation with a confident adult who took them seriously, talked to them about what was difficult and showed understanding of their situation.

Innholdsfortegnelse

Sammendrag	1
Abstract	1
Kap.1 Innledning/introduksjon til tema	4
Kap. 2 Problemstilling.....	7
2.1 Definisjoner	7
Kap. 3 Bakgrunn.....	9
3.1 Kunnskapsstatus; ungdom og psykisk helse.....	9
3.2 Kontekst for undersøkelsen	18
Kap. 4 Teoretiske perspektiver.....	22
4.1 Psykologisk utvikling hos barn og unge.....	23
4.2 Tilgjengelighetsteori	25
4.3 Medvirkning.....	28
Kap. 5 Metodisk tilnærming	29
5.1 Metodisk tilnærming til min undersøkelse	30
5.1.1 Rekruttering av deltakere.....	31
5.1.2 Presentasjon av deltakere	32
5.1.3 Datainnsamling.....	33
5.1.4 Dataanalyse	35
5.1.5 Kritisk vurdering av forskningsprosessen	37
5.1.6 Etske overveielser.....	41
5.1.7 Godkjenning av prosjekt.....	42
Kap. 6 Presentasjon av funn	43
6.1 Hovedfunn.....	44
6.1.1 «Inngangsporten»	45
6.1.2 Hjelp når du trenger det.....	46
6.1.3 Noen «ekte mennesker» å snakke med	47
6.1.4 Syk nok?.....	49
Kap. 7 Drøfting.....	51
7.1 Tilgjengelighet	52
7.2 Kjønnsperspektivet.....	56
7.3 Hjelp på ungdommens premisser	57
7.4 Samfunnsforhold	60
7.5 Sosiale medier og nettbaserte tjenester	65
7.6 Evaluering av PHU	67

Kap. 8 Avslutning og oppsummering.....	69
Litteraturliste.....	71
Vedlegg.....	76
NSD sin vurdering.....	77
Vedlegg 2, informasjonsskriv.....	79
Vedlegg 3, Intervjuguide	82

Kap.1 Innledning/introduksjon til tema

Ulike undersøkelser viser at vi i Norge har en økning av ungdom som sliter med psykiske helseutfordringer. I rapporten «Psykisk helse i Norge» (Folkehelseinstituttet, 2018) vises det til at rundt 5 prosent av barn og ungdom i alderen 0 – 17 år behandles hvert år ved barn- og ungdomspsykiatriske poliklinikker (BUP). Blant jenter i alderen 15 – 17 år har andelen som har fått diagnoser i BUP steget fra 5 prosent til 7 prosent pr. år i perioden 2011 – 2016. Befolkningsundersøkelser indikerer også en økning av psykiske symptomer hos tenåringsjenter de senere årene, deriblant Ungdata undersøkelsen der ungdom selv rapporterer om egen helse. Blant annet ser man en økning av ungdom som rapporterer om symptomer på angst og depresjoner, samt om opplevd ensomhet (Bakken 2017, 2019).

Er det slik at henvendelser til kommunale helsetjenester fra ungdom med psykiske plager har økt tilsvarende det man ser av økning av psykiske helseplager? Hvilket kunnskapsgrunnlag har vi, hva rapporterer ungdom om selv vedrørende deres psykiske helse og hvordan imøtekommer hjelpetjenestene ungdom? I denne masteroppgaven ønsket jeg å se nærmere på hva er det som gjør at ungdom som sliter med sin psykiske helse søker hjelp, eventuelt ikke oppsøker hjelp, fra en kommunal helsetjeneste.

Jeg jobber i et prosjekt i Rus- og psykisk helseenhet (ROP) innenfor en kommunal helsesektor. ROP registrerte at tallene på antall henvendelser fra ungdom, kontra tall på selvrapporterte psykiske plager i ungdataundersøkelsen i kommunen var lite sammenfallende. Det vil si at resultatene fra undersøkelsen ikke gjenspeiles i hvor mange ungdom som tar kontakt med tjenesten, eller som faktisk er innskrevet i pasientlisten. ROP hadde svært få ungdommer, i forhold til voksne pasienter. Dette fikk ledelsen til å reflektere rundt hva som kunne være årsaken til at så få ungdom tok kontakt til tross for at så mange selvrapporterte om psykiske plager; var tjenesten for lite synlig og tilgjengelig for ungdom? Kjente de ikke til ROP, eller viste de ikke hvordan de skulle ta kontakt? Med utgangspunkt i disse utfordringene ønsket ROP å utvikle et lavterskeltilbud for ungdom: Psykisk helsetjeneste for ungdom, heretter kalt PHU, for aldersgruppen 13-25 år. Det er denne tjenesten som er gjenstand for nærmere undersøkelse i denne masteroppgaven.

PHU og øvrige tjenester fra ROP er lovmessig sett definert som en helsetjeneste i henhold til Helse- og omsorgstjenesteloven (2011, § 3), og de som jobber i ROP er alle definert som

helsepersonell i henhold til Helsepersonelloven (1999, § 3 nr. 2). Søknad om tjenester fra ROP vurderes i henhold til Pasient- og brukerrettighetsloven (1999, § 2-1) som omhandler rett til nødvendige helse- og omsorgstjenester fra kommunen. Målsettingen med tjenester fra ROP er at pasienten skal ha mulighet til å leve et så selvstendig liv som mulig samtidig som behov for nødvendig helsehjelp ivaretas.

På bakgrunn av lovverket knyttet både til personalet og tjenestene, definerer ROP alle som mottar tjenester fra de som «pasienter». Jeg har på bakgrunn av dette valgt å benytte meg av pasient begrepet gjennom hele oppgaven, men vil underveis reflektere litt rundt bruk av dette begrepet i en tjeneste som er definert som lavterskel.

De ansatte på ROP har fagbakgrunn fra ulike profesjoner; psykolog, vernepleiere, barnevernspedagoger, sosionomer, og psykiatriske sykepleiere. Sammensetningen av fagprofesjoner er valgt bevisst for å imøtekomme bredden av behovet hos pasientene. ROP tilbyr helse- og omsorgstjenester for personer med alt fra lettere psykiske plager til mer alvorlige lidelser, samt problemer med rusmidler. Formålet med tjenestene skal være at pasienten oppnår best mulig funksjons- og mestringsevne, selvstendighet og deltakelse sosialt og i samfunnet for øvrig. Tiltak utformes individuelt i samarbeid med pasienten, ut fra deres behov og ønsker. Alle tjenestene er basert på frivillighet. De ansatte er forløpskoordinatorer og kontaktpersoner for spesialisthelsetjenesten innenfor feltet psykiatri/rus, og har ofte koordineringsansvar for pasientenes individuelle plan. Enheten tildeler biveiledning/miljøarbeid (adl trening/trening i hverdagslivets ferdigheter), støttesamtaler (individuelle samtaler/behandling og veiledning), samt at pasientene kan få tilbud om aktivisering og sosial omgang i gruppeaktiviteter.

Bakgrunnen for utvikling av en lavterskel psykisk helsetjeneste for ungdom (PHU) var at ROP ønsket å finne ut av hvordan tjenesten skulle innrette seg for å raskt og effektivt kunne tilby hjelp til ungdom med psykiske helseutfordringer i kommunen. Årsaken til dette var dels handlet det om resultatene fra Ungdataundersøkelsene, men også om de sentrale føringene der man fokuserer på ansvarliggjøring av de kommunale sektorene vedrørende psykiske helsetjenester for barn og unge. Blant annet står det i regjeringens opptrappingsplan for barn og unges psykiske helse (Helse- og omsorgsdepartementet, 2018 s. 10) at det er for stor variasjon i henvisningene som blir avslått av spesialisthelsetjenesten. I opptrappingsplanen påpekes det at ikke alle barn og unge skal behandles i

spesialisthelsetjenesten, men at disse barna blir stående uten gode tjenestetilbud dersom kommunene ikke har et relevant behandlingstilbud. Det framkommer også at det er for stor variasjon i forhold til hvorvidt kommunene har gode tilbud til barn og unge med psykiske plager og lidelser, og at det forventes at kommunene øker sin kunnskap og sin forståelse rundt barn og unges psykiske helse og livskvalitet (Helse- og omsorgsdepartementet, 2018). Dette medfører at tjenesteområdene og oppgavene i kommunene stadig må utvikles videre.

Når det gjelder nøkkeltall fra ROP, så fikk jeg tildelt en oversikt over alle henvendelser til PHU knyttet til alder, kjønn og kontaktmetode. Tallene har jeg lagt inn i en enkel tabell, der alder er kategorisert inn i under og over 18 år. Oversikten er over alle henvendelser til PHU, fra oppstart juni 2019 og fram til 1. mai 2020 :

Tabell 1:

Kjønn	antall	alder	Kontakt via
Gutter	11	13 – 17 år: 8 stk 18 – 25 år: 3 stk	Messenger: 1 SMS: 1 Foreldre: 5 *Via andre tjenester: 4
Jenter	16	13 – 17 år: 9 stk 18 – 25 år: 7 stk	Messenger: 3 SMS: 1 E-post: 1 Foreldre: 1 *Via andre tjenester: 10
Total	27	13 – 17 år: 17 18 – 25 år: 10	Messenger: 4 SMS: 2 E-post: 1 Foreldre: 6 *Via andre tjenester: 14

* Fastlege, politi, barneverntjeneste, kontaktlærer, helsesykepleier, ungdommens helsestasjon, ungdommens hus

Kap. 2 Problemstilling

Det jeg har funnet i min søken etter kunnskap om tema ungdom og psykisk helse, sett i relasjon til den aktuelle kommunes erfaring, har vekket en nysgjerrighet i meg. Hva er det som gjør at ungdom søker hjelp selv, eventuelt ikke søker hjelp, når de opplever utfordringer knyttet til psykisk helse? Vil min undersøkelse av en lavterskel psykisk helsetjeneste kunne belyse noen av de utfordringene vi står overfor når det gjelder utvikling av tilbud om psykisk helsetjenester for ungdom? Denne studiens hovedmål er å frembringe mer kunnskap om hvilke hensyn vi bør ivareta ved utvikling og etablering av psykiske helsetjenester for ungdom. Gjennom en kvalitativ undersøkelse av PUH, sett opp mot kunnskapsstatus og relevant teori, vil jeg med denne masteroppgaven utforske følgende problemstilling:

Hva skal til for at ungdom skal oppleve kommunal psykisk helsehjelp som et lavterskeltilbud?

2.1 Definisjoner

Barn og unge benyttes når jeg snakker mer generelt om denne gruppen, og innbefatter personer under 25 år. I følge Opptappingsplanen for barn og unges psykiske helse er dette en definisjon som er i tråd med det mange pasient- og brukerorganisasjoner innenfor målgruppen selv benytter. Den innbefatter også gruppen av unge voksne som er i ferd med å utvikle en selvstendig tilværelse med studier, familieetablering og arbeidsliv (Helse- og omsorgsdepartementet, 2018).

Ungdom er det begreper jeg benytter nå jeg omtaler målgruppen for PHU, da denne tjenesten er rettet mot personer i alderen 13 – 25 år. Årsaken til at PHU starter på 13 år, er at man har tatt utgangspunkt i at dette er alderen for oppstart på ungdomskolen og tenårene. De over 20 år er mer å regne som «unge voksne» men ROP valgte likevel å samle målgruppen under begrepet ungdom.

Pasient; I følge Pasient og brukerrettighetsloven (1999) § 1-3 a., er en pasient en person som henvender seg til helse- og omsorgstjenesten med anmodning om helsehjelp, eller som helse- og omsorgstjenesten gir eller tilbyr helsehjelp. Helsehjelp innebærer handlinger som har forebyggende, diagnostisk, behandlende, helsebevarende, rehabiliterende eller pleie- og

omsorgsformål, og som er utført av helsepersonell (§ 1-3 c). Dette til forskjell fra begrepet *bruker*, som ifølge § 1-3 f., er en person som anmoder om eller mottar tjenester som er omfattet av helse- og omsorgsloven som ikke er helsehjelp etter § 1-3 c. Jeg har som sagt innledningsvis valgt å benytte meg av pasient begrepet i denne oppgaven på bakgrunn av at ROP konsekvent bruker denne betegnelsen overfor alle som mottar deres tjenester.

Psykisk helse benyttes som et overordnet begrep. Det omfatter både god psykisk helse og livskvalitet, samt psykiske plager og lidelser. Begrepet benyttes også overfor tiltak på feltet, og da gjerne over hele spekteret fra forebygging, til behandling og rehabilitering (Folkehelseinstituttet, 2018 s. 10). Praksisfeltet består både av *psykisk helsevern*, som er det som betegner spesialisthelsetjenesten, samt psykisk helsetjeneste i kommunene som benevnes *psykisk helsearbeid* (Folkehelseinstituttet, 2018).

Psykiske plager benyttes om tilstander som oppleves som belastende og som påvirker den enkeltes livskvalitet negativt, men som ikke nødvendigvis sammenfaller med spesifikke diagnoser (Helse- og omsorgsdepartementet, 2018, s. 6).

Psykiske lidelser benyttes kun når diagnostiske kriterier er oppfylt jf. diagnosesystemet ICD-10 (WHO, 2019). Det å lide betyr å kjenne smerte. Et fellestrekk ved psykiske lidelser og symptomer er at dysfunksjonelle tankestrategier og følelsesmessige reaksjoner blir dominerende og skader over tid funksjonsevnene til pasienten (Skårderud, Haugsgjerd og Stänicke, 2018, s. 37).

Livskvalitet kan være både god og dårlig, og defineres både som individuelle subjektive opplevelser av glede, kjærlighet, følelse av mestring og tilfredshet, men også til samfunnsmessige og objektive forhold som jobbrelaterte forhold, inntekt og bolig (Næss, 2006). God livskvalitet er gjerne forbundet med det å ha det godt og fungere bra i samfunnet på flere arena; hjem, skole og arbeid, og kan blant annet samsvarer med opplevd mestring og tilhørighet (Helse- og omsorgsdepartementet, 2018).

Medvirkning: Brukermedvirkning er et sentralt begrep i pasient- og brukerrettighetsloven (1999, § 3-1) og i Helse- og omsorgstjenesteloven (2011), men jeg velger å benytte betegnelsen *medvirkning* gjennomgående i denne studien i og med at jeg ikke benytter

begrepet «bruker», men pasient. Jeg vil komme mer inn på dette begrepet i kap. 4, da sett opp mot pasienters mulighet til å påvirke utforming og tilgjengelighet av helsetjenester.

Lavterskeltilbud er en samlebetegnelse som ofte benyttes i dagens samfunn for å beskrive tjenestetilbud som er lett tilgjengelig for befolkningen generelt (Helse- og omsorgsdepartementet, 2017). Jeg vil komme nærmere inn på begrepet lavterskeltilbud opp mot helsetjenester i kap. 3.

Kap. 3 Bakgrunn

Lidelser knyttet til psykisk helse er utbredt i den norske befolkningen, og disse lidelsene bidrar til betydelige helsetap for den enkelte (Folkehelseinstituttet, 2018). Nordisk institutt for studier av innovasjon, forskning og utdanning (NIFU) har på oppdrag fra Norges forskningsråd foretatt en kartlegging av forskning på psykisk helse i Norge (Rørstad, Aksnes og Wiig, 2019). I forbindelse med dette ble det innhentet data som blant annet viser at i Norge, basert på det globale sykdomsbyrdeprosjektet Global Burden of Disease (GBD), er det depresjons- og angstlidelser som gir høyest sykdomsbyrde, da på henholdsvis 35 og 24 prosent (Rørstad et al., 2019).

Disse lidelsene bidrar til betydelig helsetap, dårligere livskvalitet, selvmord og store sosioøkonomiske tap for samfunnet generelt (Helse- og omsorgsdepartementet, 2018). Forekomsten av psykiske lidelser blant voksne er forholdsvis stabil, men blant ungdom ser man spesielt en økning av unge jenter som rapporterer om psykiske plager (Folkehelseinstituttet, 2018). Samtidig framkommer det i rapporten fra NIFU at det er kunnskapshull knyttet til barn og unges psykiske helse (Rørstad et al., 2019). I dette kapitlet vil jeg fokusere på hva vi vet om ungdom og psykisk helse, hvilke tendenser ser vi, og hvordan imøtekommer vi utfordringene knyttet til dette?

3.1 Kunnskapsstatus; ungdom og psykisk helse

Velferdsforskningsinstituttet NOVA utgav i 2016 et notat skrevet på oppdrag fra Helsedirektoratet: *Psykiske helseplager blant ungdom – tidstrender og samfunnsmessige*

forklaringen, En kunnskapsoversikt og en empirisk analyse (Sletten og Bakken, 2016).

Bakgrunnen for oppdraget var blant annet de siste årenes ungdomsundersøkelser der man ser en økning av ungdommer som rapporterer om psykiske helseplager. Helsedirektoratet ønsket mer kunnskap om miljømessige årsaker som kunne forklare den store økningen av ungdom som rapporterer om økt opplevelse av press og stress. I litteraturgjennomgangen fant de relativt god dokumentasjon for at det har vært en økning i psykiske vansker i løpet av en 30-årsperiode, særlig blant unge jenter – men det var ingen entydige forklaringer på årsaken til dette. I kunnskapsoversikten konkluderte de derfor med at det er behov for flere gjentatte longitudinelle studier på dette feltet. Den empiriske analysen fokuserte på utviklingen av depressive symptomer og bestod av en gjennomgang av resultater fra Ung i Oslo undersøkelser fra henholdsvis 1996, 2006 og 2015. Også denne analysen viste en kraftig økning av selvrapporterte depressive symptomer fra 1996 og fram til 2016. For jenter var økningen fra 17 % til 26 %, og for gutter var økningen fra 9 % til 11 % (Sletten og Bakken, 2016). Årsakene til denne endringen var vanskelig å gi en konkret forklaring på, og det ble drøftet hvorvidt mer åpenhet i samfunnet om psykisk helse kunne være forklaringen.

NOVA har også utgitt rapporten *Sosiale forskjeller i unges liv* (Bakken, Frøyland og Sletten, 2016), som er basert på tall fra Ungdataundersøkelsene fra 2014 – 2015. Denne rapporten gir et sammenfattet bilde på hva sosioøkonomiske forskjeller betyr for ungdommens levekår. Undersøkelsene viser at ungdom fra familier med lav sosioøkonomisk status er mer plaget av angst- og depressive symptomer enn ungdom med høyere sosioøkonomisk status, og at forskjellene er tydeligere blant jenter enn gutter (Bakken et al., 2016).

Ungdomstiden er en sårbar tid der det stilles mange krav til den unge. Flere fagfolk har kalt denne generasjons ungdom for «generasjon prestasjon» og betegnelsen går ut på at mange av ungdommer opplever at de ikke bare skal prestere bra nok, men best, på alle områder. De har så mange muligheter, og en sterk forventning om at de skal «bli noe» (Rødevand, 2015). Kan disse forventningene skaper så stort press både i forhold til utseende, materialistiske krav og prestasjoner på skole og i fritiden, at ungdom blir syke av det, eller ligger det andre ting bak? Tilbudet om psykisk helsehjelp i de kommunale helsetjenestene er i kontinuerlig utvikling og endring i takt med sentrale føringer, lovkrav og forventninger. I følge regjeringens strategi for god psykisk helse for 2017 - 2022 (Helse- og omsorgsdepartementet, 2017) skal psykisk helse være en del av det nasjonale og lokale folkehelsearbeidet på lik linje med fysisk helse. Et av virkemidlene er at arbeid med psykisk helse skal forankres bedre i

sektorene som har virkemidlene. Det vil si i alle de kommunale sektorene som har ansvar for barn og unge, ikke bare innenfor helsesektoren. Det settes også et krav om økt samarbeid mellom helsesektoren og de andre sektorene i kommunen, slik som for eksempel barnehage, skole og kultursektoren. Også i strategiplanen for bedre ungdomshelse fokuseres det på å i større grad tenke forebygging, samarbeid, og fokus på livsmestring og en mer helhetlig tilnærming til psykiske helseutfordringer. Dette krever at kommunene tenker annerledes, øker kunnskapsnivået og endrer tilnærmingen sin utover den tradisjonelle tenkningen rundt psykisk helsehjelp. Det er en forventning om at nye og effektive metoder må implementeres og at koordinering av tjenestene effektiviseres (Helse- og omsorgsdepartementet, 2016). Men klarer kommunene å innrette seg slik at de når ut også til barn og ungdom, eller er de kommunale hjelpetilbudene mer tilpasset voksne pasienter? Dette vil jeg drøfte nærmere senere i oppgaven.

Undersøkelser viser som sagt en særlig økning i andelen unge jenter som rapporterer om, og søker hjelp for, psykiske plager (Folkehelseinstituttet, 2018). I Ungdata undersøkelsen for 2017 (Bakken, 2017) konkluderes det med at omfanget av selvrapporterte depressive symptomer gradvis har økt blant jenter siden begynnelsen av 2010-tallet. Mens de tidligere målingene har vist en økning på 0,2 - 0,3 prosentpoeng per år, viste undersøkelse i 2017 en økning på 1,8 prosentpoeng sammenlignet med undersøkelsen i 2016. I følge Ungdata rapporter har det også vært en økning blant guttene, men det er fortsatt et større antall jenter enn gutter som melder om psykiske helseplager (Bakken, 2017). Funnene i den siste Ungdata undersøkelsen viser en fortsatt en økning i selvrapportering på psykiske helseplager fra 2017 og fram til 2019, og også her topper jentene statistikken (Bakken, 2019). Ungdom i Nord-Norge kommer litt dårligere ut på flere områder enn ungdom ellers i landet; de er generelt mindre fornøyd med lokalmiljøet, de bruker mindre tid på lekser, skulker skolen mer, og har den laveste andelen som tror de vil ta høyere utdanning. Resultatene viser også at de har lavest deltakelse i organiserte fritidsaktiviteter og rapporterer om flere helseplager enn ungdom i resten av landet (Bakken 2017, 2019).

Helsestasjonen for ungdom er et lavterskel tilbud som finnes over hele landet, men det er en overvekt av jenter som benytter seg av dette (Øverland, 2018). Undersøkelser viser at gutter er mer opptatt av anonymitet og har mindre tålmodighet når det gjelder å vente på et tjenestetilbud, og at guttene selv ofte ikke er klar over sine begynnende psykiske problemer. De foretrekker også å ta opp problemer med en lærer heller enn en helsesykepleier (Hartberg

og Hegna, 2014). Kan dette være årsaken til den forskjellen vi ser mellom jenter og gutter i Ungdataundersøkelsene?

I følge Folkehelseinstituttets rapport *Psykisk helse i Norge* (2018), behandles rundt 5 prosent av barn og ungdom i alderen 0-17 år hvert år i psykisk helsevern for barn og unge (BUP). Gutter synes å ha høyere risiko for utviklingsforstyrrelser som debuterer tidlig i livet. Eksempler på dette er ADHD, Tourettes syndrom og forstyrrelser innenfor atferd og autismespekteret. Det man ser hos jenter er en overhyppighet av depresjon, angstlidelser og tilpasnings- og spiseforstyrrelser fra puberteten og oppover (Folkehelseinstituttet, 2018 s. 59). Folkehelseinstituttet (2018) har i sin rapport sett nærmere på hva som finnes av norske og internasjonale studier av forekomst av psykiske lidelser hos barn og unge. De har kun funnet to norske befolkningsbaserte studier som har kartlagt diagnoser hos barn og unge ved hjelp av kliniske intervjuer. De to studiene er «Barn i Bergen» (BIB) og «Tidlig trygg i Trondheim (TTIT)» (Folkehelseinstituttet, 2018, s. 66). BIB er en undersøkelse av psykisk helse og utvikling hvor tre årskull barn følges frem til voksen alder, og der målet er mer kunnskap om barns emosjonelle utvikling og hvordan ulike problemer påvirker barnets hverdag. Formålet er å få kunnskap som kan bidra til at det psykiske helsetilbudet for barn og unge forbedres. De foreløpige resultatene i undersøkelsen viser blant annet at 7 % av barna i utvalget oppfylte diagnostiske kriterier for en eller flere psykiske vansker (Regionalt kunnskapssenter for barn og unge Vest [RKBU] 2020). Prosjektet BIB er fortsatt pågående fram til 31.12.23, og informasjonen jeg viser til her er hentet fra en E-brosjyre med oppsummering av noen av funnene i studien (RKBU Vest, NORCE, u.å). Det pågår også mange tilknyttede prosjektet som tar utgangspunkt i innsamlet data fra BIB undersøkelsen.

Tidlig trygg i Trondheim (TTIT) er et forskningsprosjekt som undersøker barn og unges psykologiske og sosiale utvikling, der målet med studien er å kunne svare på spørsmål knyttet til årsak, forekomst, drop outs, sosiale medier, vennskap m.m. Prosjektet er ennå aktivt (Norges teknisk –naturvitenskapelige universitet [NTNU], 2020).

I USA er det gjort flere større studier av forekomst av psykiske lidelser blant barn og unge. En av de mest omfattende studier er «The National Comorbidity Survey Replication: Adolescent Supplement» (NCS-A) (Merikangas, Avenevoli, Costello, Koretz og Kessler, 2010). NCS-A er en nasjonal representativ undersøkelse, der man har benyttet seg av kliniske intervju av 10 123 ungdom i alderen 13 til 18 år. Resultatene viste at angstlidelser var den vanligste tilstanden (31,9 %), etterfulgt av atferdsforstyrrelser (19,1 %) og emosjonelle forstyrrelser

(14,3 %). Omtrent 40 % av deltakerne hadde lidelser som oppfylte kriterier for flere lidelser samtidig. Videre viste undersøkelsen at gjennomsnittlig alder for debut av de ulike lidelsene var 6 år for angst, 11 år for atferdsforstyrrelser og 13 år for emosjonelle forstyrrelser.

Undersøkelsen konkluderer med at hver fjerde til femte ungdom i alderen 13 – 18 år i USA, oppfyller kriterier for en psykisk lidelse med alvorlig svekkelse. De konkluderer også med at vanlige psykiske lidelser blant voksne ofte debutterer i barndommen, og at man på bakgrunn av denne kunnskapen bør fokusere på behandling av ungdom for å forebygge og sikre tidlig intervensjon ved utvikling av psykiske lidelser (Merikangas et al., 2010).

I Norge har vi gode mulighet for å innhente relevant data fra ulike spørreundersøkelser som har vært utført med jevne mellomrom blant barn og unge selv. Ungdataundersøkelsen er allerede nevnt, men i tillegg har vi undersøkelsen «Helsevaner blant skoleelever» (HEVAS) (Samdal, Mathisen, Torsheim, Diseth, Fismen, Larsen, Wold og Årdal, 2016), og levekårsundersøkelsene fra statistisk sentralbyrå (SSB). Disse undersøkelsene gir, i likhet med Ungdata undersøkelsen, et bilde av hvilke subjektive helseplager (både fysiske og psykiske) ungdom opplever å ha. HEVAS er en landsdekkende spørreskjemaundersøkelse blant norske 11-, 13-, 15- og 16-åringer der formålet er å kartlegge faktorene som bidrar til god utvikling i helse, trivsel og læring blant barn og unge. Resultatene av undersøkelsen skal brukes i forskning og som grunnlag for å kunne gi råd til helse- og utdanningsmyndigheter når det gjelder politikk og utforming av tiltak for denne målgruppen. HEVAS rapporten fra 2016 viser at den gjennomsnittlige score for subjektive helseplager har vært stabil hos gutter over tid, men økende hos jentene (Samdal et al., 2016).

Tall og fakta om psykisk helsevern for barn og unge kan hentes i aktivitetsdata fra Barn- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk (BUP). De fleste psykiatriske diagnoser hos barn og unge settes i BUP. Fram til 12 årsalderen er flertallet av pasientene gutter, mens det i aldersgruppen 13 – 15 år er en jevn fordeling mellom kjønnene. Fra 16 år og oppover er jentene i flertall, og det har vært en økning av jenter fra 2015 og fram til 2019 som er blitt diagnostisert etter ICD-10's F-diagnoser. Hoveddelen av økningen skyldes depresjoner, angstlidelser og tilpasningsforstyrrelser. I 2019 ble over 56 000 pasienter behandlet i psykisk helsevern for barn og unge. Tallene omfatter både poliklinisk behandling og døgnopphold. Dette tilsvarer 5 prosent av befolkningen under 18 år (Helsedirektoratet 03/2020).

Nasjonale pakkeforløp er en del av den nye utviklingen av psykisk helsevern i spesialisthelsetjenesten. 1. januar 2019 lanserte helsedirektoratet de tre første pakkeforløpene for psykisk helse og rus, deriblant Pakkeforløpet for psykiske lidelser hos barn og unge. Pakkeforløpet har som formål å styrke kvaliteten i tjenestene og legge til rette for trygge og forutsigbare behandlinger for pasientene; uansett hvor i landet du måtte bo. I pakkeforløpet er det utarbeidet overordnede utrednings- og behandlingsforløp som bygger på nasjonale og internasjonale faglige retningslinjer og utredninger. Innføring av pakkeforløpene har også som formål å bedre samhandling og samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten og de kommunale helsetjenestene (Helsedirektoratet, 2019). Vil dette kunne føre til at flere barn og unge får raskere og bedre psykisk helsehjelp? Meningene rundt utviklingen av pakkeforløp har vært mange og delte – både innenfor spesialisthelsetjenesten, de kommunale helsetjenestene og fra brukerorganisasjonenes side. Helsesjef og kommuneoverlege i Meland kommune, Tord Moltumyr, (Rønning, 2019a) tror at innføringen av pakkeforløp kan gjøre det vanskeligere å se en pasient helhetlig. Han frykter at det skal tas for lite hensyn til individuelle forskjeller i pasientens sykdomsforløp, og han er usikker på hvorvidt alle regioner og kommuner kan imøtekomme kravene til behandling i tråd med forløpet (Rønning, 2019a).

I et blogginnlegg på Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid (NAPHA) stilte psykiatrisk sykepleier Kurt Lyngved kritiske spørsmål rundt pakkeforløpene allerede i 2016. Han reflekterte særlig rundt begrepet «pakke»:

«Det er noe med begrepet som fratar mennesket det rent menneskelige, og påfører oss tingenes egenskaper.» (Lyngved, 2016).

Lyngved (2016) var redd for at «pakke» skulle være en vanskelig metafor å forholde seg til når man er psykisk syk, da psykiske helseproblemer handler om kompleksitet og sammensatte utfordringer. Pakkeforløpet blir et symbol på hva slags tilbud individet trenger, men vil systemet være i stand til å endre pakkenes innhold etter som individets tilstand forandret seg? Det vil bli spennende å følge med på om Lyngved får rett i sine bekymringer når det etter hvert skal evalueres hvordan pakkeforløpene har fungert både for systemet og for pasientene.

Under Nordlandssykehusets samhandlingskonferanse i 2019, bidro tre ungdommer med erfaring fra BUP og overgangen til VOP (Voksen psykiatrisk poliklinikk) med innspill til hjelpeapparatet. De hadde flere bekymringene vedrørende etablering av pakkeforløp, og var særlig opptatte av overgangen fra barn til voksen, og det å etablere gode og forutsigbare, men samtidig fleksible, rutiner. En av ungdommene uttaler følgende:

«Alle skal ikke behandles likt. Trygghet er sentralt i behandlingen av meg, og du, som behandler, skal se hele meg. Selv om du har oppskrift på hvordan mitt forløp skal være, betyr ikke det at jeg vil ha god opplevelse om du følger den.» (Rønning, 2019b)

I Opptrappingsplanen for barn og unges psykiske helse (Helse- og omsorgsdepartementet, 2018) framkommer det at psykiske lidelser står for 25 % av den totale sykdomsbyrden i aldersgruppen 10 – 14 år. «Sykdomsbyrde» er et begrep som defineres i form av helsetap og tapte leveår. For aldersgruppen 15 – 19 år øker tallet til 30 % (Folkehelseinstituttet, 2018). I Tidligere samfunnsøkonomiske beregninger foretatt av Senter for økonomisk forskning (Falch og Nyhus, 2009) viser at en økning av gjennomføringsgraden på videregående skole, fra 70 til 80 prosent, alene vil kunne føre til at samfunnets kostnader reduseres med om lag 5,4 mrd. for hvert årskull. Om man lykkes i å forebygge, identifisere og behandle psykiske helseplager hos ungdom på et tidligere tidspunkt, vil det kunne føre til at flere gjennomfører skolegangen, øker samfunnsdeltakelsen og får en varig tilknytning til arbeidslivet. Det vil si at dersom man klarer å forebygge helseutfordringer og utenforskap, samtidig som helsetjenestene til den enkelte blir bedre, så vil det gi store gevinster både menneskelig og samfunnsmessig (Helse- og omsorgsdepartementet, 2018).

Det er fullt mulig å finne tall på henvisninger av barn og unge til BUP og VOP, forekomster og årsaker osv., men det er langt verre å få en tilsvarende oversikt over ungdommene som sliter med sin psykiske helse, men som ikke er henvist til spesialisthelsetjenesten. For hvor oppsøker de hjelp? Helsesykepleier, læreren, utekontakten, miljøarbeideren på fritidsklubben? Eller søker de hjelp gjennom de kanalene som i dag kanskje er mer naturlig for dem, slik som på internett og ulike sosiale medier?

SINTEF fikk i 2018 i oppdrag fra Barne-, ungdoms og familiedirektoratet (Bufdir) å utføre en undersøkelse med utgangspunkt i den digitale spørretjenesten på ung.no (Lassemo, Tøndel, Sand, 2019). Ung.no er en digital informasjons- og kommunikasjonstjeneste som både publiserer artikler og undersøkelser til og om ungdom, men der ungdom også kan sende inn spørsmål anonymt og få svar fra fagfolk. Formålet med prosjektet fra Bufdir var å generere kunnskap om hva ungdom er opptatt av og hva de søker hjelp med når de skriver inn til ung.no. SINTEF foretok både kvalitativ og kvantitativ analyse av et utvalg av de nesten 300 000 spørsmålene som ungdom har sendt inn i perioden 2016 - 2018. I undersøkelsen var man også opptatt av å se på kjønnsforskjellene på henvendelsene. Totalt sett var det flest

jenter som stilte spørsmål; 62,6 % jenter, 30,9 % gutter. 5,7 % av spørsmålsstillerne kategoriserte seg i kjønnskategorien «annet». I spørsmålskategorien «Kropp, helse og identitet» er det, på tvers av kjønn og alder, temaet psykiske plager som er høyest representert. Ungdommene skriver om et stort spekter av problemer; alvorlige bekymringer og lidelser, der mange har slitt over tid, men også relativt akutte selvmordstanker. En stor andel av ungdommene har ikke snakket med noen om at de sliter psykisk, og årsakene til dette er blant annet at det er vanskelig å beskrive hvordan de har det, eller de er redde for å si det til foreldrene fordi de er redd for at foreldrene enten skal overreagere eller ikke bry seg (Lassemo et al., 2019). Denne undersøkelsen viser at det er en stor andel ungdom som tar kontakt med den digitale hjelpetjenesten ung.no, og at psykisk helse er et hyppig tema for de som tar kontakt. Her ser man også et skille mellom jenter og gutter, og at ungdom generelt sliter med å snakke om psykisk helse med noen de kjenner – og at de da velger å heller benytte seg av en anonym hjelpetjeneste på internett.

Høsten 2019 jobbet NRK1 fra innsiden av et hemmelig nettverk på det sosiale mediet Instagram der rundt 500 norske jenter deler bilder av selvskading, og forteller om selvmordstanker og selvmordsforsøk (Moland og Solvang, 2019). På få år har minst 15 av jentene i nettverket tatt sitt eget liv, halvparten av jentene var under 20 år da de døde. Mange av medlemmene i nettverket oppgir at de har psykiske problemer. Felles for mange av dem er at de har vært, eller er, i kontakt med ulike deler av hjelpeapparatet – likevel søker de til nettverket for trøst og støtte. Flere gir uttrykk for en mistillit til helsevesenet, samtidig som de oppfordrer hverandre til å søke profesjonell hjelp hvis situasjonen blir for kritisk. Man antar at de 500 medlemmene som NRK har funnet bare via ett medlems instagramkonto kun er toppen av isfjellet, og at omfanget av dette er langt større enn antatt. På innsiden av slike lukkede miljøer er nettverket kjent, mens de kan være ukjent for foreldre og hjelpeapparatet som forsøker å hjelpe disse ungdommene/unge voksne (Moland og Solvang, 2019).

Hvorfor er det slik at ungdom søker ut til sosiale medier for hjelp og støtte – får de ikke den hjelpen de har behov for, eller er ikke hjelpen tilgjengelig nok? Er det lettere å ty til Instagram enn å ringe fastlegen og snakke om selvskading og selvmordstanker? Disse spørsmålene, og flere, kommer jeg tilbake til i oppgavens drøftingsdel.

«Utenfor rekkevidde» er en artikkel skrevet av Idsøe, Keles, Bringedal, Børve og Ogden (2018). I artikkelen tar de opp spørsmål rundt hvorfor helsetjenester i liten grad når ut til

ungdom med psykiske plager (Helland og Mathiesen, 2009). Forfatterne viser til at det norske helsevesenet hovedsakelig jobber ut fra en hjelpesøkingmodell som tilsier at den som ønsker hjelp først må erkjenne et problem, for siden aktivt søke hjelp for dette – noe som synes å være en modell som passer best for voksne. «Depresjonsmestring for ungdom» (DU) er et lavterskel gruppebasert tiltak, og i artikkelen tar forfatterne utgangspunkt i en undersøkelse av rekrutteringsarbeidet som ble foretatt i forbindelse med oppstart av DU (Idsøe og Keles, 2016). Deres erfaring var hovedsakelig at det var vanskelig å rekruttere ungdom til DU, og at det var flere årsaker til dette. I artikkelen drøfter de mulige forklaringer på at det generelt er lite samsvar mellom selvrappotering av psykiske helseutfordringer blant ungdom, og antall ungdom som faktisk søker hjelp. De viser blant annet til en norsk studie der det blant de 15 – 20 % av ungdommene som selvrappoterte om psykiske problemer, bare var 17 % av dem som hadde hatt kontakt med fagpersonell. Manglende kunnskap om at det er mulig å få hjelp, og det å være flau over å be om hjelp, var noen av barrierene ungdommene oppgav (Helland og Mathiesen, 2009). En kartlegging foretatt av verdens helseorganisasjon (WHO) i 2014, viste at opplevelsen av å ikke ha behov for hjelp var hovedårsaken til at ungdom ikke oppsøker hjelp. Det var også en tendens til at ungdom ønsker og stoler på at de kan ordne opp i problemene selv (Andrade, Alonso, Mneimneh, Al-Hamzawi, Borges og De Graaf., 2014). En evaluering av rekrutteringsarbeidet til DU avdekket noen «suksesskriterier» for å nå ut til ungdom med et lavterskeltilbud; nok ressurser til å drive rekrutteringsarbeid, involvering og samarbeid med andre instanser og direkte kontakt med ungdommene. Rekrutteringsvansker til DU viste seg å handle om stigmatisering, manglende nærhet til målgruppen, manglende tid og tilgjengelighet, samt at DU var et gruppeformat som på daværende tidspunkt var rammet inn i et forskningsprosjekt (Idsøe et al. 2018). Kurslederne anså at stigma var mest knyttet til at DU er et depresjonsmestringskurs, og at selve depresjonsbegrepet i seg selv kunne oppleves som stigmatiserende og også provoserende for ungdom. I ettertid har DU skiftet navn til «Mestringskurs for ungdom». At DU kurset var lokalisert på en videregående skole medførte også noen logistiske utfordringer som handlet om tid og sted for gjennomføringen. Konklusjonen på dette var at et optimalt tiltak for ungdom både handlet om et godt og troverdig innhold, men også om fysisk og praktisk tilgjengelighet (Idsøe et al., 2018). I oppgavens drøftingsdel sammenligner jeg konklusjonene fra Idsøe m.fl. (2018) med funn fra min undersøkelse av ungdom som har erfaringer med PHU, og ser på eventuelle likheter og ulikheter.

Ferske kunnskapsoppsummeringer vedrørende forebyggende og helsefremmende tiltak for barn og unges psykiske helse viser at der foreligger lite forskning på feltet (Røstad, Aksnes, Ramberg og Wiig, 2019). Feltet har også en overvekt av studier av dårlig psykisk helse, og i mindre grad studier med fokus på god psykisk helse, livskvalitet og trivsel. I rapporten som Røstad m.fl. skrev for Nordisk institutt for studier av innovasjon, forskning og utdanning (NIFU), konkluderte de med at det er behov for flere primærstudier av bedre kvalitet for både planlegging og implementering av tiltak for barn og unge. Samt at det er behov for flere primærstudier som vurderer langtidseffekter av behandling (Røstad et al., 2019, s. 11). Kunnskapsgrunnlaget viser at vi har en økning av barn og unge som sliter med psykiske plager, vi vet hvilke plager de har og hvilke konsekvenser dette kan gi på sikt – det vi vet for lite om er hvordan vi kan forebygge at barn og unge utvikler psykiske lidelser, og hvilke behandlinger som faktisk fungerer over tid. Med økt forskning som produserer kunnskap om hva som fremmer god psykisk helse i barn- og ungdomstiden, har vi en større mulighet for å utvikle treffsikre tiltak og tjenester som bedrer utsikten til økt livskvalitet også i voksen alder (Røstad et al., 2019).

3.2 Kontekst for undersøkelsen

Den aktuelle kommunen som er gjenstand for nærmere undersøkelse i denne masteroppgaven, kan betegnes som en middels stor kommune i Nord-Norge. De kommunale tjenestene som arbeider med barn og unge i kommunen er underlagt ulike sektorområder og ansvaret er ulikt fordelt jf. gjeldende lovverk for de aktuelle enhetene.

I 2015 ble Rus- og psykisk helseenhet (ROP) for voksne opprettet i kommunen, og i 2016 fikk enheten ansvaret for ivaretagelse av barn og unge med rus og/eller psykisk helseproblematikk. ROP arbeider per i dag fortsatt med å bygge opp en kvalitativt god tjeneste til barn og unge ved å forsøke å tenke annerledes og å få ny kunnskap inn i enheten. Generelt sett kan man si at tendensen i aktuell kommunen er lik tendensen for ungdom i resten av landet når det gjelder resultater av ungdomsundersøkelsene, men at tallene ligger noe over landsgjennomsnittet. Det vil si at det er en noe høyere andel ungdom som rapporterer om psykiske plager enn det jeg har vist til av tall fra Norge tidligere i oppgaven. Det er grunn til å tro at ROP ikke klarer å fange opp og identifisere og/eller nå ut med tjenestetilbudet til denne målgruppen, da de hadde få pasienter i denne aldersgruppen. Det var et ønske om å gjøre noe med dette, da man vet at dersom barn og unge som sliter psykisk blir hjulpet på et tidlig

tidspunkt kan man bidra til å forhindre, eller begrense, antall syke eller traumatiserte voksne i fremtiden (Killèn, 2013).

ROP ønsket på bakgrunn av dette å prøve ut et lavterskel samtaletilbud med fokus på psykisk helse for målgruppen ungdom mellom 13-25 år. Tanken bak utviklingen av tilbudet, var at det skulle være utformet ut fra ungdommens premisser og behov – og at man skulle nå ut til ungdom som sliter på et tidlig tidspunkt. Tilbudet er definert som et lavterskeltilbud etter rammene fra Helse- og omsorgsdepartementet, Rundskriv, I-4/2017; *Om helse – og omsorgstjenestelovgivningens anvendelse ved lavterskeltilbud – særlig om krav til dokumentasjon og diagnostisering*. Her uttaler departementet at de er kjent med at det kan være usikkerhet knyttet til kravene for hvordan kommunale helse- og omsorgstjenester skal praktisere lovverket når det ytes helsehjelp ved lavterskeltilbud. I rundskrivet definerer departementet lavterskeltilbud som følgende (s.2):

Det typiske for lavterskeltilbud er at pasienter eller brukere ikke trenger henvisning eller timebestilling for å oppsøke tjenestene eller delta på aktivitetene som tilbys. Tjenestene er ofte gratis for brukerne og det oppleves å være lav terskel for å oppsøke slike tjenestetilbud. Tjenestetilbudet kan variere mye, men vil ofte bestå av aktiviteter i form av gruppeterapi, nettverksmøter eller individuell oppfølging i form av enkeltsamtaler/ individuell samtaleterapi m.m. For mange vil det være en forbigående fase i livet hvor de har behov for å benytte seg av slike tjenester, mens det for andre, med mer omfattende behov, kan være et første kontaktpunkt med helse- og omsorgstjenesten.

ROP ønsket å sikre at tjenesten ble utarbeidet på en slik måte at den skulle imøtekomme ungdommens behov, og foretok derfor en forundersøkelse. Det ble vurdert at kommunens ungdomsråd, og psykologiklassen på den videregående skolen var velegnet til å benytte som fokusgrupper. I følge Jacobsen (2018) kan noen problemstillinger egne seg meget godt for gruppeintervjuer der en samler aktuelle deltakere til en såkalt fokusgruppe, der man har en diskusjon eller samtale om ett tema. Representanter fra ROP deltok derfor på to uformelle fokusgruppeintervju. Ungdomsrådet besto av 8 ungdommer, både jenter og gutter, fra ungdomsskolen og videregående skole. De var forberedt på at ROP skulle delta på møte, og hva tema for spørsmålene ville være. I møte tok man utgangspunkt i en intervju guide, og fikk en samtale «rundt bordet» om de ulike spørsmålene. Ungdomsrådet fikk tilsendt referat fra møte i etterkant og hadde da også mulighet for å komme med ytterligere innspill. På

videregående skole gikk kommunepsykologen inn i skolens psykologiklasse og fikk en dialog rundt tema psykisk helsetjeneste for ungdom som lavterskeltilbud. Tilbakemeldingene fra fokusgruppene var sammenfallende, og her følger et sammendrag av disse:

Ungdommen hadde lite kjennskap til hvilke hjelpetjenester kommunen har for barn og unge, og de har sjeldent psykisk helse som tema på skolen. De hadde kjennskap til Ungdommens helsestasjon, men kjente ikke til lokasjon og åpningstider. De var ikke klar over at de hadde en egen Facebook (FB) side. Rus- og psykisk helseenhet (ROP) hadde de aldri hørt om.

Ungdommene visste ikke hvor de skulle henvende seg for hjelp utover lege og helsesykepleier. Noen av ungdommene hadde kjennskap BUP som et tungrodd system som det tar lang tid å komme seg gjennom via legetime og henvisning videre. De etterlyste hjelp når de trenger hjelp – ikke mange uker og måneder etter.

Ungdommene syntes det var vanskelig å oppsøke helsesykepleier på skolen, da det var umulig å gå dit diskret og de opplevde det som vanskelig å bare skulle «droppe inn» hos henne. De sa at hvis man ønsker å nå ut til ungdom med hjelpetjenester, så må det være «superlavterskel tilbud», og at tjenestene bør være der ungdom er. Voksne må også kunne ta kontakt og følge ungdom dit. Ungdommens hus ville gjerne ha besøk av både helsesykepleier og ansatte fra ROP for temakvelder.

Ingen av ungdommene hadde de benyttet seg av kommunens hjemmeside for å finne informasjon om hjelpetjenester. De sa at om man skal nå ut til ungdom er sosiale medier den beste muligheten, spesielt Snapchat og Instagram. De var enige i at kommunen kan legge ut informasjon på FB siden til Ungdommens hus. Ellers anbefalte de generelt å bruke plakater og andre typer fysiske oppslag der ungdom befinner seg.

Ungdommene ble informert om PHU som ennå var under utvikling, og de ble spurt om de hadde noen innspill å komme med. De svarte at man må forklare hva man mener med psykisk helsetjeneste og at man gjerne kunne komme med noen konkrete eksempler. De ønsket også at de som jobber i PHU er avbildet og presentert i informasjonen, da de opplever det som mye lettere å ta kontakt om de vet hvem som kommer til å møte dem. Informasjonen burde også ha med bilde av lokalene og tilbudet bør være sånn at man både kan «droppe innom», men også bestille time på forhånd, og at det bør være åpent på ettermiddagstid. De foreslo at ROP dro innom klassene på skolen for å informere om tjenesten. For dem var det viktig at man ved å møte ungdommen også viser at man tar initiativ og bryr seg.

Utforming av PHU slik tjenesten nå framstår, er på bakgrunn av en kombinasjon av faglige vurderinger og medvirkning fra ungdommene selv via fokusgruppene. Det ble også igangsatt et samarbeid mellom ROP og helsestasjonen, der det ble avtalt at PHU skal være tilstede på Ungdommens helsestasjon annenhver uke, samt samarbeide om å arrangere temakvelder på Ungdommens hus. Enhetsleder ved ROP tok tilbakemeldingene fra ungdommen på alvor, og frigjorde kapasitet til at to ansatte kunne dra innom alle klassene på videregående skole, samt alle klasser på ungdomsskolen, for å informere om PHU.

I forberedelse av lansering av PHU, hadde ROP fokus på ungdom og psykisk helse på flere av enhetens fagmøter. Eksempler på tema var: normalisering vs sykkeliggjøring; hva er normalutvikling ved ungdom og psykisk helse? Hvordan snakke med ungdom? Hvilken type problematikk vil man kunne møte på? Erfaringer fra andre lignende tjenester er at vanlige henvendelser for ungdom er tristhet, sorg, og nedstemthet, angst/fobier, traumatiske opplevelser (og vonde reaksjoner i etterkant), problemer i forhold til venner eller familie, spørsmål knyttet til seksualitet, rus, selvskading og mobbing (Ungarena Oslo, 2018). Det ble laget en rutine for vurdering av selvmordsfare, samt en rutine knyttet til de juridiske rammene. Her måtte enheten ha noen refleksjoner og drøftinger knyttet til samtykke, taushetsplikt og hvilke vurderinger som skal ligge til grunn for når ungdommens foreldre bør kontaktes vs. ikke kontaktes.

Med utgangspunkt i Rundskriv I-4/2017 (Helse- og omsorgsdepartementet, 2017) og tilbakemeldingene fra fokusgruppene, utarbeidet ROP lavterskeltjenesten Psykisk helsehjelp for ungdom (PHU) med følgende rammer og rutiner:

Dersom en ungdom opplever å slite psykisk og ønsker hjelp, kan de ta kontakt og raskt få en time uten henvisning fra lege. De kan selv ta kontakt via telefon, sms, e-post eller melding via Facebook. De skal da få tilbud om å snakke med helsepersonell ved ROP. PHU er åpen for alle typer henvendelser om psykisk helse. ROP har satt en grense på fire samtaler, og en oppfølgingssamtale, før man eventuelt er behjelpelig med å henvise ungdommen videre ved behov, eller man oppfordrer dem til å søke ordinære tjenester ved ROP. Da PHU er definert som helsehjelp, gjelder ordinær dokumentasjonsplikt jf. helsepersonelloven (1999, § 39). Det er nødvendig at det gjennomføres en kartlegging og vurdering av hver enkelt ungdoms utfordringer og behov, for å kunne gi riktig hjelp som er å anse som forsvarlig både i kvalitet og omfang. I første samtale med ungdommen redegjør man for PHU; de juridiske rammene

rundt samtykke, taushetsplikt og helsepersonells meldeplikt ved bekymring for liv og helse. Man redegjør også for premissene for tilbudet, det vil si hva man legger i at dette er et lavterskeltilbud, og hva ungdommen kan forvente av tjenesten. PHU skal være fleksibel i sitt tilbud, det vil si at det er ungdommen som setter premissene for de praktiske rammene; vil de møte til samtale på ROP, på annen arena, eventuelt ha en samtale i en tjenestebil eller mens man går tur ute? Samtalene skal ha fokus på normalisering, og hjelp på lavest mulig nivå; er det utfordringer som ungdommen kan få hjelp fra foreldrene til å håndtere? Er det utfordringer knyttet til skole, og kan en lærer eller rådgiver bidra? ROP tilbyr ungdommen familiesamtale ved behov, og ungdommen kan samtykke til samarbeid med andre tjenester dersom man ser at det er behov for tverrfaglig samarbeid. Dersom det under kartlegging framkommer at ungdommen har psykiske problemer av en grad som ikke kan løses innenfor PHU sine rammer, eller man mistenker en psykisk lidelse, går man videre med å anbefale å søke ordinære tjenester fra ROP eller henvisning til spesialisthelsetjenesten.

Fra idè til utvikling og igangsettelse tok det omlag fire måneder før PHU var ferdig etablert. De tiltakene som prøves ut periodevis ved ROP, vil implementeres i daglig drift dersom man anser tiltakene som velegnet. Det vil si at Psykisk helsetjeneste for ungdom (PHU), vil bli et ordinært helsetilbud for ungdom i kommunen dersom man ved evaluering av tiltaket ett år etter igangsettelse ser at det fungerer etter mål og intensjoner.

Kap. 4 Teoretiske perspektiver

Dette kapittelet omhandler teoretiske perspektiver som bidrar til å utforske problemstillingen for denne oppgaven. Jeg har sett nærmere på ulike teorier om psykologisk utvikling hos barn og unge, og da konsentrert meg særlig om perioden tenåring/ungdomstiden da dette er målgruppen for PHU og da jeg anser det som relevant å ha med et teoretisk bakteppe for hvordan ungdomstiden kan føles og oppleves fra deres perspektiv. Jeg har valgt å benytte meg av tilgjengelighetsteorien (Schaffer og Huang, 1975), som omhandler forvaltning og fordeling. Teorien er interessant i forbindelse med utforskning av begrepet «lavterskel» knyttet til helse- og omsorgstjenester. Med tanke på problemstillingen for oppgaven, anså jeg det også som relevant å se nærmere på begrepet «medvirkning» og hva dette begrepet egentlig inneholder; hva sier lovverket og hvilke forventninger og utfordringer ligger i det å utarbeide et tjenestetilbud for ungdom basert på medvirkning?

4.1 Psykologisk utvikling hos barn og unge

For å vite litt om hvilke hensyn man bør ta ved utvikling av en helsetjeneste for ungdom, bør man ikke bare ta hensyn til forskning på forekomst og utvikling av psykiske helseplager, men også til teorier om barn og unges psykologisk utvikling. Utviklingspsykologi er studien av barndommens psykologi, og gir oss viktig kunnskap om hvordan vi som menneske blir sosialisert, sivilisert og kultivert inn i samfunnet (Hertz, 2013). Vi vet i dag at barns utvikling avhenger av både arv og miljø; det vil si en kombinasjon av hva som ligger nedfelt i genene til barnet, og hva barnet utsettes for av påvirkning i de omgivelser barnet vokser opp i. Dette blir beskrevet som det bio-psyko-sosiale vitenskapssynet som representerer synet på moderne utviklingspsykologisk forskning (Hertz, 2013). Vi må likevel først helt tilbake til de som bidro med å utvikle de helt grunnleggende teoriene. Erik Erikson (1902 – 1994) var en tysk psykolog som er kjent for utvikling av teorien om at menneskets livsløp er delt inn i perioder der menneskets personlighetsutvikling skjer gradvis innenfor disse periodene. Han regnes også som grunnleggeren av moderne identitetsteori. Grunntrekkene i hans teori var at mennesket er et sosialt vesen og at utviklingen er forutbestemt av den beredskapen mennesket har for å samhandle med andre mennesker. Han fokuserte på den emosjonelle utviklingen hos barnet, der god utvikling starter med en trygg følelsesmessig tilknytning til barnets nærmeste omsorgspersoner (Erikson, 1974). Selve *tilknytningsteorien* var det likevel den britiske barnepsykiateren og psykoanalytikerens John Bowlby som lanserte. Han koblet tilknytningsteori opp mot evolusjonsteori og beskrev hvordan mennesket har et grunnleggende biologisk behov for å søke etter trygg tilknytning for overlevelse og utvikling, nærmest som et medfødt biologisk instinkt (Bowlby, 1969). Det vil si at mennesket har i seg en iboende søken etter trygghet og trygge relasjoner gjennom hele livsløpet. Bowlby (1988), lanserte også begrepet *utviklingslinje* der han beskrev utviklingen som linjer som avviker stadig mer fra midtlinjen («normalen»), og jo lengre tid det går desto større blir avstanden fra egen posisjon til normalposisjonen. Jo eldre barnet blir jo vanskeligere kan det bli å stoppe en eventuell skjevutviklingen. Det er på bakgrunn av denne teorien man kan forklare at forebygging og tidlig innsats gir større mulighet for å lykkes med en intervensjon enn ved sent iverksatte behandlingstiltak (Broberg, Almqvist og Tjus, 2006).

Eriksson (1974) utviklet teorien om de åtte stadiene i et menneskets livsløp, der grunnleggende tillit eller mistillit er det som er med på å bestemme hvorvidt spedbarnet vil få

en sosial grunnholdning til omgivelsene som vil påvirke dem positivt eller negativt i deres videre utvikling. Puberteten beskrives som den mest omfattende av alle stadiene; tenåringer må akseptere store kroppslige endringer, og må «finne seg selv». Personligheten prøves og stadfestes på nytt, og man jobber med å finne sin egen identitet. Jo eldre barnet blir, jo mer blir det også påvirket av andre mennesker enn sine nærmeste omsorgspersoner. De utvikler sine nettverk og beveger seg på mange arena utenfor hjemmet; skole, SFO, idrettslag, ungdomsklubben, vennegjengen osv. Dette er i stor grad med på å påvirke ungdommens dannelse av egen identitet. Et helt grunnleggende premiss for Eriksons teorier var at «jeget» blir formet av og i forhold til det samfunnet barnet/ungdommen vokser opp i (Erikson, 1974). Dette viser oss at det er mange elementer som virker inn i ungdommens sosiale og emosjonelle liv og at søken etter egen identitet kan skape konflikter i ungdommen selv.

Utviklingspsykolog og spedbarnsforsker Daniel Stern (2000) var en representant for det biopsyko-sosiale vitenskapssynet (Hertz, 2013) Han var opptatt av at psykologisk modning og videre utvikling skjer i konstant samspill med omgivelsene, og at dette er en prosess som utvikler seg hele livet (Stern, 2000). Hans teorier framhever også at tilknytning er et viktig element i forbindelse med utvikling og modning av hjernen, noe som innebærer at den utvikler seg i og med endringer i det sosiale samspillet i de nære sosiale relasjonene (Stern, 2000). Dette betyr at for barnet, og videre ungdommen, er det relasjoner som er viktig for opplevelsen av å føle seg forbundet med andre i et fellesskap, og som bidrar til at hen føler seg betydningsfull. Stern (2000) var opptatt av at selvets utvikling er basert på interaksjon og samspill med andre, og at selvfornebbelsen endres gjennom nye erfaringer og bearbeidelse gjennom alle faser i livet. Ut fra dette synet ser man at ungdommens identitet er i stadig forandring. Ungdom oppsøker andre i samme situasjon, og søker mulighet for å danne fellesskap, og også skjebnefellesskap på både godt og vondt. Dette handler i stor grad også om tilhørighet og trygghet (Hertz, 2013).

Hvis man knytter sammen psykologisk utviklingsteori fra Erikson, Bowlby og Stern ser man at et barns utvikling både kognitivt og sosialt avhenger av et kontinuerlig samspill mellom relasjoner til sine nærmeste omsorgspersoner, via bearbeidelse av sine erfaringer – som så utvikler seg i takt med at barnet utvider sin livsverden fra hjemmets base og videre ut i samfunnet.

Tilhørighet i jevnaldergrupper er viktig i danningen av egen identitet, og særlig i ungdomstiden. Det handler om hvem man opplever å være og hvordan man ser seg selv i

forhold til de andre ungdommene rundt seg – men også for opplevelser av tilhørighet og deltakelse i samfunnet for øvrig. Kontakt med jevnaldrende, skole og fritidsaktiviteter sees som sentrale elementer i dannelsen av egen identitet. Disse arena utgjør viktige rammer for egenoppfattelse, regler, verdier, kultur, tolkning og tilknytning. Det er også her ungdommen lærer måter å forstå og å håndtere sosiale kontekster og læringssituasjoner som de kan generalisere over videre i livet i møte med nye sosiale kontekster og samfunnsarenaer (Øia og Fauske, 2010). I tillegg til alt dette skjer det store kroppslige endringer i puberteten som kan medføre usikkerhet, engstelse eller fremmedgjorthet. I bevegelsen bort fra barnealder og over i tenårene kan man oppleve store følelsesmessige svingninger, noe som kan oppleves som forvirrende og usikkert. Det skjer en stor omorganisering i hjernen og en modning i kroppen, som kan prege ungdommen og føre til at det ofte kan være ytterpunktene av følelser som kjennes kraftigst; som fravær av følelser og likegyldighet, eller sinne og tristhet. De følelsesmessige områdene i hjernen dominerer, samtidig som de skal utvikle økt selvstendighet og løsrivelse. De skal bli kjent med, og lære å uttrykke, egne følelser og behov, samt utvikle sine relasjonelle evner (Guldbrandsen, 2017). Alle disse endringene både emosjonelt, kognitivt og fysisk kan gjøre ungdommen usikker og sårbar i perioder.

Har vi noe å lære av denne kunnskapen når vi skal utarbeide, og nå ut med, psykiske helsetjenester for ungdom? I oppgavens drøftingsdel vil jeg ha med refleksjoner rundt dette opp mot funnene i min undersøkelse.

4.2 Tilgjengelighetsteori

Psykisk helsetjeneste for ungdom er per definisjon et lavterskel tilbud, dersom man ser rammene opp mot hva Helse- og omsorgsdepartementet (2017) legger i begrepet lavterskel. Mange av punktene som beskriver et lavterskeltilbud, handler om tilgjengelighet – men hva er egentlig tilgjengelighet innenfor kommunal forvaltning?

Schaffer og Huang (1975) utviklet på 1970 tallet en teori om forvaltning og fordelingsteori; *Distribution and the Theory of Access*, oversatt på norsk til *tilgjengelighetsteorien*. Teorien ble utviklet i sammenheng med studier av fordeling av bistandsressurser i utviklingsland og samhandlingsproblemer mellom brukere/klienter og forvaltning. Dette betegner Schaffer og Huang som *The problem of access*:

«...the difficulties of making organisational connections, the way in which resources are

distributed and the kind of link between clients and institutions.»

(Schaffer og Huang, 1975, s. 14)

Teorien går altså ut på hvordan forvaltningssystemet er bygd opp rent generelt i samfunnet, og hva som eventuelt kan skape utfordringer når ressursene skal fordeles. Jeg vil belyse denne teorien sett i sammenheng med forvaltning av helse- og omsorgstjenester i kommunen.

For å forklare fordelingsproblematikken som tilgjengelighetsteorien tar for seg, benytter Schaffer og Huang (1975, s. 22 - 24) begrepene *gateway/entry* (terskel), *line* (kø) og *counter* (skranke):

Terskel handler om i hvilken grad pasienten har innsikt i sine egne utfordringer og evner til å få hjelp og å vite hvilken hjelp som finnes, og om å overvinne et eventuelt stigma knyttet til det å henvende seg til en offentlig helsetjeneste for å be om hjelp. Dette vedrører pasientens evne til å se en forbindelse mellom de helsemessige utfordringer hen har og hvilke offentlige tjenester som finnes for å løse denne formen for utfordringer.

Kø handler om hvordan køen avvikles; om regler, prosedyrer og rutiner for hvem som har pasientrettigheter, og hvem som prioriteres i køen. Dette handler også om hvilke helsetjenester som faktisk eksisterer og om pasienten har kunnskap om hvilken «kø» de skal stille seg i.

Skranke er et begrep som skal beskrive arenaen hvor pasienten må mestre de spille reglene som finnes. Dette kan handle om evne til å tilegne seg informasjon og administrativ kunnskap og kompetanse – men også evne til å klare å legge fram sine utfordringer på en slik måte at forvaltningen ser og forstår dine behov.

Disse tre begrepene, kø, terskel og skranke, kan sees på som ulike trinn i veien mot å få goder og tjenester. Innenfor hver av disse trinnene kan pasienten møte på hindringer som kan føre til at pasienten siles ut til å enten motta, eller ikke motta, hjelp fra helse- og omsorgstjenester. Dette gjelder både kommunale helse- og omsorgstjenester, og tjenester fra spesialisthelsetjenesten. Prosessene, og trinnene, pasienten må gjennomgå er de sammen, uansett hvilken del av velferdssystemet man beveger seg innenfor. Schaffer og Huang (1975) konkluderer med at dette systemet kan skape problemer for det å få en del av godene som eksisterer i samfunnet da det handler om den enkeltes ressurser, kunnskaper og ferdigheter. De konkluderer likevel også med at det er mulig å foreta endringer i det byråkratiske og administrative systemet:

«Changes are presumably possible with rules at every stage of gateway, line and counter.»

(Shcaffer og Huang, 1975, s. 32)

Lundberg (2012) har skrevet en doktoravhandling der han bruker tilgjengelighetsteorien for å se nærmere på NAV reformen og brukernes erfaring med NAV som forvaltning. Her benyttes begrepet *kompetanseterskel* for å beskrive brukerens evne til å framstille sin egen sak forståelig overfor saksbehandler, i tillegg til det å ha kunnskap om regler og hvordan NAV forvaltningen fungerer. Lundberg (2012) har også benyttet seg av et tilleggs begrep innenfor terskel, nemlig *effektivitetsterskelen*. Denne går ut på hvilke effektivitetsnormer som finnes i forvaltningen og på hvilken måte disse normene kan medføre at brukeren blir avvist eller får en redusert tildeling av velferdsytelser.

Det som kan være en ulempe ved bruk av tilgjengelighetsteorien, er at det er en teori av eldre dato; det vil si at den ikke tar med i betraktning samfunnsutviklingen i dag, og hvordan den har påvirket forvaltningen av velferdsordninger både innenfor NAV, og helse- og omsorgstjenester innenfor kommunesektoren og spesialisthelsetjenesten. For eksempel har utviklingen av ulike IKT løsninger, gjort at helse- og omsorgstjenestene i dag har en annen tilgjengelighet for pasienter enn på 70-tallet når teorien ble utviklet. Teorien har også vært kritisert for å ha et perspektiv som gjør at pasienten ikke blir tematisert som selvstendige og aktive aktører i eget liv og at teorien er best egnet for å studere brukerens/pasientens første møte med systemet (Lundberg, 2012). Tilgjengelighetsteorien er likevel et verktøy man kan benytte for å synliggjøre forvaltningssystemets mulige begrensninger overfor pasienten, i tillegg til å påpeke de utfordringene pasientene kan møte på i den ofte byråkratiske måten offentlige helsetjenester er bygd opp på.

Denne teorien er gjenkjennelig i forhold til det som Idsøe m.fl. (2018) beskriver som hjelpesøkingmodellen som det norske helsevesenet jobber etter. Hvordan kan det være for en ungdom å forholde seg til disse forvaltningssystemene? Kan de ulike stegene som beskrives i tilgjengelighetsteorien oppleves ekstra utfordrende for dem, og kan det være med på å sette begrensninger i forhold til det å be om hjelp? I oppgavens drøftingsdel vil jeg se nærmere på tilgjengelighetsteorien opp mot funnene fra min undersøkelse.

4.3 Medvirkning

Brukermedvirkning for barn og unge er juridisk bestemt (skal-bestemmelser) i blant annet Pasient- og brukerrettighetsloven (1999) og FN's barnekonvensjon art. 12. I pasient og brukerrettighetsloven § 3-1 heter det at pasienten eller brukeren har rett til å medvirke ved gjennomføring av helsetjenesten, samt rett til å medvirke ved valg av tilgjengelige og forsvarlige tjenester. Medvirkningen skal tilpasses den enkeltes evne til å gi og motta informasjon. Når det gjelder barn så skal de informeres og høres, og man skal legge vekt på hva de mener i samsvar med barnets alder og modenhet. Medvirkning forutsetter at pasienten har tilstrekkelig informasjon om valgmuligheter av tjenester og hvorvidt helsepersonell er enig i at valgt tjeneste er den mest forsvarlige. Det krever altså en del egeninnsats fra pasienten, og et samspill mellom pasienten og helsepersonell for å velge best egnet tjeneste.

I FN's barnekonvensjon om barns rettigheter, artikkel 12, slås det fast at barn har rett til å bli hørt og tatt på alvor. Denne retten er en rett både for det enkelte barn og for grupper av barn (FN's barnekonvensjon, 1989). Begrepet «barn» refererer til personer under 18 år, både i nevnte lovverk og i barnekonvensjonen.

I FN komiteens kommentar til artikkel 12 i barnekonvensjonen (2009) står det blant annet følgende:

«Synspunktene barna kommer med kan tilføre relevante perspektiver og relevant erfaring, og bør tas med i vurderingen når beslutninger skal treffes, politiske programmer skal utformes og lover og/eller tiltak skal utarbeides, samt ved evalueringen av disse.»

(Konvensjonen om barnets rettigheter, Generell kommentar nr. 12 (2009) s. 7)

En del av medvirkningen omhandler altså individuelle tjenester som følger av enkeltvedtak fattet av den aktuelle helse- og omsorgstjenesten. En annen del omhandler det å sørge for at ungdom får være med å medvirke i utviklingen av de kommunale helse- og omsorgstjenestene, og i å legge de nasjonale politiske føringene.

Organisasjonen *Mental helse ungdom*, sier følgende i sitt prinsippprogram for 2019-2020:

Medvirkning er en av grunnpilarene til Mental Helse ungdoms politikk. Vi vil ha medvirkning som er reell, noe som betyr at det skal foreligge reell påvirkningskraft overfor alle offentlige tjenester. (Mental helse ungdom, 2019, s. 24)

Mental helse ungdom (2019) definerer medvirkning inn i fire ulike nivå: individ-, tjeneste-, system- og samfunnsnivå. Tjenestenivå handler om den enkelte tjeneste, og systemnivå handler om beslutninger på et høyere nivå; enten innenfor en virksomhet, hele institusjonen eller et større geografisk område. Medvirkning på samfunnsnivå er ifølge organisasjonens definisjon, det å kunne medvirke i politiske prosesser på nasjonalt nivå. Organisasjonen framhever at medvirkning på tjenestenivå er grunnleggende for utvikling av gode og hensiktsmessige tjenester for de som benytter seg av de aktuelle tjenestene, i tillegg til at det gir ungdom en større mulighet for å ha bestemmelsesrett over eget liv (ibid).

Ved utvikling av Psykisk helsetjeneste for ungdom (PHU) hentet Rus- og psykisk helseenhet (ROP) inn innspill fra ungdom for å få innsikt i hva de som skal benytte PHU faktisk ønsket og hadde behov for i en slik tjeneste. Dette er et eksempel på medvirkning på tjenestenivå, og da innenfor et lavterskeltilbud. ROP vurderte at det ville være større sannsynlighet for at ungdom faktisk ville benytte seg av PHU dersom tjenesten var utformet ut fra ungdommens egne meninger og behov, og at de sa kanskje også ville føle en form for eierforhold til tjenesten som «sin». Jeg vil problematisere og diskutere begrepet medvirkning nærmere i oppgavens drøftingsdel.

Kap. 5 Metodisk tilnærming

Forskning er praksis der man skal utvikle og systematisere vitenskapelig kunnskap. Det handler om en systematisk og refleksiv prosess der man kan etterprøve og dele den nye kunnskapen. Ambisjonen er at forskningsfunnene skal gi ny innsikt som andre kan ha nytte av og overføre inn i andre sammenhenger (Malterud, 2018). I samfunnsvitenskapelig forskning benytter man ofte kvalitative forskningsmetoder for å få informasjon om den sosiale virkeligheten som ikke kan måles i tall, der formålet er å få kunnskap om hvordan verden ser ut (Johannesen, Tufte og Christoffersen, 2011, s. 29). Denne studien er å anse som samfunnsvitenskapelig, og mitt valg av metode var påvirket av at jeg ønsket å undersøke opplevelser og refleksjoner hos en gitt målgruppe med bakgrunn i en felles erfaring.

5.1 Metodisk tilnærming til min undersøkelse

I valg av metode i en undersøkelse, er det det vesentlig at metoden er tilpasset *formålet* med undersøkelsen, det vil si at man må velge den metoden forskeren anser som mest velegnet for å svare på valgte problemstilling (Malterud, 2018). På bakgrunn av dette har jeg valgt å benytte meg av en induktiv kvalitativ metode som går fra empiri til teori, der formålet er å forsøke å utvikle ny kunnskap på områder der det finnes lite forhåndskunnskap (Jacobsen, 2018). I følge Thagaard (2018, s.11) retter kvalitative metoder oppmerksomheten på menneskets levde liv fra et *innsideperspektiv*. En viktig målsetting med kvalitative forskningsmetoder er at vi oppnår en forståelse av sosiale fenomener, der kontakten mellom forskeren og informantene er med på å bidra til dette (Thagaard, 2018). Denne forskningstradisjonen støtter seg til teorier fra blant annet sosial konstruksjonismen, der forskeren ansees som en aktiv deltaker i kunnskapsutviklingen da den *utvikles i sosiale situasjoner og derfor preges av våre kulturelle kategorier* (Thagaard, 2018, s. 43). Dette gjør at kunnskap utviklet ved hjelp av kvalitative forskningsmetoder sjelden kan konkluderes som universelle sannheter, men mer som en belysning av aktuelle problemstillinger, som gjerne også gir flere spørsmål (Malterud, 2018).

For å samle inn data har jeg valgt å benytte meg av semistrukturerte individuelle intervjuer der jeg tar utgangspunkt i en intervjuguide. Individuelle intervju som metode for datainnsamling egner seg godt når det er relativt få enheter som skal undersøkes, og forskeren er spesielt interessert i å få fram enkeltindividers forståelse av et fenomen (Jacobsen, 2018). Intervju gir innsikt i deltakerens opplevelser, synspunkter og selvforståelse (Thagaard, 2018). Ved å benytte semistrukturerte intervju, med en intervjuguide som utgangspunkt, har forskeren mulighet for å bevege seg mer fram og tilbake underveis i samtalen. Fordelen med intervjusituasjoner er at den ofte skaper fortrolighet og en ro som kan være en god ramme for å få historier om opplevelser og erfaringer, og deltakeren kan selv være med på å legge noen føringer for tema underveis i intervjuet (Johannesen et al., 2011). Det å snakke om psykisk helse, kan være vanskelig for alle – og kanskje spesielt for ungdom. Likevel anså jeg intervju som den mest egnede metoden for å få tak på ungdommenes egne fortellinger og opplevelser rundt tjenestetilbudet PHU, og i forhold til refleksjoner rundt min problemstilling.

Det at jeg benytter en induktiv kvalitativ metode, legger jeg i at jeg ved innsamling av data fra et viss antall deltakere, kan forsøke å trekke en slutning fra det enkeltstående til det allmenne

(Malterud, 2018). Det kan være vanskelig å snakke om representativitet i kvalitativ forskning, men mine funn kan derimot være med på å belyse hvordan ungdom i sammenlignbare kontekster kan oppleve det.

5.1.1 Rekruttering av deltakere

Det som kjennetegner kvalitative metoder er at vi forsøker å få mye datamateriale om et begrenset antall personer (Johannesen et al, 2011). Jeg velger å kalle ungdommene jeg rekrutterte inn til undersøkelsen som *deltakere*. I teorien er det ingen øvre eller nedre grense for antall personer som kan intervjues i en kvalitativ undersøkelse, og dette kan vurderes ut fra de rammene man har for prosjektet, for eksempel dersom man har noen begrensninger å ta hensyn til med tanke på tid, økonomi eller lignende (Johannesen et al., 2011). Jeg måtte ta hensyn til at det ikke var et så stor antall ungdommer å velge ut fra, som et studentprosjekt hadde jeg en begrensning på tid til utførelse, og det ble foretatt vurderinger av ungdommenes behandlere i forhold til hvem som kunne egne seg som deltaker. Noen av ungdommene hadde vanskeligheter med relasjoner, og var i en sårbar fase av behandlingen – noe som gjorde at behandlerne ikke ønsket å forespørre enkelte av ungdommene «sine». I utgangspunktet ønsket jeg åtte deltakere, men jeg endte opp med syv da en av deltakerne trakk tilbake samtykke og jeg lyktes dessverre ikke med å finne en erstatter for denne.

Utvalgsriteriene for dette studiet ble bestemt ut fra de rammene jeg hadde å forholde meg til i Psykisk helsetjeneste for ungdom (PHU): Ungdom (13-25 år) av begge kjønn som hadde vært eller var i kontakt med PHU ved intervjudtidspunktet. Jeg ønsket et ikke-homogent utvalg med tanke på kjønn og alder for å øke sannsynligheten for et variert datagrunnlag.

Rekruttering av deltakere måtte foregå via Rus- og psykisk helseenhet (ROP) og blant de ungdommene som hadde henvendt seg til PHU. Enhetsleder godkjente at jeg kunne forespørre personalet om å hjelpe meg med å formidle forespørsler til aktuelle kandidater. Jeg foretok et tilgjengelighets utvalg av deltakere. Det vil si at jeg på forhånd tenkte igjennom utvalgsriterier for å sikre nødvendig data, og ut fra hvilke deltakere som var tilgjengelig for min undersøkelse (Johannesen et al., 2011). Jeg fikk tildelt tid på et av enhetens fagmøter for å presentere studiens problemstilling og formål med undersøkelsen, samt formidlet mine utvalgsriterier til de ansatte på ROP. Videre forespurte jeg de ansatte om å ta en vurdering av hvorvidt deres pasient fra PHU kunne være en aktuell deltaker. Det ble dermed opp til den

enkelte ansatte å ta en vurdering av ungdommens egnethet til å takle en intervjusituasjon. Jeg hadde således lite anledning til å påvirke hvem som takket ja eller nei til å intervjues.

De ansatte fikk utlevert informasjonsskrivet og intervjuguiden, slik at de kunne støtte seg til dette når de informerte pasienten om undersøkelsen. Dersom ungdommen var under 16 år, måtte jeg ha foreldrenes samtykke på at deres barn kunne bli intervjuet. I disse tilfellene fikk foreldrene overlevert informasjonen dersom de fulgte ungdommen til ROP, eller de fikk det tilsendt pr. e-post eller via ungdommen sin etter at dette var avklart over telefon først. Hovedfokuset i intervjuene var ikke deltakerens psykiske helseutfordringer, men hen sine erfaringer med en lavterskel psykisk helsetjeneste, og spørsmål rundt ungdom og psykisk helse generelt. Det var viktig for meg å få dette fram, slik at ungdommene ikke skulle vegre seg for å bli intervjuet og avslå min forespørsel fordi de ikke ønsket å snakke om sin individuelle historie i et forskningsprosjekt. Jeg brukte derfor mye tid på å utforme informasjonsskrivet til ungdommene og deres foresatte på en slik måte at det ikke kunne misforståes hva formålet med intervjuet var.

5.1.2 Presentasjon av deltakere

For å sikre anonymisering av deltakerne, vil jeg kun gi en kort presentasjon av ungdommene der jeg nevner alder, kjønn, litt om bakgrunnen for kontakt med PHU, og hvilken tilknytning de hadde til PHU og ROP på intervjutidspunktet:

G1: Gutt 16 år, hadde følt seg «nedfor» en lengre periode, samt slet med sosial angst da han selv tok kontakt med PHU via messenger på Facebook. Hadde fire samtaler og en familiesamtale før han søkte tjenester fra ROP. Har nå vedtak om støttesamtaler fra ROP.

G2: Gutt 21 år, fikk hjelp fra fastlege til å ta kontakt med PHU via en skriftlig henvisning da han hadde vært hos henne og fått påvist symptomer på depresjon. Hadde fire samtaler før han søkte tjenester fra ROP. Har nå vedtak om støttesamtaler og praktisk bistand fra ROP.

G3: Gutt 16 år, kom i kontakt med PHU via mor. Han slet med sinne og tunge tanker, og var i konflikt med far. Hadde to samtaler via PHU før han søkte om tjenester fra ROP. Har fått vedtak om støttesamtaler fra ROP.

G4: Gutt 13 år, kom i kontakt med PHU via mor. Hadde hatt tjenester ved ROP tidligere. Sliter med angst og dødstanker. Gutten hadde to samtaler, og mor hadde en time veiledning,

før gutten ble henvist videre til BUP. Har tidligere gått til BUP.

J1: Jente 15 år, tok selv kontakt med PHU via messenger på Facebook. Hadde følt seg trist og energiløs over tid, hadde kjærlighets sorg og drev med selvskading. Hadde fire samtaler og en familiesamtale før det ble søkt om tjenester fra ROP. Har fått vedtak om støttesamtaler fra ROP.

J2: Jente 13 år, fikk hjelp fra helsesykepleier på skolen til å ringe PHU. Hun hadde tatt en test på nett som viste at hun var deprimert. Hadde hatt fire samtaler via PHU da intervjuet ble foretatt.

J3: Jente 19 år, tok selv kontakt via e-post da hun hadde slitt med depresjons symptomer en periode. Hadde fem samtaler via PHU før kontakten ble avsluttet.

Kort oppsummert har jeg altså syv deltakere, herav fire gutter og tre jenter. Tre av informantene var under 16 år (to jenter og én gutt) der jeg måtte innhente samtykke fra foreldrene for å foreta intervjuet.

5.1.3 Datainnsamling

Alle intervjuene ble foretatt i løpet av februar – mars 2020. Ungdommene fikk selv bestemme hvor intervjuene skulle finne sted. I all hovedsak valgte ungdommene at vi skulle benytte et av samtalerommene på enheten. I et tilfelle ønsket ungdommen at jeg skulle komme på ungdomsskolen og låne et av grupperommene der. Dette innebar at jeg også måtte få samtykke fra ungdommen og foreldrene på at kontaktlærer ble forespurt om å booke samtalerom for dette formål. I et annet tilfelle ønsket ungdommen at intervjuet skulle utføres hjemme hos han og at mor var tilstede under intervjuet. Jeg opplevde likevel at dialogen mellom oss var god, og ungdommen bad kun om innspill fra mor når han var usikker på for eksempel rekkefølgen i den kontakten han hadde hatt med hjelpeapparatet. Et av intervjuene måtte foretas per telefon da det ble foretatt etter at strenge koronatiltak var igangsatt i kommunen. Det å foreta intervju per telefon fungerte egentlig veldig bra, foruten at jeg ikke kunne lese nonverbale språk og kanskje få utdypet noen spørsmål ut fra dette.

Jeg anså det ikke som problematisk å skulle få tilgang til tilstrekkelig antall deltakere, da jeg hadde et godt samarbeid med ROP ved rekrutteringen. Jeg vurderte at semistrukturerte individuelle intervju var beste egnet metode for innsamling av data, da det gav meg mulighet for å være mer fleksibel underveis og både jeg og deltakeren kunne endre retning i samtalen

ved behov. Ved utforming av intervjuguiden måtte jeg vurdere hvilke spørsmål som var best egnet for å søke å besvare min problemstilling. Jeg måtte også vurdere etiske hensyn med tanke på at det var ungdom jeg skulle intervju, og at flere av disse kunne være under 16 år og muligens være i en sårbar situasjon. På bakgrunn av dette var jeg opptatt av at ungdommen skulle føle en avslappet stemning rundt intervjuet, og at de ikke skulle føle seg presset til å snakke om ting de ikke var komfortable med. Alle intervjuene ble innledet med at jeg presenterte meg for dem og gjennomgikk informasjonsskrivet der jeg vektla informasjon om deres rolle som deltaker, anonymitet og taushetsplikt, samt hva som var formålet med undersøkelsen. Jeg informerte dem om at de kunne stille spørsmål underveis, velge å ikke svare om det var noe som følte ubehagelig å snakke om, og at de gjerne måtte snakke fritt om det var noe de følte var viktig og som jeg ikke spurte om. Jeg presiserte også for dem at det ikke skulle framkomme identifiserbare personopplysninger i oppgaven.

Min opplevelse av intervjuene var forskjellig ut fra den enkelte ungdommen. Det som var felles for deltakerne var at alle var veldig positive til å la seg intervju, og at årsaken til dette var at de synes det var viktig at tema ungdom og psykisk helse ble forsket mer på.

Ungdommene framsto som trygge, men de var ulike i forhold til hvor verbale de var. Noen hadde lett for å snakke og svarte grundig på spørsmålene, andre måtte jeg bruke litt mer tid på å få i tale eller forsøke å få de til å utdype svarene litt mer. Dersom det var tydelig at de følte seg «ferdig snakket» så presset jeg ikke dem videre. Jeg merket også på dem om de var komfortable eller ikke med å si noe om hva som var årsaken til at de hadde tatt kontakt med PHU da noen fritt fortalte om dette, mens andre bare nevnte det kort med få ord.

Da jeg fikk tekniske problemer med å benytte meg av tsd nettskjema og diktafon app (se punkt 5.1.7), fikk jeg godkjent fra høgskolen at jeg brukte den analoge metoden penn og papir. Jeg er godt vant med å notere under møter og samtaler, og har også endel erfaring fra det å utføre intervju mens jeg tar notater underveis. Jeg noterte ned en blanding av stikkord og sitater underveis, og tok en oppsummering av intervjuet sammen med deltakeren før vi avsluttet. Intervjuet ble transkribert umiddelbart etterpå. Varigheten på intervjuene varierte veldig der intervjuet av J2 (13 år) var det korteste på 15 minutter, til J3 (19 år) som varte i 1,5 timer. Når jeg transkriberte intervjuene skrev jeg også ned en liten refleksjon knyttet til hvordan jeg opplevde stemningen og dialogen med ungdommen. Jeg har ved gjennomgang av disse notert meg at det er en forskjell på deltakerne i forhold til alder, på hvor verbale de er og hvor mye de uttrykker av tanker rundt ungdom og psykisk helse utover det jeg helt konkret

spurte om. J3 (19 år) og G2 (21 år) var de som helt klart hadde lettest for å uttrykke tanker rundt ungdom og psykisk helse, og å reflektere litt rundt dette sammen med meg. J2 (13 år) og G1 (16 år) framstod som ganske sjenerte, og det var ikke like lett å få de inn i en fri flyt der de snakket litt mer utover spørsmålene fra intervju guiden. Når jeg transkriberte intervjuene, valgte jeg å notere utsagnene deres så muntlig som mulig, og med dialekt. Dette for å ha intervjuet så autentisk som mulig, også med tanke på eventuelle ungdoms uttrykk og sjargong der jeg under dataanalysen måtte «oversette» utsagnene til et mer voksent «bokmålspråk». Som for eksempel der deltakeren bruker ordet «*chill*», et engelsk ord der grunnbetydningen er «kjølig», men som for ungdom ofte benyttes for å beskrive at noe er avslappende, rolig eller greit. Ved slike sjargong utsagn spurte jeg deltakeren selv hva de mente med begrepet de brukte, bare for å sjekke at jeg faktisk forstod betydningen av det. Dette for å forhindre at jeg tolket deltakerens utsagn feil eller misforstod noe.

5.1.4 Dataanalyse

Når jeg skulle velge metode for innsamling av data, måtte jeg også foreta en vurdering av hvilken metode som ville være best egnet for analysen. Analyse av data skal bidra til at all innsamlet data blir organisert, sammenfattet og fortolket, og skal utføres på en slik måte at andre skal kunne følge samme vei, anerkjenne systematikken i det og forstå eventuelle konklusjoner (Malterud, 2018). Når det gjelder kvalitative data, er det en fordel at den som har samlet inn dataene også er den som analyserer og fortolker dem, dette for å sikre at man får med seg alle opplevde nyanser fra innsamlingen (Johannesen et al, 2011). Å analysere data handler om å dele opp data i elementer, der formålet er at elementene sammen eller hver for seg kan avdekke et budskap eller en mening (ibid).

Jeg har valgt å benytte meg av en induktiv tematisk analyse, som er en metode for å identifisere, analysere og rapportere mønster innenfor data som er samlet inn ved bruk av kvalitativ forskningsmetode som for eksempel observasjoner eller intervju. Tematisk analyse bidrar til å organisere og beskrive datasettet mer detaljert. Fordelen med metoden er at den er fleksibel og kan analysere en rik, men samtidig kompleks, mengde data. Det at den er induktiv, betyr at temaene som blir indentifisert i datasettet, er sterkt knyttet til dataene i seg selv (Braun og Clarke, 2006). Det å analysere kvalitative data handler om å arbeide med tekst. Når man har foretatt intervju sitter man igjen med en mengde tekst, og det kan være vanskelig å organisere all informasjonen som ligger i materialet, og å vite hvor man som forsker skal

starte analysen (Johannessen et al, 2011). Jeg vurderte at tematisk dataanalyse er den best egnende metoden for å klare å få fram det essensielle i ungdommenes ytringer og for å se hva slags likheter og eventuelle ulikheter som framkommer i materialet.

Jeg var forberedt på at de tema jeg fant underveis i analysen, nødvendigvis ikke hang direkte sammen med spørsmålene i intervjuguiden, da deltakerne også ble oppfordret til å reflektere åpent rundt tema ungdom og psykisk helse. Induktiv analyse er en prosess med å kode data uten at jeg som forsker forsøker å få det til å passe inn i en forhåndsbestemt «koderamme», og i så måte er denne formen for analyse datadreven (Johannessen et al, 2010).

Tematisk analyse består, ifølge Braun og Clarke (2006) av seks faser. Jeg fulgte disse seks fasene kronologisk under bearbeidelse av materialet, fram til jeg satt igjen med en ferdig analyse av hele datasettet.

I fase én gjorde meg kjent med datamaterialet gjennom å transkribere, foreta gjentatte gjennomlesinger og ta notater underveis. Jeg prioriterte å «skrive ut» alle intervjuene rett etter at de var foretatt for å sikre at jeg fikk skrevet ned all informasjon mens det ennå var friskt i minne, og jeg samtidig også kunne reflektere over konteksten og dialogen mellom meg og deltakeren. Når jeg startet analysearbeidet leste jeg gjennom hvert enkelt intervju flere ganger, og noterte meg refleksjoner og merknader underveis.

I andre fase foretok jeg en systematisk gjennomgang av datamaterialet der jeg foretok en koding av interessante data som kunne være innenfor potensielle tema. I denne fasen utviklet jeg et skjema og en figur (se figur 1, s.43) som jeg kunne bruke som utgangspunkt for å finne mønster etter hvert som kodingen steg fram. I skjemaet førte jeg utsagn som jeg kodet for deretter å vurdere potensielle tema. Underveis jobbet jeg parallelt med å sette utsagn inn i figuren for å kontinuerlig holde en helhetlig oversikt over materialet.

I fase tre søkte jeg etter tema ved å samle koder med relevant data for hvert tema. Dette utførte jeg ved å fylle inn koder som hadde noe til felles under tema, i figuren som stadig utviklet og endret seg. Etter hvert som jeg jobbet meg fram og tilbake i skjema og figur, klarte jeg å se hvordan det dannet seg naturlige hovedtema ut fra kodingen, og hvordan det også dannet seg et mønster av undertema underveis.

I fjerde fase gjennomgikk jeg alle tema og sjekket om de stemte i relasjon til kodingen og til

hele datasettet, og om dette genererte en tematisk mappe for analysen. Alle tema ble vurdert flere ganger, mens jeg gjennomgikk koding fra hvert enkelt intervju. Jeg la ulike fargekoder på potensielle tema underveis for å lettere se og vurdere hva som eventuelt «sa det samme» og om noen burde slås sammen til et enkelt tema.

I fase fem jobbet jeg meg ferdig med skjema og figur, og med å navngi hovedtema: Inngangsporten, Hjelp når du trenger det, «Ekte mennesker» og Syk nok? Jeg måtte definere tema samtidig som jeg foretok en analyse for å avgrense det spesifikke ved hvert tema, og for å få den totale historien som analysen fortalte. Figuren jeg utarbeidet ut fra tema startet ut med veldig mange undertema, men etter hvert som jeg bearbeidet materialet klarte jeg å samle det til fire tema under hvert hovedtema.

Siste fase bestod av å foreta den endelige analysen der jeg tok en helhetlig gjennomgang av analysen og valgte ut interessante utsagn fra ungdommen som gav konkrete eksempler på hva de mente og som førte til at funnene og historiene til deltakerne ble mer levende.

5.1.5 Kritisk vurdering av forskningsprosessen

All forskning skal både vurderes og bedømmes ut fra vitenskapelige kvaliteter (Malterud, 2018). I den kritiske vurderingen av denne studien har jeg valgt å ta utgangspunkt i egen forskerrolle, konteksten for undersøkelsen og etiske overveielser. Jeg vil også si noe om studiens relevans, gyldighet og pålitelighet.

Samfunnsforskere studerer ofte forhold som er nære og kjente for folk flest, og som forskeren selv er en deltaker i; slik som familie, arbeidsliv eller lokalsamfunn (Wadel og Wadel, 2017). Forholdet mellom forsker og deltaker preges ofte både av nærhet og distanse (Thagaard, 2018), og i min undersøkelse var det særlig viktig å være bevisst min forskerrolle i det jeg foretok en undersøkelse i en enhet som jeg hadde en tilknytning til. Det å utføre feltarbeid i egen organisasjon, kan føre til problemstillinger både i forhold til personell på enheten og i forhold til deltakerne i undersøkelsen. Dette hadde jeg et reflektert forhold til før jeg startet feltarbeidet, og var bevisst på ved forberedelsene av undersøkelsen. Jeg måtte også tydeliggjøre min forskerrolle overfor for personalgruppen på ROP, og beskrive for dem hvilken rolle deres pasienter ville få som deltakere i min undersøkelse. Jeg opplevde ingen

problemstillinger knyttet til dette, og jeg tror at en av årsakene til det kan være at jeg i utgangspunktet ikke er en del av den ordinære driften ved enheten da jeg jobber på systemnivå i et prosjekt. Det hadde kanskje vært vanskeligere for dem å se min rolle som forsker om jeg jobbet i feltet som miljøterapeut på lik linje som resten av personalgruppen.

Når det gjelder min rolle overfor deltakerne, så var det viktig for meg å presisere overfor dem at deres deltakelse i undersøkelsen ikke ville påvirke deres eventuelle tilbud ved ROP. Ved starten av hvert intervju, gjennomgikk jeg informasjonsskrivet og beskrev formålet med undersøkelsen og min rolle som forsker. Ingen av deltakerne stilte noen spørsmål om dette, og det virket ikke som om de reflekterte noe mer over det heller. De var bare positive til at man ønsket å undersøke mer rundt ungdom og psykisk helse, og jeg forstod det som at dette var hovedårsaken til at de takket ja til å la seg intervju. Jeg var litt i tvil om hvorvidt jeg skulle foreta intervjuene konsekvent på en mer nøytral plass, men avgjorde at jeg ville la deltakerne bestemme selv hvor intervjuet skulle foregå utfra hva de følte var mest komfortabelt for dem. I følge Thagaard (2018) kan forskerens posisjon påvirkes av hvordan deltakerne oppfatter forskeren, og her kan for eksempel kjønn og alder ha en betydning. Jeg har reflektert over hvorvidt jeg opplevde noe forskjell på intervjuene av gutter versus jenter, men konkluderte med at det ikke virket som om det hadde mest betydning i forhold til hvilken kontakt vi oppnådde og hvor utfyllende de svarte. Hvordan deltakerne framstod i intervjusituasjonen virket mer å ha noe med alder og modenhet å gjøre, da det gjerne var de eldste deltakerne som framstod som mest komfortable og som svarte mest utfyllende.

Det er viktig å reflektere over samspillet i intervjusituasjoner da den ofte kan bære preg av den kontakten forskeren oppnår med deltakeren (Thagaard, 2018). Mine deltakere var ungdom i alderen 15 – 21 år, og jeg var en voksen kvinne som gjorde et forskningsarbeid med utgangspunkt i en tjeneste de var mottakere av. Etter hver intervjusituasjon reflekterte jeg over intervjusituasjonen; virket deltakeren ukomfortabel, svarte hen ut fra hva hen trodde jeg forventet å høre, hadde jeg hatt åpne nok spørsmål eller var det spørsmål jeg kunne ha fulgt opp på en bedre måte? Ble intervjusituasjonen påvirket av at jeg tok notater underveis? I starten av intervjuet forklarte jeg at jeg tok notater som hjelp til å huske hva vi snakket om, og at jeg kom til å kikke ned på blokken av og til underveis. Jeg var bevisst på å holde fokuset på deltakeren hele tiden, og holdt blikket vendt mot dem mens jeg noterte stikkord. Innimellom skrev jeg ned hele setninger for å være sikker på at jeg fikk med meg hele utsagnet på riktig måte, og jeg spurte deltakeren om jeg hadde oppfattet svaret deres på riktig måte. Jeg

opplevde deltakerne som oppriktige i de svarene de gav, da de var basert på deres egen opplevelse av PUH og svarene de gav var direkte relatert til dette.

Det at jeg valgte å ta notater framfor lydopptak, gjorde at jeg måtte være påpasselig med å sette av tilstrekkelig tid til både å utføre intervjuet, og til å transkribere det rett etter intervjuet mens jeg ennå hadde det friskt i minnet. Hadde jeg benyttet lydopptak kunne jeg sjonglert mer med tiden etter intervjuene, samt at med lydopptak er man mer sikret at man faktisk får med seg alt deltakeren har sagt. Jeg var klar over at informasjon kunne gå tapt ved bruk av notater, derfor tok jeg alltid en oppsummering av intervjuet sammen med deltakeren før vi avsluttet. Da hadde jeg mulighet for å endre, tilføye eller fjerne noe dersom det var noe jeg hadde notert som deltakeren ikke kjente seg igjen i.

Wadel (2014) er opptatt av at innenfor kvalitative forskningsmetoder er forskeren selv et hovedinstrument som deltar i samhandling både med intellekt og følelser. Det kan være både fordeler og ulemper ved dette. I utførelse av dette studiet opplevde jeg det som en fordel å være forsker innenfor eget felt, da det gav meg lettere adgang til informasjon om tjenesten og til rekruttering av deltakere. Det gav meg også en fordel i forhold til at jeg var kjent med organisasjonen; dens struktur og historikken bak utforming av tjenester. Ulempen med dette kan være at man som «innsider» kan ha utviklet «blinde flekker» som gjør at man utvikler en forforståelse og en forutinntatt holdning til hvordan ting fungerer i tjenesten og ikke klarer å ha en kritisk nok blick på det man skal studere (Jacobsen, 2018). Dette var jeg bevisst på, og jeg vurderte at min posisjon som en litt «outsider» i et prosjekt, og ikke som ordinær ROP personell, gjorde at det å holde seg nøytral ikke ble en så stor utfordring. Jeg måtte likevel stoppe opp og reflektere ekstra rundt noen av problemstillingene som oppstod under analyse av data og drøfting – dette framkommer som spørsmål underveis i drøftingsdelen.

Rekruttering av deltakere kunne blitt langt mer utfordrende dersom jeg befant meg på en enhet i en annen sektor eller på et annet nivå i organisasjonen. Det at enheten i utgangspunktet ønsket en evaluering av PHU, og så at jeg med min undersøkelse kunne bidra til fordel for kommunen, var nok også en medvirkende faktor til at enheten stilte seg så positiv til å hjelpe meg i forskningsprosessen. Det kunne for øvrig være en ulempe at jeg kjente godt til feltet da det kunne ha ført til at personalet på ROP kunne ha mistolket mine hensikter som forsker; var jeg ute etter å vurdere deres innsats som behandlere? Kunne mine intervju av deres pasienter føre til en endring av relasjonen mellom dem og pasientene? Jeg reflekterte rundt disse problemstillingene og fokuserte bevisst på dette både i den informasjonen jeg gav personalet

på ROP og deltakerne i forkant av undersøkelsen. Det var viktig for meg å presisere at undersøkelsen var anonym, slik at uansett hva deltakeren måtte si under intervjuet, så ville ikke denne informasjonen tilfalle personalet på ROP. Jeg opplevde å ha en god dialog med personalet på ROP, og jeg overlot til dem å vurdere hvilke av «deres ungdom» som kunne være aktuell som deltaker, før jeg foretok et utvalg av disse.

Forskning handler om en systematisk og refleksiv prosess, der den kunnskapen som utvikles skal kunne etterprøves og deles. Forskeren har en ambisjon om at funnene skal ha relevans, altså at de skal være overførbare og gi innsikt som andre kan dra nytte av i andre sammenheng (Malterud, 2018). Refleksivitet handler om hvorvidt jeg som forsker evner å stille spørsmål både ved egne framgangsmåter og konklusjoner (Malterud, 2018). Som forsker har man ofte med seg en forforståelse inn i undersøkelsen, da man gjerne har gjort seg opp noen tanker om emnet man skal forske på i forkant. Underveis i prosessen må man ha vilje til å se denne forforståelsen opp mot det man finner, og åpne opp for refleksjoner, tvil og ettertanke og lete etter ulike perspektiver. Jeg forsøkte å gå inn i studiet med et åpent sinn, selv om jeg i utgangspunktet hadde lest meg opp på kunnskapsstatus om ungdom og psykisk helse. Det er lett å la seg påvirke av det man leser av forskning og undersøkelser, og akkurat derfor valgte jeg å samle inn egen data og å ta utgangspunkt i deltakerne selv og deres egne erfaringer og opplevelser for å søke å besvare problemstillingen for min masteroppgave.

I følge Jacobsen (2018) er det å drøfte gyldighet og pålitelighet kritisk i en kvalitativ undersøkelse viktig, da det hjelper forskeren å se på kvaliteten på den dataen som er samlet inn. Ved vurdering av dette måtte jeg stille meg selv spørsmålene; har jeg fått inn den dataen jeg ønsket, og er resultatene gyldige for det utvalget og fenomenet som er undersøkt? Kan jeg overføre mine funn til andre lignende utvalg og situasjoner? Overførbarhet, altså i hvilken grad funn fra denne studien kan generaliseres fra mitt spesifikke utvalg til en større populasjon av enheter, kan være vanskelig å vurdere. Jeg ønsket å undersøke en lavterskel psykisk helsetjeneste for ungdom. Det var dette som var utgangspunktet for mitt utvalg av deltakere. Kunne funnene vært annerledes dersom jeg hadde et større utvalg? Det kunne de ha vært, men selv om utvalget ikke var så stort av antall representerte utvalget en variasjon mellom kjønn, alder og erfaringer med PHU. Således anser jeg kildene i undersøkelsen som representative. Hvorvidt svarene fra deltakerne er sanne, er vanskelig for meg som forsker å gi en bastant formening om. Men, som jeg redegjorde for tidligere, så framsto deltakerne som oppriktige i intervjusituasjonen og de svarene de gav. Dette kan selvfølgelig være en

fortolkning fra min side, men det å oppsummere intervjuene sammen med deltakeren var min form for kvalitetssikring av at jeg hadde fått med meg alle svarene og ikke hadde misforstått noe. De valgene jeg tok i forhold til selve intervjusituasjonen var bevisst i forhold til intervjueffekten og konteksteffekten, da man vet at den som blir intervjuet kan påvirkes av mange forhold både ved intervjueren, rammen rundt og omgivelsen (Jacobsen, 2018).

Hvorvidt dataen jeg har samlet inn er pålitelig i forhold til om den kan etterprøves og om andre forskere vil kunne oppdage samme fenomen og generere samme begreper i lignende situasjoner er det vanskelig å svare et ubetinget ja på. Innenfor kvalitativ forskning kan forskeren sjelden svare direkte ja eller nei på spørsmål om det man har funnet er sant – det er mer snakk om å evne å se hva undersøkelsen gis anledning til å si noe om (Jacobsen, 2018). Dette vil jeg redegjøre mer for i kap. 7 der jeg drøfter funnene i denne studien.

5.1.6 Etske overveielser

Det vil alltid kunne dukke opp problemstillinger knyttet til etikk der menneskers meninger, erfaringer og holdninger er gjenstand for nærmere undersøkelse. I denne studien ble undersøkelsen utført blant ungdom som hadde oppsøkt en psykisk helsetjeneste – noe som gjorde at det var særlig viktig å reflektere over eventuelle etiske problemstillinger knyttet til forskningsprosessen.

Den nære kontakten som kan oppstå mellom forsker og deltaker under et intervju, stiller spesielle krav til forskerens etiske ansvar (Thagaard, 2018). Selv om jeg ikke samlet inn identifiserbare personopplysninger om deltakerne mine, og alt skulle anonymiseres, måtte jeg sikre at deltakerne fikk god informasjon om samtykke, taushetsplikt og formålet med undersøkelsen i informasjonsskrivet. De ble også informert om mulighet for å trekke samtykke tilbake, noe én av dem valgte å gjøre uten at hun sa noe om årsaken til dette.

I forkant av intervjuene reflekterte jeg alene og sammen med noen av personalet ved ROP, over hvordan jeg skulle stille meg dersom en av deltakerne for eksempel uttalte en sterk misnøye mot behandleren sin ved ROP; hvordan ville jeg reagere, hva kunne jeg si til ungdommen, ville jeg føle meg forpliktet til å gjøre noe med det? Diskusjoner rundt taushetsplikt ble her relevant, da min taushetsplikt som forsker måtte overholdes overfor personalet selv om noen av de var behandlere for enkelte av mine deltakere.

Det å intervju barn og ungdom, versus voksne, fordrer ekstra sensitivitet hos forskeren. Det å skape en god og tillitsfull atmosfære i intervjusituasjonen er viktig for kvaliteten på intervjuet. Likheter eller forskjeller i alder mellom forsker og deltaker kan ha betydning for hvordan skape en god relasjon og et godt samspill underveis i intervjuet (Thagaard, 2018).

Ungdom er i en overgangsfase fra barn til voksen, noe som kan gjøre at de kan være i opposisjon til voksnes meninger, samtidig som de kan identifisere seg mer som voksen enn som barn eller tenåring. Det var derfor viktig for meg å vise at jeg hadde forståelse for deres situasjon som ungdom, og at jeg forstod hva de opplevde som utfordrende i forhold til tema psykisk helse og hjelpetjenester. Dette gjorde jeg ved å presisere for deltakerne hvor viktig det var å få fram deres meninger, og at jeg var veldig bevisst på det å være en aktiv lytter som bekreftet og anerkjente dem både verbalt og non-verbalt. Det at ungdommene i utgangspunktet ville la seg intervju, nettopp fordi tema opptok dem, anså jeg som et godt utgangspunkt for å få kvalitativt gode intervju med ungdom som var interessert i å formidle sine opplevelser. Jeg ønsket ikke at de skulle oppleve intervjuet som en «terapitime» der jeg forsøkte å få de til å si mest mulig om deres psykiske helseutfordringer, og oppfordret dem ikke spesifikt til å si mer om det enn at jeg innledningsvis spurte om årsaken til at de tok kontakt med PHU. De valgte selv om de ønsket å utdype det noe nærmere. Ungdommene som tar kontrakt med PHU kan være i en ekstra sårbar situasjon, eller det kan være at behandleren slet med å komme i posisjon for å hjelpe og å skape tillit. Da ville det ikke være etisk riktig å sette dem inn i en posisjon som deltaker i et forskningsprosjekt, der min innblanding kunne være med på å skade, eller forsinke, relasjonsbyggingen mellom ungdom og behandler.

5.1.7 Godkjenning av prosjekt

Prosjektet er godkjent av NSD – Norsk senter for forskningsdata, referansenummer 708337. For å sikre forsvarlig oppbevaring av innsamlet data, måtte prosjektet registreres ved Tjenester for sensitive data (TSD) ved Universitetet i Oslo da jeg i utgangspunktet hadde planlagt at jeg skulle benytte meg av nettskjema og nettskjema diktafon. Dette innebar en rekke tekniske installasjoner både via PC og smarttelefon, og oppkoblinger mellom disse. Etter gjentatte forsøk, og veiledning fra support via telefon og skype både fra IT avdelingen på høgskolen, TSD og nettskjema leverandøren, lyktes jeg ikke i å få det tekniske rundt dette til å fungere. I samråd med min veileder valgte jeg derfor å benytte meg av den mer analoge

metoden penn og papir under intervjuet av mine informanter. Ingen identifiserbare personopplysninger ble samlet inn, og notater ble makulert øyeblikkelig etter transkripsjon.

Kap. 6 Presentasjon av funn

I de følgende avsnittene vil jeg presentere undersøkelsens hovedfunn, men jeg vil også trekke noe inn fra nøkkeltallene fra ROP som er presentert i tabell 1 i punkt 5.2.4..

Figuren under (figur 1) ble utarbeidet under den tematiske dataanalysen, og viser hvordan hovedtema vokste seg fram under koding av utsagnene fra deltakerne. Boksene inneholder de utsagnene som gikk hyppigst igjen hos deltakerne, samtidig som jeg også har tatt med noen av de utsagn som jeg anså som relevante, selv om bare én eller to av deltakerne uttrykte det.



Figur 1

6.1 Hovedfunn

Deltakerne i undersøkelsen var ulike i alder, kjønn, modenhet og erfaring – men det var likevel mye felles for hva de gav uttrykk for som det viktigste for en psykisk helsetjeneste for ungdom.

Figur 1 (s.43), viser hvordan jeg via tematisk analyse, til slutt endte opp med fire hovedtema som hver har fått fire undertema. Hver og en av temaene er med på å belyse hva som skal til for at ungdom skal oppleve en hjelpetjeneste for dem som tilgjengelig, og som en tjeneste de ønsker å benytte seg av. Det tema som jeg har valgt å kalle «Inngangsporten» handler om veien inn i en psykisk hjelpetjeneste for ungdom. Alle deltakerne var opptatt av at det måtte være enkelt å ta kontakt med tjenesten, og at de kunne ta kontakt selv uten å måtte gå via henvisning fra fastlege. Deltakerne hadde tatt kontakt på ulike vis, både via foreldre eller andre tjenester, men også selv via messenger og e-post.

«Hjelp når du trenger det» handler om at deltakerne framholdt viktigheten av å få en hurtig respons, og en timeavtale kort tid etter at de tok kontakt. Dersom de må vente lenge på helsehjelp, ble de mindre motiverte til å ta imot hjelp. Det å ha mulighet for hyppig hjelp var også viktig for dem for å opprettholde motivasjonen og prosessen de igangsatte inni seg når de bad om hjelp.

«Ekte mennesker» var et utsagn fra en av deltakerne, og ble brukt for å beskrive hvordan hun opplevde forskjellen på det å gå til en fysisk hjelpetjeneste kontra det å skulle søke hjelp via en hjelpetjeneste på nett. Det viktigste for henne og flere av de andre deltakerne, var at de fikk en trygg voksenperson å snakke med. En som de ikke hadde en privat relasjon til som de viste kom til å lytte til dem, og som forstod hvordan de hadde det. Ingen av deltakerne hadde benyttet seg av hjelpetjenester for ungdom på nett via chattetjeneste, sende inn spørsmål eller ringe inn. De var heller ikke i kontakt med spesifikke instagram kontoer, grupper eller hashtagger på instagram som handlet om psykisk helse. Flere av deltakerne var tydelige på at de foretrakk hjelp ansikt til ansikt, framfor å skulle oppsøke hjelpetjenester på nett.

Kontinuitet i tjenesten var også en viktig faktor, samtidig som deltakerne ønsket fleksibilitet.

«Syk nok?» handler om at flere av deltakerne hadde ventet lenge før de faktisk tok kontakt med PHU, fordi de var usikre på om de var «syke nok» til å be om hjelp. Ën av deltakerne uttalte at dette var en vanlig tankegang blant ungdom. De var også opptatt av at det var til hjelp dersom hjelpetjenesten kunne bidra med å normalisere det å slite psykisk i perioder som

ungdom, dette for å skape en aksept for det å be om hjelp og å snakke om psykisk helse generelt. Det å vite at man ikke er alene om å ha psykiske vansker opplevde de som godt.

6.1.1 «Inngangsporten»

Innenfor hovedtema «inngangsporten» plasserte jeg undertema ut fra hva deltakerne oppgav var viktig i forhold til det å ta kontakt med en psykisk helsetjeneste for ungdom (figur 1 s.43). Jeg vil her redegjøre for de funnene som var hyppigst representert:

Det at det var lett å ta kontakt, og at ungdommene kunne ta direkte kontakt selv var det som gikk igjen i nesten alle intervjuene. Det vil si at også det at man ikke trenger å gå via en lege for å få en henvisning, levere inn en søknad på en tjenesten, eller at det er lang ventetid på å få en avtale. J3, 19 år, uttalte at; *«Det e så mye enklere å bare sende en mail, eller en melding eller å bare ringe...omså bare for å få en samtale».*

Alle informantene oppgav kort responstid fra de tok kontakt med PHU, til de fikk et svar på melding eller e-post, og til de fikk en avtale. PHU har satt som mål at ungdommene skal få en avtale innen tre virkedager fra de tok kontakt, og for deltakerne stemte dette. De som tok kontakt via melding eller e-post hadde fått svar kort tid etter, innenfor 1 – 3 timer. Avtale om samtale hadde tatt fra 1 til 7 dager.

Som J1, 15 år sa vedrørende det å ta kontakt via messenger på Facebook:

«Det var ganske sånn easy å bare søke på facebook og sende melding. Det føltes som den mest sikre måten å gjøre det på.» Med «easy» mente hun at det var enkelt, og med «sikker» mente hun det at hun slapp å risikere å måtte gå via noen andre, bli satt over på telefonen og lignende. Det ville hun ha følt som ubehagelig.

Andre utsagn gikk ut på at tjenesten er der ungdom er, altså innenfor kommunen, slik at de ikke trenger å bruke reisetid. Det var to av deltakerne som hadde erfaring med spesialisthelsetjenesten (BUP), der de hadde opplevd lang ventetid fra de tok kontakt med fastlegen, til de faktisk fikk en avtale med en behandler på BUP. Utfordringen der var også det å ha så lang reisetid at det gikk utover skolefraværet deres, og at de ble veldig sliten og lei av reisingen.

Det å ha et lavterskeltilbud til ungdom, ble også satt i sammenheng med det å promotere

tilbudet på en slik måte at det var synlig og kjent for ungdom. Det vil si å informere om tjenesten på skolen og på andre arena der ungdom ferdes. J1, 15 år, hadde fått informasjon fra skolen der læreren delte ut brosjyre til alle elevene, det hang en plakat på kulturskolen og helsesykepleieren på skolen hadde anbefalt tjenesten. Som G1, 16 år sa:

«...det at ...(PHU) kom på skolen ga mæ et større bilde. Æ trur ikke at æ hadde tatt kontakt hvis dæm ikke hadde kommet innom. På Facebook er det jo så mye som legges ut...informasjon om forskjellige tilbud og sånn, man legger ikke så godt merke til det. Mange folk ser bare på det på sosiale medier som reklame, og da blar man jo bare forbi...»

Deltakerne framhevet altså viktigheten av at man driver en viss utadrettet virksomhet i tjenesten. I følge G1, 16 år, som tok kontakt med PHU etter at de hadde vært innom klassen, så var det nettopp det at han kjente seg igjen i noe av det de snakket om vedrørende psykisk helse som gjorde at han tok kontakt. I tillegg syntes han at det hørtes ut som et bra tilbud. En av deltakerne framhevet også det med at tjenesten måtte være gratis slik at det ikke skulle være avgjørende om man hadde økonomi til å ta kontakt eller ikke.

6.1.2 Hjelp når du trenger det

Hjelp når du trenger det handlet for deltakerne om kjapp respons, hyppighet, hjelp videre i systemet og det å ha en «returmulighet». Dette henger også tett sammen med første hovedfunn om inngangsporten til tjenesten.

Deltakerne påpekte altså at det var viktig at det var lett å få kontakt, og at det var kort responstid. De som hadde erfaring med BUP hadde en negativ opplevelse av ventetiden for å få hjelp. Det som gikk igjen i flere av besvarelsene til informantene var utsagn som:

J1, 15 år: *«Æ følte mæ ikke som mæ sjøl lengre, og æ begynte å kutte mæ sjøl. Æ tenkte at æ måtte gjøre nåkka og be om hjelp»*

J2, 13 år: *«...æ bare tenkte at æ måtte snakke med nån siden æ hadde vært så nedfor så lenge.»*

J3, 19 år: *«Æ syns jo det e veldig viktig...det å få kjapp respons og at det ikke går sånn to uker».*

G2, 21 år: *«...Æ va rett og slett på et punkt der æ bare måtte søke om hjelp fordi æ skjønnte at æ ikke klarte å gå gjennom det selv.»*

G4, 13 år: «..., det viktigste når man trenger hjelp e å få det raskt. Det e sånn at når du har det tungt så blir du bare sittende og tenke på de tunge tankene og vente på hjelp. Du klarer liksom ikke noe anna...»

Utsagnene handlet om at dersom de hadde ventet lenge på en respons, og på å faktisk starte opp med samtaler, så hadde også motivasjonen for å ta imot hjelp dalt. Det var også andre utsagn fra deltakerne som vitnet om at terskelen for å be om hjelp har vært høy; de har ventet til det har vært så vondt at de til slutt har innsett at nå MÅ de be om hjelp.

Det deltakerne også oppgav som viktig for en psykisk helsetjeneste for ungdom, var at man kunne være med på å bestemme hyppigheten av samtaler. Flere av dem hadde erfaring med ukentlige samtaler, eller hver 14. dag. Dette opplevde de som positivt. J1, 15 år, fortalte at hun syntes det var godt å ha samtaler hver uke slik at hun viste at om hun hadde det vanskelig, så var det kort tid til neste samtale. J2, 13 år, svarte at hun hadde samtaler hver uke og at det er bra at det ikke går så lang tid mellom hver gang de møtes – men at hvis det blir for ofte med ukentlige samtaler for noen, så er det fint at ungdommen selv kan velge hyppigheten. G1, 16 år, svarte også vedrørende sin erfaring med PHU, at han synes det var en fin ordning med å bare kunne ta kontakt på Facebook å få time fort, og at han nå hadde fått oppfølging over litt lengre tid.

Noen av deltakerne hadde erfaring med å bli henvist videre til andre tjenester eller til spesialisthelsetjenesten. G4, 13 år, opplevde det som positivt å få hjelp til å bli henvist videre til BUP, og at han fikk være med på å vurdere sammen med behandleren på PHU at det var det han hadde behov for.

J3, 19 år, hadde hatt 5 samtaler via PHU, og kontakten var avsluttet. Hun opplevde det som en trygghet å ha de i «bakhånden», altså det at det var en returnmulighet dersom det viste seg at hun likevel ikke klarte seg så godt på egenhånd som hun håpet på. Som hun sa i intervjuet: «Nu har æ fått de her verktøyene, nu kan æ se kordan det går...og om det ikke går så bra så kan æ dra tilbake og be om mer hjelp.»

6.1.3 Noen «ekte mennesker» å snakke med

De siste årene har det kommet stadig flere hjelpetilbud til ungdom på nett, der ungdom kan ta

kontakt via chat, sende inn spørsmål eller ringe anonymt. Det var ingen av deltakerne som hadde benyttet seg av dette. Ën av dem hadde tatt en depresjonstest og Ën av dem hadde vert og lest litt pa ung.no. Pa sporsmal om hvorfor de ikke hadde benyttet seg av hjelpetilbud pa nett svarte en av deltakerne folgende:

J1, 15 r: «*Æ tok kontakt med PHU fordi det var ekte folk der. Pa Facebook var det jo bilde og alt av dem som jobber der...man vet jo aldri kem man moter pa nar man bruker noe pa nett. Æ ville snakke med nan ekte mennesker som æ visste kunne hjelpe me pa ordentlig.*»

Jenta fortalte at hun pleide  gleder seg til timen fordi hun fikk snakket ut med noen som ikke var sa nære som familien eller venner, det var noen nøytrale personer «utenfor».

G4, 13 r, hadde vert innom ung.no mest for  se om det sto noe om at det var andre ungdom som slet med de samme tankene som han selv. Men han kunne ikke tenke seg  faktisk be om hjelp via en slik tjeneste. Pa sporsmal om det  bruke chattetjeneste eller ringe en hjelpetjeneste, svarte han folgende. «*Nei, det vil æ ikke, æ liker  mote folk og snakke med dem.*».

Mange av utsagnene til deltakerne vitnet om et nske om, og folelse av, trygghet ved det  ta kontakt med en tjeneste der de moter «ekte mennesker», og der de kan fa en tjeneste med trygge rammer, med kontinuitet i samtalene og med en returmulighet dersom de skulle trenge det. Som J3, 19 r sa, sa tok hun kontakt med PHU fordi hun ville snakke med noen som hun viste ville lytte til det hun har  si og at det virket betryggende. Hun felte at det  bare snakke med noen i familien eller venner ikke hjalp sa mye, da de var mest opptatt av  gi trost. Hun ville ikke ha trost, hun ville ha noen som forstod hva som var vanskelig og som kunne hjelpe henne med  finne losninger. Pa sporsmal om hvordan hun hadde opplevd hjelpen hun fikk i kontakten med PHU sa svarte hun folgende: «*Æ synes det har vert veldig bra. Æ fikk hjelp til det æ trengte hjelp med, æ fikk gode losningsmetoder og fikk noen  snakke med og bearbeide ting med. For det e jo vanskelig  gjore det aleina...*»

Flere av deltakerne framhevet det med selve samtalen som noe trygt og godt. Bare det  vite at de hadde noen  snakke med, noen som faktisk lyttet og som var «objektiv» var en trygghet. «Objektiv» i den forstand at personen ikke var en i familien eller annen ner person. Som G3, 16 r sa sa hjalp det  fa snakket med noen om det som var vanskelig, og at det var veldig bra at det var en gang i uken: «*Det gjorde at æ fikk hjelp liksom hele tiden...og æ slapp  vente sa lenge.*» G4, 13 r, sa folgende. «*Æ synes det hjelper bare det  ha noen  snakke*

med, og bare det å vite at æ har noen å snakke med hjelper – sånn at når æ har en samtale, og det e to uker til neste gang, så e det helt greit, for da vet æ at æ skal dit igjen snart.»

G2, 21 år, framhevet også selve samtalen som noe positivt: «..., min måte å deale med ting på e å bare låse mæ inne og holde mæ unna alt og alle. Det ville nok tatt enda mer tid og æ ville ha gravd mæ enda dypere om æ ikke ba om hjelp. Det hjelper å få snakke om det...»

PHU tilbyr familiesamtaler der man ser at det kan være til hjelp for ungdommen. Spesielt for de ungdommene som er under 16 år, kan foreldreinvolvering være viktig med tanke på det å sikre at foreldrene skal kunne gi den omsorgen ungdommen har behov for i hjemmet. To av deltakerne hadde erfaring med familiesamtale, og begge opplevde dette som positivt.

J1, 13 år, fortalte følgende om familiesamtale. «...æ va litt usikker først, men det var bra etterpå. Det var litt uvant i starten, æ e ikke så vant til å snakke om sånne «dype ting» med dem». Hun synes det var fint at behandleren tok seg av mye av snakkingen, så hun slapp å si så mye. Det å ha familiesamtalen på hennes premisser, opplevdes som trygt.

G3, 16 år, hadde ikke tatt kontakt med PHU på egenhånd, men ved hjelp av sin mor. En av årsakene til at han slet var at han og far hadde et konfliktfylt forhold: « Det var mamma som tok kontakt på vegne av mæ fordi æ sleit hjemme...eller æ hadde det tungt og trengte når å snakke med...Ja æ trengte liksom når å diskutere livet med som ikke var noen i familien.»

Etter hvert takket han ja til å ha familiesamtaler: « Ja, at han pappa kom og var med i samtaler...det hjalp veldig mye. Det var fint å ha noen andre der når vi prøvde å ordne opp i forholdet. Æ trur ikke forholdet vårt hadde vært sånn som nu vis det ikke var for det...nu kan vi snakke sammen.» Flere av deltakerne framsnakket det med PHU som at det var godt å få snakke med noen som ikke var så «nær», samtidig ser man at i alle fall hos disse to deltakerne var det en grei opplevelse når noen nære likevel ble involvert i samtalene, men under deres premisser.

6.1.4 Syk nok?

Som jeg nevnte i punkt 6.1.3 så var det flere av deltakerne som ventet lenge med å oppsøke hjelp. De stilte seg spørsmål vedrørende om de var «syk nok» til å be om hjelp, og terskelen for å ta kontakt var høy med tanke på dette. Det var på en måte når de hadde innsett at «nå

klarer jeg ikke mer» eller at «dette klarer jeg ikke alene» at de oppsøkte hjelp. J1, 15 år, hadde følt seg nedfor veldig lenge og hadde begynt å kutte seg selv før hun innså at nå måtte hun be om hjelp, og J2, 13 år, hadde gått og følt seg deprimert over lengre tid og hadde tatt tester på nett for å forsøke å finne ut av det selv. J2, 13 år, uttalte at «...*æ bare tenkte at nu måtte æ snakke med nån siden æ hadde vært nedfor så lenge..*».

For G2, 21 år, så var han kommet til en erkjennelse overfor seg selv, han uttalte at «...*Æ va rett og slett på et punkt der æ bare måtte be om hjelp fordi æ skjønnte at æ ikke klarte å gå gjennom det selv!*»

J3, 19 år hadde lignende uttalelser; « *...æ gikk jo å følte mæ trist og lei veldig, veldig lenge og det tok tid, selv fra mæ som e ganske reflektert og sånn, så tok det tid...det krevde en innsats for å tenke at nu må æ...det gjør jo ikke noe å be om hjelp!*» Hun la ekstra tyngde på ordet veldig, som hun også gjentok – som for å framheve hvor lang tid det hadde gått før hun oppsøkte hjelp. Når vi reflekterte litt sammen om dette med ungdom og psykisk helse uttalte hun også at: «*De fleste som sliter psykisk toner jo det ofte ned, og tenker at æ e ikke syk nok til å be om henvisning fra lege...*», og «*...det er mange som tenker at nei herregud, æ kan jo ikke be om hjelp...det e jo dritskummelt å be om hjelp!*» Hun sa videre at det er veldig viktig med lavterskeltilbud for å normalisere det å be om hjelp, det å tørre å snakke om hvordan man føler seg. Flere av deltakerne snakket også om det å be om hjelp som noe som var vanskelig, i utgangspunktet forsøkte de å «deale» med det, altså å håndtere det, på egenhånd.

G2, 21 år uttalte følgende da vi snakket om chattetjenester på nett: «*...æ e ikke en slik som liker å skrive om følelsene mine. Syns det blir pinlig når æ leser det æ har skrevet. Syns mine tanker blir sånne småting og ikke alvorlig nok.*»

Flere av uttalelsene fra deltakerne handlet om normalisering, selv om det ikke nødvendigvis var akkurat det begrepet de benyttet. De snakket om hvor viktig det var å vise ungdom at det er mange som sliter psykisk, at det ikke er uvanlig, og at det ikke er noe skam å be om hjelp. De ønsket at PHU skulle fortsette å gå inn i klassene og på andre arena der ungdom ferdes både for å snakke om tilbudet, men også om psykisk helse generelt. G4, 13 år, var opptatt av at når man slet med tunge tanker så var det godt å vite at andre kunne ha det lignende. Han syns også at det var bra at PHU var innom klassen sånn at man får vite litt om at det er mange andre ungdom som har det vanskelig og at man kan få hjelp. Han uttalte at; « *...det e bra at man får vite at det e noe man kan gjøre noe med lissom...og når det ikke e noen på skolen, læreren eller noe sånt, som snakker om det så må vel andre komme og gjøre det.*»

J3, 19 år, reflekterte litt rundt den dreiningen man har sett i samfunnsdebatten, der mange fagfolk nå mener man at vi har for mye fokus på ungdom og psykisk helse, og at man står i fare for å sykeliggjøre det som er normalt. Hun uttalte at: «...*det er jo bedre at det er noen som faktisk er friske som tar kontakt, enn at man «mister» det å få inn de som faktisk er syke...det bør i alle fall ikke ha noe å si for hvilket tilbud man skal ha for barn og unge. Man må jo ha noe å tilby dem uansett – og ka så om noen av de som tar kontakt egentlig ikke har behov for det, så lenge vi faktisk kan berge noen som har vurdert selvmord og faktisk er syk?»*»

J1, 15 år, var opptatt av at man har for lite fokus på Psykisk helse på skolen, og at mer fokus kunne være til hjelp i forhold til det å normalisere det å ha psykiske utfordringer og å be om hjelp. Hun opplevde ikke skolen som spesielt opptatt av dette, og ønsket å få andre tjenester, slik som PHU, mer inn i skolen slik at de kan få mer undervisning om psykisk helse: «*Vi har en del undervisning om fysisk helse på skolen. Om kordan vi utvikler oss sånn kroppslig – men vi snakker ikke om hvordan tankene våres utvikler sæ...*»

Disse funnene viser at det i utgangspunktet er en høy terskel for å be om hjelp, i og med at deltakerne hadde ventet til de opplevde ting så vondt at de følte at de bare måtte gjøre noe.

Kap. 7 Drøfting

Min problemstilling for denne masteroppgaven er *Hva skal til for at ungdom skal oppleve kommunal psykisk helsehjelp som et lavterskeltilbud?* I dette kapitlet drøfter jeg mine funn fra undersøkelsen opp mot kunnskapsstatus og aktuell teori, og har ved hjelp av dette sett på hvorvidt jeg i denne masteroppgaven har lyktes med å belyse problemstillingen. Jeg har også sett på om der er noen indikasjoner på hvordan psykiske helsetjenester for ungdom bør innrette seg for å imøtekomme deres behov, både i forhold til tilgjengelighet, men også med tanke på tjenestens innhold. Punkt 7.6 er en evaluering av tjenesten PHU da aktuell kommune ønsket at jeg i forbindelse med denne masteroppgaven, også sa noe konkret om deres tjeneste. Evalueringen inneholder også noen drøftinger, eller spørsmål, rundt tjenesten slik den er i dag og hvorvidt det bør foretas noen endringer.

7.1 Tilgjengelighet

Når man snakker om tilgjengelighet i forbindelse med en helsetjeneste, så kan det handle om så mangt; sted, tid, omfang, organisering med mer. Jeg har drøftet begrepet i lys av fokusgruppene til ROP, nøkkeltall fra ROP (tab.1 s. 6) og fra funn i denne studien.

I følge Huang og Schaffer (1975) sin tilgjengelighetsteori så avgjøres graden av tilgjengelighet av hvorvidt de som skal benytte seg av tjenesten klarer å forsure de ulike trinnene for å få tilgang til godene. Men hva om man snur på dette, og ser på hva forvaltningen kan gjøre for å bygge ned disse trinnene på en slik måte at alle skal ha like muligheter for å tilegne seg tjenesten?

Hvis vi ser på funnene fra undersøkelsen opp mot tilgjengelighetsteorien (Schaffer og Huang, 1975), så er første trinn *terskel*, der man må overvinne stigmaet til det å be om hjelp og andre trinn *kø*, der man må se en forbindelse mellom de utfordringene man har og kunnskap om hvilken hjelp som eksisterer. Flere av deltakerne hadde utsagn som vitnet om at de hadde vært usikre på om de var «syke nok» til å ta kontakt med PHU og at de ventet lenge med å be om hjelp. Ved at PHU driver utadrettet virksomhet kan ROP bidra med å senke terskelen for å be om hjelp ved at de i møte med ungdom forteller om tjenestens eksistens, viser at det å slite med psykiske utfordringer er normalt – og at man ikke trenger å ha så veldig store vansker for å be om hjelp. Det å ha flere «inngangsporter» kan også bidra til å gjøre terskelen for å ta kontakt lavere, da ungdom kan velge den porten som passer dem best. Noen foretrekker kanskje å sende via messenger på facebook, men andre kan foretrekke sms eller e-post. Ungdom kan også oppsøke ROP fysisk og be om en samtale, men som man ser av nøkkeltall fra ROP så er det ingen som har benyttet seg av dette. Dette kan handle om at ungdom finner det mest bekvemt å ta kontakt via en tekstmelding eller andre «usynlige» måter der de ikke trenger å stå ansikt til ansikt med en fremmed og be om hjelp. Årsaken til dette kan være at ungdom i dag er vant til å være i kontakt med andre mennesker via sosiale medier; de chatter via messenger, sender snap, melder via instagram og sms. Det er dette som er deres kommunikasjonskanaler og som de føler seg mest komfortable med å bruke.

Ungdom er generelt i en usikker periode i livet sitt, der de utforsker egen identitet og jobber med å akseptere alle endringene som skjer både på utsiden og på innsiden (Erikson, 1974). Kan det å akseptere at «jeg er en som sliter psykisk» være ekstra vanskelig i ungdomstiden? Ungdom lever i en tid der de sammenligner seg med venner og skal forme sitt eget selv i kontekst med samfunnet rundt (Stern, 2000), og da er det kanskje lettere å akseptere det at

man sliter og trenger hjelp dersom man vet at andre gjør det. Ved at en psykisk helsetjeneste for ungdom er veldig synlig ikke bare på sosiale medier, men også ved å drive oppsøkende arbeid på skolen og på ungdommens hus, så senkes kanskje både terskelen for å be om hjelp samtidig som man får kjennskap til hvor man kan gjøre det.

Tilgjengelighet handler også om det å gjøre seg tilgjengelig for de som ikke er direkte målgruppe for PHU; befolkningen generelt, foreldre, samarbeidspartnere både innad i kommunen og eksterne. Hvor er det de voksne henter informasjon kontra ungdommen?

Ungdomsrådet mente at ungdom ikke benytter seg av kommunens hjemmeside for å søke informasjon, men det betyr ikke er uhensiktsmessig å ha god og tilgjengelig informasjon om PHU på hjemmesiden da det kanskje er nettopp der foreldre eller eksterne samarbeidspartnere vil lete etter tjenestetilbud for ungdom. Det vil si at det å ha en tilgjengelig tjenesten handler både om å imøtekomme ungdommenes behov for informasjon på deres kanaler, samtidig som man er synlig på de kanaler som andre i ungdommens nærhet benytter seg av.

Deltakerne i min undersøkelse uttalte alle at det var viktig at man kunne ta kontakt med tjenesten selv, og at det var enkelt å ta kontakt både via telefon, messenger og e-post.

Samtidig ser man i tab.1 s. 6 at kun 7 av totalt 27 ungdom har tatt kontakt med PHU helt på egenhånd. Av mine deltakere var det tre som tok kontakt på egenhånd, to via foreldre og to via andre tjenester. Variasjonen på alderen på mine deltakere, 13-23 år, kan ha vært med på å påvirke funnene mine, men jeg klarer likevel ikke å finne en umiddelbar sammenheng mellom alder og måte å henvende seg på, da det ikke er noe som virker særlig aldersspesifikk. Dette gjelder også i forhold til den totale oversikten over henvendelser til PHU.

Betyr disse funnene at det å promotere en psykisk helsetjeneste for ungdom bredt er en viktig suksessfaktor for å lykkes med å nå ut til ungdom som sliter psykisk? Dersom både skole, hjelpeapparatet og foreldre har kjennskap til tjenesten, kan de både informere ungdommen om tjenesten, og hjelpe de til å ta kontakt dersom de ikke klarer eller tør å gjøre det selv. Ungdom er i en periode av livet der de er litt i mellom barn og voksen; de ønsker å være selvstendige og klare ting selv, samtidig som det er en trygghet i det å fortsatt kunne be om hjelp fra noen. Dersom en tjeneste som PHU kun promoterte seg selv ut mot ungdom for eksempel via sosiale medier, ville man da fått mange færre henvendelser? Det kan se ut som at den oppsøkende virksomheten på skolen, og på ungdommens helsestasjon, er en viktig årsak til at ROP opplever å få langt flere ungdom som tar kontakt nå enn tidligere.

Vi vet at jo eldre barnet blir, jo mer blir det også påvirket av andre mennesker enn sine nærmeste omsorgspersoner (Erikson, 1974), og at «jeget» blir påvirket av og i forhold til samfunnet de vokser opp i (Stern, 2000). Barn og unge tilbringer mye av tiden sin på skolen, og jo eldre de blir, jo mer utvides nettverket deres på flere arena. Hvis man ser dette opp mot tilgjengelighetsteorien, så kan man kanskje si at både terskelen og køen endres dersom personer i ungdommens nærhet, det være seg kontaktlæreren, skolehelsetjenesten og utekontakten ved ungdommens hus, gjør seg kjent med hvilke hjelpetjenester som finnes for ungdom? I ungdomstiden kan mange ha et litt ambivalent forhold til foreldrene i det de også er i en løsrivelsesprosess. Noen tar litt avstand fra foreldrene, og vil kanskje velge å heller henvende seg til andre trygge voksne for å snakke om ting som oppleves som vanskelig. I og med at mennesker ansees å være grunnleggende trygghetsøkende og relasjonell (Bowlby, 1969) er ikke så avhengig av om det er en venn, en foreldre eller en lærer ungdommen henvender seg til, da det viktigste er at det er en person som ungdommen føler tillit til. Det kan hende de synes det er flaut å snakke om sånt med foreldrene, og da er det kanskje lettere å snakke med en venn om det. I denne perioden av livet oppleves også ofte venner som veldig viktige da det er i møte med andre ungdom man leter og former sin egen identitet (Erikson, 1974). For noen kan det være lett å snakke med venner om psykisk helse, men noen har kanskje ikke noen venner å snakke med. Kontaktlæreren kan dermed bli en viktig medspiller da de ser ungdommen ofte, og over lange perioder. De kan lett fange opp dersom en elev endrer atferd for eksempel fra blid og energisk, til trist og tilbaketrukket. Dersom læreren og eleven har en trygg relasjon, kan det være naturlig for læreren å stille spørsmål rundt elevens psykiske helse, og å guide eleven videre inn til PHU.

ROP har hatt mye fokus på å gjøre PHU kjent blant lærere på ungdomsskolen og videregående skole, men har de lyktes med å gjøre tjenesten tilgjengelig nok for unge voksne som sliter psykisk? Hva med han på 19 år som har droppet ut av videregående, eller han på 22 år som er arbeidsledig og isolerer seg hjemme? Kanskje burde ROP også fokusere mer på samarbeid med VOP, NAV, politi eller andre tjenester der man kan nå ut til den eldre aldersgruppen 20+, da tallene fra ROP viser at de fleste henvendelser er fra ungdom under 18 år. Fastlegene er de som treffer alle – men hvor mange er det som bestiller time hos fastlegen for å snakke om psykiske vansker? Det er vanskelig å vite sikkert, da man stort sett fører statistikk over de som har fått en diagnose på en psykisk lidelse og ikke på de som har lettere psykiske plager (Helsedirektoratet, 03/2020). Dette viser hvor viktig synlighet overfor den

jevne befolkning og samarbeidspartnere er, for å sikre at alle får kjennskap til hvilke helsetjenester kommunen har slik at alle kan oppleve den samme tilgjengeligheten.

For de ungdom som utvikler psykiske vansker som man gjerne vil ha utredet nærmere ved spesialisthelsetjenesten (BUP og VOP), så ligger det helseforetaket som aktuell kommune sogner til 175 km unna. Det tar ca. to og en halv time å kjøre dit. Man kan benytte seg av buss, fly eller hurtigruta, men på grunn av dårlig rutetilbud foretrekker de fleste å kjøre selv. Dersom du tar bussen vil reisetiden bli lengre, og på grunn av få avganger kan du risikere å være på reise i alt fra 9 – 15 timer. Kan slike geografiske forhold påvirke hvorvidt tilbudet om behandling ved psykisk helsevern blir benyttet? De to deltakerne som hadde erfaring med BUP, svarte begge at de opplevde det som slitsomt å bruke mange timer på å reise til BUP, for å gjennomføre en kort samtale og reise hjem igjen. De opplevde det også negativt at de fikk skolefravær som følge av dette, og en av informantene lot også være å dra på enkelte timer på grunn av dette. En av informantene fikk tilbud om å ha noen av samtalene med BUP behandler i hjemkommunen, noe han opplevde som positivt og han ble også mindre sliten av dette. Dersom en ungdom for eksempel sliter med sosial angst og isolerer seg – men skolen er den ene arenaen der de faktisk møter andre ungdom og klarer seg ganske bra – hva kan konsekvensene bli når de må ta fri fra skolen en hel dag for å dra på time til BUP eller VPP? Kan det være en mulighet for at flere ungdom enten ikke vil henvises videre, eller som dropper ut av behandling ved spesialisthelsetjenesten, på grunn av den geografiske avstanden? Desto viktigere kan det da være at man har et en godt oppbygd kommunal helsetjeneste, men også at man følger den strategien som regjeringen har lagt opp til med at psykisk helse skal være en del av det nasjonale og lokale folkehelsearbeidet på lik linje med fysisk helse og at arbeid med psykisk helse skal forankres bedre i alle sektorer, ikke bare innenfor helse (Helse- og omsorgsdepartementet, 2017). For eksempel med mer fokus på psykisk helse i skolene.

Deltakerne uttalte at det var positivt at PHU var en psykisk helsetjeneste som de kunne benytte der de bodde, at det var så nært at de ikke hadde noe reisetid og slapp å få så mye fravær fra skolen. Ungdataundersøkelsene viste flere regionale forskjeller over deler av landet, og særlig deler av Nord-Norge utpekte seg negativt med høyere gjennomsnitt av ungdom med psykiske helseplager, samtidig som de ikke oppsøkte hjelpetjenester noe oftere enn ungdom andre deler av landet (Bakken 2017,2019). Handler dette om ungdommene, eller handler det heller om ulikheter i tjenestetilbudet? Deltakerne i min undersøkelse var opptatt

av kontinuitet og fleksibilitet i hjelpen de skulle motta, noe som man lettere kan få til i en kommunal helsetjenesten der de bor, men som kan være vanskelig ved behandling i en spesialisthelsetjeneste som ligger 175 km unna. Samtidig må man ha med i betraktning at en kommunalt psykisk helsetjeneste for ungdom kan bidra til å avhjelpe de som sliter med lettere plager med tanke på tidlig intervensjon og for å forebygge at plagene utvikler seg til større vansker, men man er også avhengig av et godt og tilgjengelig tilbud innen psykisk helsevern for behandling for de som trenger mer omfattende hjelp. Hvor kjent er spesialisthelsetjenesten med det kommunale tilbudet, og hvor utbredt er samarbeidet mellom helseforetak og kommune når det gjelder ungdom? Hvor mye benytter man seg av en kombinasjon av behandling ved BUP og oppfølging fra kommunen? Når man ser på nøkkeltallene fra ROP så er det ingen av henvendelsene til PHU som kommer via spesialisthelsetjenesten. Årsaken til dette kan være at BUP og VPP stort sett forholder seg til fastlegen ettersom det stort sett er derfra de får sine henvisninger, og/eller at de søkes direkte inn til ordinære tjenester ved ROP uten å gå via PHU først. En annen årsak kan være at de ikke har kjennskap til PHU, og at ROP kanskje må øke fokus på samarbeid med spesialisthelsetjenesten.

7.2 Kjønnsperspektivet

Som jeg har vist til tidligere, så viser undersøkelser at vi har en særlig økning av unge jenter som selvrappporter om stress, press og depressive symptomer (Bakken, 2017 og 2019).

Når det gjelder alle henvendelser til PHU totalt (tab. 1 s. 6), så ser vi at det er flere jenter enn gutter som har henvendt seg til PHU. Av de guttene som tok kontakt, ser man at fem av guttene tok kontakt via foreldre, og fire via andre tjenester. For jentene så var det én som tok kontakt via foreldre og ti via andre tjenester. Det er altså en større andel gutter som får hjelp fra foreldrene sine, enn av jentene, med å ta kontakt med PHU. Og det er en større andel jenter som tar kontakt via andre tjenester enn gutter. Det kan være et mangfold av årsaker til dette: Kan det være at guttenes uttrykk for psykiske vansker vises tydeligere hjemme slik at foreldrene griper tak i vanskene før de selv gjør noe med det? Man ser av statistikk fra BUP at gutter ofte sliter med forstyrrelser som har et mer utadrettet uttrykk, enn de vanskene jenter oppsøker BUP på bakgrunn av (Helsedirektoratet, 03/2020). Det kan også være at jentene er mer oppsøkende i det å finne hjelp, og åpner seg for en lærer, helsesykepleier eller lege som så hjelper dem videre. I kunnskapsstatus viser jeg til en undersøkelse som konkluderer med at gutter er mer opptatt av anonymitet, har mindre tålmodighet når det gjelder å vente på tilbud

og er ofte ikke klar over sine begynnende psykiske problemer (Hartberg og Hegna, 2014). Er det dette som gjør at man ser at det er færre gutter enn jenter som sliter psykisk og oppsøker hjelpetjenester? Terskelen for å ta kontakt kan være høyere for gutter på bakgrunn av dette. Manglende bevissthet om egen psykisk helse kan også føre til at de mangler begrep om det å snakke om tema – noe som kan gjøre at et lavterskeltilbud som tilbyr samtaler ikke tiltaler guttene. Det vil si at det kan hende at det ikke er tilgjengeligheten som er avgjørende for om gutter tar kontakt med en helsetjeneste eller ikke – men heller manglende visshet om at de har behov for hjelp, eller at innholdet i tjenesten ikke oppleves relevant. Dersom ungdom bare assosierer en psykisk helsetjeneste med det å sitte overfor en terapeut og ha dype samtaler om utfordrende ting i livet, så kan det muligens framstå som lite relevant for noen, kanskje spesielt guttene. I en psykisk helsetjeneste, som for eksempel ROP i aktuell kommune, jobber miljøterapeutene gjerne på ulikt vis med pasientene sine; de kan ha samtaler på samtalerom, kjøre tur, gå en tur i naturen eller de kan holde på med en aktivitet – kanskje spille kort, sjakk eller biljard mens de samtaler. Det er mange måter å tilnærme seg en pasient som sliter med psykiske vansker, og man jobber gjerne etter flere metoder. Et lavterskeltilbud for ungdom må vurdere om tjenesten er tilgjengelig nok, og at de får fram selve innholdet i tjenesten, slik at både jenter og gutter skal oppleve at dette er en helsetjeneste som kan hjelpe dem.

Man kan også reflektere rundt hvorvidt hvem som tar kontakt med en lavterskel helsetjeneste kan handle mer om personlighet eller andre individuelle forskjeller som er påvirket av ungdommens kultur og miljø, enn om kjønn? Som vi ser av utviklingspsykologiens teorier er det mange elementer som spiller inn. I hvilken «form» er ungdommen støpt; hvilke erfaringer har de med seg fra familie og oppvekst, hva har vært med å forme dem som menneske? Hvis man hadde dykket litt dypere inn i bakgrunnen til ungdommene som har henvendt seg til PHU, og årsaken til henvendelser – ville man funnet likheter og ulikheter uavhengig av kjønn? Det kunne vært spennende å undersøke dette nærmere ved en annen anledning.

7.3 Hjelp på ungdommens premisser

Som jeg skrev i kap. 4, er det lagt økende vekt på medvirkning de senere år. Er lovverket vi har i dag med på å hemme eller fremme mulighet for medvirkning for ungdom? Deltakerne i min undersøkelse brukte ikke selve begrepet medvirkning, men flere av svarene deres viste at de var opptatt av å selv kunne påvirke den tjenesten de skulle motta. De ønsket fleksibilitet i forhold til hyppighet av samtaler, og hvor og når de skulle foregå. De som hadde erfaring

med familiesamtale fikk en positiv opplevelse fordi samtalen ble gjennomført på deres premisser. Det å benytte seg av retten til å medvirke, handler også om at ungdom må ha kjennskap til at de faktisk har mulighet for å medvirke. Det å vise til paragrafer hjelper ikke, dersom den aktuelle tjenesten faktisk ikke tar seg tid til å sette ungdommene inn i hva medvirkning innebærer og gir dem en reel mulighet for å medvirke. En av deltakerne, G3, 21 år, ønsket muligheten til å ha samtaler på ettermiddagstid eller kvelden fordi det var da han følte seg mest komfortabel med å snakke om «dypere ting». PHU er foreløpig bare en tjeneste som tilbyr avtaler innenfor ROP sine kontortider som er mellom 08.00 og 15:30 på hverdager. Det PHU tilbyr på ettermiddagstid er mulighet for å komme innom på ungdommens helsestasjon mellom kl 16:00 – 18:00 annenhver onsdag. Det vil si at man har en viss fleksibilitet i forhold til at ungdommene kan velge tidspunkt selv, men bare innenfor enhetens rammer. Dersom det var en reell medvirkning tilpasset ungdommens behov, skulle man ikke da ha tilbydd avtaler også på ettermiddagstid? De fleste ungdom er på skolen hver dag, og kan ofte ha lange dager. Kanskje er det ikke helt ideelt å bare kunne dra til samtaler i en fritime eller rett etter skolen? Dersom helsetjenesten er et lavterskeltilbud som bare delvis er på ungdommens premisser, gjør det terskelen for å ta kontakt høyere? Hvis man reflekterer rundt dette i lys av tilgjengelighetsteorien (Schaffer og Huang, 1975), kan man kanskje si at for ungdom har aktuell kommune skapt en lavere terskel for å ta kontakt med enheten, og de har klart å minske køen for dem – men når ungdommen står i skranken opplever de noen begrensninger i den hjelpen de kan få.

Art. 12 i barnekonvensjon (1989) sier noe om at barn og unge sine synspunkter skal tas med når man utformer politiske programmer eller tiltak skal utarbeides. Får ungdom en reell innflytelse på hvordan det kommunale hjelpeapparatet organiseres og utformes? Når ROP skulle utvikle PHU fikk de mange innspill fra fokusgruppeintervjuet som ble foretatt av ungdomsrådet. Mange av disse innspillene ble tatt med både i forhold til promotering, synlighet og tilgjengelighet – men ikke alle. Blant annet gav de innspill om mulighet for drop inn timer, og åpningstid på ettermiddagen. Funnene fra undersøkelsen viste at deltakerne hadde fått kjapp respons på sine henvendelser, fra noen timer på svar via messenger og til en ukes tid for en avtale. Hadde PHU kunne nådd ut til flere ungdom dersom de faktisk tok fokusgruppens innspill til etterretning og prøvde ut andre åpningstider for PHU? Mental helse ungdom skriver om reell medvirkning i betydning at det skal foreligge reell påvirkningskraft overfor alle offentlige tjenester. Vil man klare å få dette til, eller er det slik at reell påvirkningskraft må vike for hensyn til kommuneøkonomi og driften ved enheten?

Kanskje må kommunene øke kapasiteten og budsjettet sitt for å kunne tilby en lavterskeltjeneste for ungdom på deres premisser, eventuelt foreta kutt på andre områder – noe man vet kan være svært vanskelig å få til i en allerede presset kommuneøkonomi. I aktuell kommune kunne man kanskje vurdert å gå i dialog med ungdomsrådet på nytt, og sammen synliggjøre behovene overfor kommunepolitikere. I alle fall bør man la ungdom bidra med evaluering av helsetjenester for dem, via jevnlig brukerundersøkelser. Da kan kommunen følge med på brukertilfredsheten og bruke disse i den videre utviklingen av tjenesten. Per i dag har ikke ROP i aktuell kommune et feedback system der de som benytter seg av PHU kan gi tilbakemeldinger på hvordan de opplever tjenesten. Inntil dette foreligger er det vanskelig å se at ungdom skal kunne ha en reel påvirkning på tjenesten dersom en kvalitetsvurdering, og eventuell videreutvikling, bare skal basere seg på at ROP foretar en selvevaluering.

Jeg har valgt å ta med noen betraktninger rundt hvordan man kan se medvirkning opp mot pakkeforløpet for psykisk helse for barn og unge, da jeg ser noen likheter i funnene fra min studie og de innspillene ungdommene kom med om pakkeforløpet på samhandlingskonferansen til Nordland sykehus (Rønning, 2019a). De var redd for at pakkeforløpet skulle gjøre at man må se helheten og de individuelle forskjellene. Som hun sa, jenta fra Nordland; *«Alle skal ikke behandles likt. Trygghet er sentralt i behandlingen av meg, og du, som behandler, skal se hele meg.»*

Kan pakkeforløpet i verste fall gjøre at man blir for opptatt av å plassere ungdommen i kategorier og diagnoser, for så å gi dem samme behandling alle sammen? Ungdommene ønsket at de fortsatt skulle bli sett for den de var, og at de skulle ha mulighet for å påvirke behandlingen de skulle få. Det at pakkeforløpet skal sikre mer lik behandling kan ha både positive og negative sider. Det vil gi pasientene like rettigheter uansett hvor i landet de bor – noe som kan være positivt. Samtidig kan man spørre seg om det er praktisk mulig å få til, med tanke på geografiske forhold. Noen ungdom bruker 10 minutter på trikken for å komme på BUP, andre, som i aktuell kommune, kan ungdom risikere å bruke en hel dag på reise. Som noen av mine deltakere sa, så ble det krevende å ha oppfølging fra BUP på grunn av dette, og noen ganger droppet de bare timen. Dersom man med pakkeforløpet også risikerer et mindre helhetlig syn på pasienten, og mer diagnosefokus framfor det helhetlige mennesket, så kan det også bli en negativ konsekvens. Spesielt dersom dette betyr at pasientene faktisk får mindre reell medvirkning på sine behandlingsforløp.

Mental helse ungdom (2019) er opptatt av at medvirkning på tjenestenivå er grunnleggende for utvikling av gode og hensiktsmessige tjenester for ungdom da det er de som skal benytte seg av tjenesten. Det er mange hensyn som skal tas når man vurderer på hvilken måte ungdom skal medvirke til utforming av et tjenestetilbud. Dersom vi faktisk ønsker å nå ut til ungdom med våre kommunale helsetjenester, så bør vi kanskje lytte mer til dem og gi dem reell medvirkning også når det gjelder tiltak som har økonomiske konsekvenser for kommunen? Vi vet at tidlig innsats og forebyggende tjenester medvirker til store økonomiske innsparinger for samfunnet, i så måte er det viktig å ha tjenester ungdom faktisk benytter da det kan gi innsparinger på lang sikt, selv om det kan bety noen økte utgifter for kommunen å drifte dette. For å ikke snakke om de menneskelige besparelsene i forhold til økt livskvalitet.

Fokusgruppene til ROP var opptatt av at en psykisk hjelpetjeneste for ungdom måtte utarbeides på ungdommens premisser, og kom med flere gode innspill til hva dette kunne innebære. Flere av utsagnene fra deltakerne i denne studien handlet også om det å ta hensyn til deres premisser, både i forhold til generell utvikling av tjenesten og individuell tilrettelegging ut fra deres behov når de først hadde tatt kontakt. Det å være med på å bestemme hyppighet på avtalene, «formen» på familiesamtalen og hvordan de tok kontakt var viktig for dem. De uttalte også at det som passer for den ene, passer kanskje ikke like godt for den andre, og at det derfor er fint om en slik tjeneste kan tilrettelegges individuelt.

Dersom man ved en lavterskel helsetjeneste for ungdom kun tilbyr avtaler innenfor enhetens ordinære åpningstid er det fortsatt ungdom som må tilpasse seg tilbudet – ikke at tilbudet er tilpasset dem, men mer enhetens kapasitet og økonomiske rammer. Man kan tenke seg at det er større kostnader knyttet til det å ha personell på jobb på ettermiddag og/eller kveld, og kanskje kan dette være årsaken til at tilbud blir satt inn i enhetens allerede eksisterende rammer. Det krever kanskje også mer av personalet å jobbe på mer ukurante tider av døgnet.

7.4 Samfunnsforhold

I boken «Sinn-kropp-samfunn» redegjør Skårderund et al. (2018) for hvordan synet på psykiske helse generelt, og psykiske lidelser spesielt, har endret seg i takt med samfunnsutviklingen. Ny kunnskapsutvikling, og samfunnsmessige og kulturelle endringer er

med på å farge både de psykiske lidelsenes symptomuttrykk, forekomst av disse – samt samfunnet syn på disse og mulige behandlingsalternativer - men er utvikling til det bedre? Samfunnsdebatten har i perioder handlet om at man snakker for mye om psykisk helse, og ved dette er med på å sykeliggjøre det som er normalt. Det har vært diskusjoner om hvorvidt ungdomsundersøkelsene gir et sannhetsbilde av ungdommens psykiske helse, eller hvorvidt den er med på å produsere et negativt helsebilde basert på en terminologi fra diagnostiske manualer (Schille-Rognmo, 2017). Det foregår også jevnlig debatter i ulike medier, der man mener at når unge «influencere» og bloggere skriver om angst og depresjoner, skaper de en «smitteeffekt», eller i alle fall påvirker i negativ retning. Noen mener at dette kan bidra til å bagatellisere psykiske lidelser da «alt» av psykiske plager og vanlig ungdomsproblematikk blir definert som psykiske lidelser (Strand Askeland, 2020).

Mange ungdom følger forskjellige bloggere og influencere via sosiale medier, og kan nok også identifisere seg med noen av dem. Ungdom er i søken etter sin egen identitet og noen å se opp til og å ha som rollemodell i en løsrivningsfase fra foreldrene. Er det ikke da bare positivt at de ser at også personer som ellers framstår som perfekte i sosiale medier også kan vise sårbarhet og at det er greit å be om hjelp? Som en av deltakerne i undersøkelsen sa, J3, 19 år: hva så om noen som er friske tar kontakt med helsetjenesten?! Hun mente at det måtte da være bedre å snakke åpent om psykisk helse, gå bredt ut, og kanskje få inn flere som egentlig bare trenger en bekreftelse på at det de opplever er helt normalt for en ungdom – enn at vi glipper noen som faktisk trenger hjelp. Hun har kanskje et poeng her?

Fagfolk i feltet er kanskje ikke flinke nok på å møte ungdommen nettopp der de «er» og ta hensyn til hva det er de har med seg av erfaringer, og hvordan forståelse de har av seg selv og verden. Er vi nysgjerrige nok i møte med ungdommen, eller er vi mest på let etter symptomer som kan bekrefte eller avkrefte en eventuell lidelse? Nettopp det å få en bekreftelse på at du er en helt normal ungdom, og en forklaring på de prosessene som foregår i kroppen og i hjernen som en naturlig del av utviklingen, kan føles som en lettelse. Hvis de går og bekymrer seg for om det er noe galt med dem, så kan disse bekymringene i seg selv være ille nok med tanke på det å ha så mange sterke følelser i kombinasjon med at evnen til å håndtere disse følelsene ikke er tilstrekkelig utviklet ennå.

Samtidig viste funnene at deltakerne slet lenge før de faktisk oppsøkte hjelp. Dette kan vitne om at de henvendelsene man får faktisk er reelle nok, da mange kanskje venter helt til de er på «bristepunktet» før de tar kontakt med en hjelpetjeneste. Med bakgrunn i dette ser man også

klare fordeler med at et psykisk helsetjeneste for ungdom operere med kort ventetid for å få komme inn til første samtale.

ROP sitt lavterskeltilbud om psykisk helsetjeneste for ungdom har som formål å være et forebyggende tiltak med fokus på tidlig innsats med tanke på utvikling av psykiske lidelser. En lavterskeltjeneste er per. definisjon noe annet enn en ordinær tjeneste som krever vedtak fattet etter gjeldende lovverk. Er det da riktig å bruke begrepet «pasient» om ungdom som oppsøker eller tar imot en helsetjeneste som er definert som et lavterskeltilbud? Gjør bruken av pasient begrepet at ROP bidrar til å sykeliggjøre ungdommen? Som jeg redegjør for i kap. 2, punkt 2.1, så er en pasient en person som mottar helsehjelp som innebærer handlinger som har forebyggende, diagnostisk, behandlende, helsebevarende, rehabiliterende eller pleie- og omsorgsformål, og som er utført av helsepersonell (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999 § 1-3 c.). Ut fra dette omfatter lovverket også lavterskeltilbud som PHU, og i aktuell kommune har man definert tjenesten som helsehjelp etter dette lovverket.

Under intervjuene jeg foretok, brukte jeg aldri begrepet «pasient». Jeg ser i etterkant at det kunne ha vært interessant å få deltakernes refleksjoner rundt begrepet. Ville de ha følt at de ble stigmatisert eller sykeliggjort dersom jeg brukte benevnelsen pasient overfor dem? Kanskje hadde de opplevd det slik, men det kan også være at de ikke hadde tenkt noe videre over det da dette begrepet sannsynligvis mye mer kjent og vanlig for ungdom enn begrepet «bruker» da de kjenner til pasientbegrepet i forbindelse med legetjenester.

Ole Jacob Madsen ved Psykologisk institutt i Oslo uttalte under seminaret «Psykt eller normalt» regi av Forskningsdagene 2018 at selv om psykiske plager ikke er det samme som psykiske lidelser, så må vi ta på alvor at mange unge opplever psykisk stress i dag, og vi må se det i sammenheng med samfunnsutviklingen (Jære, 2018).

Som jeg skrev om i kapittel 3 så blir ungdom i dag definert som generasjon prestasjon av flere fagfolk, men Madsen er kritisk til denne betegnelsen. Han uttalte at det er de minst ressurssterke og de som gjør det dårligst på skolen som sliter mest med psykiske lidelser, og at dette med generasjon prestasjon er et elitefenomen der ressurssterke folk setter agendaen (Jære, 2018). Men er det mer press på ungdom i dag enn tidligere? Og er det dette som fører til en økning av ungdom med psykiske helseplager, eller kan det være andre ting? I følge Madsen er kjennetegnet for vår tid er at vi har begynt å registrere helseplager, og at ingen generasjon har blitt møtt med lignende oppmerksomhet på hvordan de har det som ungdom som vokser opp i dag (Jære, 2018). Hvis Madsen sine påstander stemmer, er det en negativ

eller positiv utvikling? Bevissthet rundt psykisk helse, og hvordan den påvirker menneskets livskvalitet har økt de senere årene i alle fall når vi ser på regjeringens satsingsområder. Både dette, og undersøkelser som Ungdata og HEVAS kan ha påvirket hvordan ungdom til å bli mer oppmerksom på sin egen psykiske helse.

Fordelen med kombinasjonen av økt bevissthet på hvordan den psykiske helsen påvirker menneskets livskvalitet og økt fokus på ungdom og psykisk helse, er at vi har større mulighet for å utvikle treffende tiltak for å forebygge utviklingen av psykiske lidelser. I kap. 3 viser jeg til at vi har mye kunnskap om hva som gjør at mennesker utvikler psykiske lidelser, risikofaktorer og hvilke diagnoser som opptrer hyppigst blant befolkningen. Samtidig som vi forsker for lite på hva som fremmer god psykisk helse blant ungdom, og hvilke tiltak som kan bidra til å forebygge utvikling av psykiske lidelser. Med dette som utgangspunkt er kanskje etablering av lavterskel psykiske helsetjenester en av de tiltakene som kan imøtekomme disse behovene? Som en av deltakerne (J3, 19 år) i undersøkelsen uttalte: *«...det er jo bedre at noen som faktisk er frisk som tar kontakt enn at man «mister» det å få inn de som faktisk er syke...det bør i alle fall ikke ha noe å si for hvilket tilbud man skal ha for barn og unge»*. Hun så ikke på det som noe fare for overfokusering på psykisk helse hos ungdom ved at man har lavterskeltilbud hvor man kan snakke om både store og små problemer, så lenge det kunne bidra til at man i alle fall klarer å fange opp noen av de ungdommene som virkelig sliter. Så fikk man heller «sile ut» underveis de som egentlig ikke hadde behov for psykisk helsehjelp.

I artikkelen «Utenfor rekkevidde» (Idsøe m.fl., 2018) viser de til at det norske helsevesenet hovedsakelig jobber ut fra en hjelpesøkningsmodell som tilsier at den som ønsker hjelp først må erkjenne et problem, for siden aktivt søke hjelp for dette. Dette er gjenkjennbart innenfor tilgjengelighetsteorien. I artikkelen stiller de spørsmål ved hvorvidt denne modellen er til hinder for at ungdom søker kontakt, da den kan være mer tilpasset voksne som kan ha bedre forutsetning enn ungdom både til å erkjenne egne vansker, og også til å vite hvor de skal søke hjelp. Her ønsker jeg også å trekke fram uttalelsen til J3, 19 år, da hennes perspektiv på lavterskel er at den er så lav at hvem som helst kan ta kontakt – ikke bare de som føler seg veldig syke. ROP presenterer PHU som en tjeneste der ungdommen kan komme med det de har på hjertet, om det er kjærlighets sorg, «tankekaos» eller at du føler deg trist eller krangler med foreldrene dine. Selv om ROP muligens ikke har et bevisst forhold til det, så er dette med på å bygge ned de trinnene man finner beskrevet i tilgjengelighetsteorien i kap. 4. Du skal ikke trenge å føle at du er veldig psykisk syk for å be om hjelp (ingen problemer for små eller

for store), du skal ikke trenge å lete rundt etter et tilbud (PHU driver oppsøkende virksomhet og du trenger verken henvisning eller å fylle ut søknadsskjema), og det er ingen ventetid for å komme inn til en samtale (inne tre dager fra du tar kontakt). Dette til forskjell fra ordinære hjelpetjenester både kommunalt og innenfor spesialisthelsetjenesten, der de som ønsker hjelp må gjennom et mye mer omfattende system og ofte må påregne lang ventetid før de får komme inn til behandling.

Deltakerne i undersøkelsen var også opptatt av normalisering. De ønsket PHU skulle fortsette å komme på skolen og fortelle om tjenesten og å snakke om psykisk helse generelt. De ønsket å få en bekreftelse på at flere ungdom kan ha tunge tanker og følelser, slik at de ikke føler seg så alene om det. De var også opptatt av at det å tørre å snakke mer om psykisk helse, vil føre til at flere oppsøker hjelp på et tidligere tidspunkt. Sett opp mot det jeg skrev om utviklingspsykologi i kap.4, så er ungdomstiden full av usikkerhet og forandringer, og de sammenligner seg med jevnaldrende og leter etter sin plass i familien, i venneflokk, på skolen, og i fritiden. Kanskje trenger noen bare en bekreftelse på at det å være litt forvirret, kjenne på sterke følelser, og å ha humørsvingningen er noe som ofte hører ungdomstiden til fordi det er sånn de utvikler seg? Samtidig så kan det være godt for selvfølelsen å få en bekreftelse på at mange ungdom synes ungdomstiden er vanskelig, og at man kan føle på både angst- og depresjonssymptomer i denne tiden uten at man nødvendigvis er psykisk syk. Det at ungdom som oppsøker PHU får snakke om det normale rundt det å være ungdom, kan muligens fjerne en del bekymringstanker som gjør hverdagen lettere og som på den måten øker ungdommens livskvalitet. Det kan kanskje også bidra til at ungdom oppsøker hjelp på et tidligere tidspunkt, før vanskene vokser seg store. Blant hovedfunnene i min undersøkelse var at ungdom ikke følte at de var «syk nok» til å be om hjelp. De ventet til de følte at de ikke klarte å bære alt alene lenger, og nærmest var på «bristepunktet». Dette kan handle om flere ting: de opplever stigma rundt psykiske plager og vil ikke erkjenne at de har det, de er redd for å bli stemplet som psykisk syk, eller de føler skam rundt det å be om hjelp. Dette er gjenkjennbart i funn beskrevet i artikkelen «Utenfor rekkevidde» der de beskrev at manglende forståelse og innsikt i egne problemer kunne være årsaken til manglende hjelpesøking (Idsøe et al., 2018) Ved å øke fokuset på ungdom og psykisk helse, samtidig som man fremmer en lavterskel helsetjeneste for ungdom som en tjeneste som er åpen for både små og store problemer, kan forhåpentlig terskelen for å ta kontakt bli så lav at ungdommen ikke tenker så mye rundt hvorvidt de er «syk nok» til å be om hjelp.

7.5 Sosiale medier og nettbaserte tjenester

I kap. 3 beskriver jeg hvordan en undersøkelse utført av SINTEF (Lassemo et al., 2019) viser at mange ungdom stiller spørsmål om psykisk helse til ung.no. Jeg skriver også om hvordan NRK1 (Molan og Solvang, 2019) jobbet fra innsiden av et hemmelig nettverk på Instagram, der norske jenter skrev om selvmord og delte bilder av selvsykdom. På bakgrunn av dette stilte jeg deltakerne i undersøkelsen min spørsmål om hvorvidt de hadde oppsøkt sosiale medier eller nettbaserte hjelpetjenester. Funnene viste ingen utbredelse av dette, og flere av deltakerne uttalte at de ønsket hjelp via samtaler med noen de kunne møte fysisk. De var opptatt av at de ville snakke med «ekte mennesker» og ikke en ukjent person bak en nettside via chat eller telefon. Er dette spesielt for mine deltakere i forhold til ungdom generelt? Er ikke bruk av sosiale medier til slike formål så utbredt som man tror, eller er det i særskilte ungdomsmiljø det benyttes mer, for eksempel knyttet til geografiske forhold? I innsiktsarbeidet fra SINTEF (Lassemo et al., 2019) framkommer det ikke om man registrerer henvendelser til ung.no fra hvor i landet ungdommene henvender seg fra – det kunne vært interessant å se om det er noe forskjell på antall henvendelser fra ungdom i urbane og rurale strøk, og fra sør kontra nord i landet.

Det utvikles stadig nye nettbaserte hjelpetjenester; apper, Snapchat kontoer, hjelpesider som ung.no, sidemedord.no, SnakkOmPsyken.no osv. Bare ved å google «hjelpetjenester på nett for ungdom» så dukker det opp utallige alternativer. Kan denne utviklingen påvirke forekomsten av henvendelser fra ungdom til det kommunale tjenesteapparatet? På den ene siden kan det være slik at ungdom som ellers ikke ville ha bedt om hjelp, faktisk gjør det fordi de først har tatt kontakt med ung.no eller har vært i kontakt med noen andre som sliter med lignende ting på en Instagram side. Kanskje blir de oppfordret av noen til å ta kontakt med en fysisk hjelpetjeneste der de bor? På den andre siden vet vi ikke hvilke råd de får, for eksempel når de følger lignende Instagram kontoer som den NRK1 undersøkte nærmere.

Hva kan være årsaker til at ungdom tar kontakt med hjelpetjenester på nett? Handler det om at terskelen for å ta kontakt med disse, er lavere enn det å oppsøke en kommunal tjeneste? Det som kan bidra til at terskelen oppleves som lavere er at ungdommen kan være anonym; de trenger ikke å være redd for at noen skal se at de går inn for å snakke med en psykisk

helsetjeneste, og de trenger heller ikke være redd for å møte på den de har snakket med i andre situasjoner. De kan ta kontakt på nett når som helst på døgnet, og tjenesten er gratis.

Kan sosiale medier bidra til at terskelen til å ta kontakt med den kommunale helsetjenesten blir lavere? I følge fokusgruppene, og funnene i min undersøkelse, så kan terskelen bli lavere fordi ungdom er vant med å bruke disse kanalene. Fokusgruppene var opptatt av at PHU måtte gjøre seg synlig på sosiale medier som ungdom benyttet seg av, og deltakerne mine mente at det å kunne ta kontakt via sosial medier var viktig. Men hvor stor betydning har promotering av en kommunal hjelpetjeneste på sosiale medier, kontra betydningen av at man driver oppsøkende virksomhet med tjenesten ut på ungdommens arena? Flere av deltakerne i min undersøkelse hadde fått informasjon om PHU via informasjon på skolen, Ungdommens helsestasjon og på kulturskolen. G1, 16 år, svarte at besøket på skolen var hovedgrunnen til at han tok kontakt. J3, 19 år, reflekterte rundt nettbaserte tjenester kontra kommunale tjenester, og konkluderte med at tjenestene hadde sine formål på hver sine vis – men at hjelpetjenestene på nett må være spesifikke på hvor ungdom kan få hjelp lokalt dersom de trenger det. Det hadde vært interessant å se hvor mange av de ungdommene som henvendte seg til sider som ung.no og ble oppfordret til å kontakte lokale hjelpetjenester, som faktisk fulgte oppfordringen. På den ene siden kan en slik oppfordring, være det lille dyttet som en ungdom trenger for å oppsøke lege eller andre helsetjenester, noe som er positivt. På den andre siden kan også en slik oppfordring føre til at en allerede nedbrutt ungdom føler seg enda mer nedbrutt fordi han faktisk ikke klarer å følge oppfordringen.

Man kan driste seg til å stille spørsmål ved hvorvidt man i dag legger for mye vekt på, og har for stor tiltro til, nettbaserte hjelpetjenester? Dette med bakgrunn i deltakernes fokus på tryggheten ved det å kunne snakke ansikt til ansikt med ekte mennesker når de trengte hjelp. Er fokuset på hjelpetjenester på feil vei når det stadig utvikles hjelpesider på nett, chattjenester, gratis hjelpetelefoner, apper til smarttelefoner der du kan få behandling mot depresjon og angst m.m.? Det kan være en fare for at dette blir en «hvilepute» for kommunene på en slik måte at de unnlater å være kreative og å bruke penger og kapasitet på å utvikle de faktiske hjelpetjenestene i kommunene. Det kan også være en fare for at man søker å erstatte menneskelig kontakt og den grunnleggende terapeutiske samtalen med elektroniske selvhjelpstjenester. Spørsmålet er hva dette kan føre til av resultat; til det bedre, verre eller like resultater som ved tradisjonell behandling? Funnene i min undersøkelse viser at deltakerne var opptatt av det fysiske møte med et voksent og trygt menneske. Nettopp

samtalen med en voksen som de følte forstod dem og tok dem på alvor, var det de fremmet som positivt med PHU. I den usikre ungdomstiden kan de trenge noen stabile voksne personer rundt seg (Stern, 2000). Når man benytter seg av elektroniske hjelpetjenester og det fysiske nærværet ikke er der, er det en egen dimensjon ved behandlingen som forsvinner.

I følge utviklingspsykologien er mennesket fra fødsel av opptatt av samspill og relasjoner, og det er i relasjon til andre mennesker at ungdom også lærer om seg selv (Bowbly, 1988). Det å sette ord på det som er vanskelig, i samtale med et ekte menneske, er vanskelig å erstatte med en chattetjeneste da en samtale er mer enn de ordene som uttales. Dialogen blir ikke den samme når personene ikke kan se hverandre, også fordi relasjoner skaper tillit, og tillit er en vesentlig del av det å bli trygg på at den andre vil deg vel og faktisk bryr seg om deg. Som en av ungdommene fra Nordland sa (Rønning, 2019a) uttalte: *...Det viktigste for meg er et smil. En som husker navnet mitt og er ydmyk. En som utfordrer meg, er ærlig og hjelper meg.*» Det er denne dimensjonen vi kan miste når man skal få hjelp via en app eller en chat.

Fokusgruppene var også opptatt av den menneskelige dimensjonen når PHU skulle utvikles da de ønsket at de skulle vise ansikt, ta initiativ og vise at de bryr seg. Dette var også årsaken til at ROP tok initiativ overfor skolene og inviterte PHU inn i klassene på ungdomstrinnet og videregående skole, og for at de samarbeider med Ungdommens helsestasjon og stiller opp der hver fjortende dag.

7.6 Evaluering av PHU

Når jeg fikk en avtale med aktuell kommune om å benytte meg av ROP og PHU til å utføre undersøkelsen til denne oppgaven, var det også fordi de så en mulighet til å få foretatt en bred evaluering av PHU, og anså oppgaven som et bidrag til kvalitetssikring av et kommunalt helsetilbud for ungdom. De ønsker å få en tilbakemelding på hvorvidt PHU framstår som en god måte å jobbe på opp mot målgruppen ungdom 13 til 25 år, både ut fra hva kunnskapsstatus og teori sier, men aller mest ut fra funn fra deltakerne. Dersom det vurderes at PHU fungerer bra for ungdom, vil man sette ordningen inn i ordinær drift eventuelt slik den framstår i dag eller med noen justeringer.

I 2019 hadde ROP hatt ansvar for barn og unge i 3 år, og de hadde 10 pasienter i kategorien barn og unge før PHU ble etablert. De opplevde liten pågang fra ungdom selv, og undret seg over dette da ungdomsundersøkelsen viste en økning av ungdom med psykiske plager. I løpet

av tiden PHU har vært i drift, har ROP mottatt 27 henvendelser fra ungdom. Henvendelsene har både vært fra ungdom selv, fra foreldre og fra andre tjenester. Dette viser at PHU har lyktes i å nå ut bredt med informasjon om tilbudet, slik at andre også kan veilede ungdom inn i tjenesten. Den hjelpesøkningsmodellen som ROP har i dag for befolkningen generelt, er via et søknadsskjema på nett eller at pasienter blir henvist via lege eller spesialisthelsetjenesten. Dette kan skape for høye terskler for ungdom til at de tar kontakt; de ønsker ikke de barrierene som tilgjengelighetsteorien beskriver som terskel, kø, skranke. De vil ha mange inngangsveier til tjenesten, de vil at det skal gå fort, og de vil møtes fysisk. PHU har i stor grad klart å imøtekomme disse ønskene. Det de kanskje ikke har lyktes like godt med, er å nå ut til ungdom mellom 20 -25 år, som kanskje er mer i kategorien «unge voksne». Her bør ROP vurdere å promotere tjenesten på arena som kan treffe denne aldersgruppen bedre, for eksempel kan NAV være en nyttig samarbeidspartner i så måte.

Deltakerne i undersøkelsen var opptatt av at den oppsøkende virksomheten var med på å få ned terskelen, så ROP bør ha som rutine at de skal innom alle ungdomsskolene og klassene i videregående skole hvert år for å vise ansikt og promotere PHU slik at tjenesten ikke går i glemmeboken. Det er bra at PHU er tilstede på Facebook og at ungdom kan ta kontakt via messenger, men som man så av funnene i undersøkelsen så er det ikke der størsteparten av henvendelsene kommer. Det bør likevel fortsatt være mulighet for det framover i kombinasjon med de andre valgmuligheter for kontakt.

Er PHU en tjeneste som er etablert på ungdommens premisser? På bakgrunn av funnene i min undersøkelse, og fokusgruppene som gav innspill under utvikling av tjenesten, så oppfyller tjenesten dette delvis. Det mine deltakere var opptatt av var tilgjengelighet i bred forstand, oppsøkende virksomhet og synlighet, fleksibilitet og kontinuitet. De var også opptatt av det å treffe ekte mennesker, og at tilbudet var gratis og uten lang ventetid. Det som ennå mangler er at ROP kan imøtekomme ungdommens ønsker om å kunne ha samtaler også utenfor den ordinære åpningstiden til ROP som er mellom 08:30 og 15:30.

På bakgrunn av funnene i denne studien kan se ut som om PHU har imøtekommet et behov som har vært tilstede for ungdommen i aktuell kommune, men der det tidligere ikke har eksistert andre tiltak. For å kvalitetssikre tjenesten bør kommunen innføre et feedback system der ungdom kan gi en direkte tilbakemelding til kommunen etter å ha benyttet seg av tjenesten. På denne måten kan kommunen jevnlig foreta evaluering av tjenesten, og vurdere og justere tjenesten ut fra feedback. Jeg vil også anbefale kommunen å vurdere hvorvidt man

kan imøtekomme fokusgruppas, og deltakernes, ønske om drop in og timer på ettermiddagstid, da det framstår som et ønske fra flere. Kanskje kan man nå ut til enda flere ungdom dersom for eksempel frykt for skolefravær er en årsak til at de ikke tar kontakt. PHU har ikke vært i drift lenge nok til at man kan undersøke nærmere en eventuell langtidsvirkning av tiltaket; går henvisningene til spesialisthelsetjenesten opp eller ned, går tallene på ungdom som tar selvmord ned, har kommunen færre drop outs fra videregående, får ROP færre voksne pasienter fordi de har fått hjelp i ungdomstiden? Disse og flere spørsmål vil man kanskje kunne si mer om etter at tjenesten har vært i drift over lengre tid.

Kap. 8 Avslutning og oppsummering

I denne masteroppgaven har jeg forsøkt å belyse følgende problemstilling:

Hva skal til for at ungdom skal oppleve kommunal psykisk helsehjelp som et lavterskeltilbud?

Helse- og omsorgsdepartementets (2017) definisjon av et lavterskeltilbud er at pasientene ikke trenger henvisning eller timebestilling for å oppsøke tjenesten, tjenesten skal være gratis og det må oppleves å være lav terskel for å oppsøke tjenesten. Hvorvidt en «opplever» terskelen som lav kan være vanskelig å konkludere med da dette kan være individuelt betinget. Slik det framstår i funnene i denne studien, betyr lavterskel for ungdommen at tjenesten er tilgjengelig i bred forstand; at man har bred kontaktmulighet og flere direkte veier inn i tjenesten, at den er synlig og promotert på flere arena, at den er der ungdom faktisk bor og at den er gratis.

Ungdom ønsker muligheten for å ta kontakt på en måte som er kjent for dem, det vil si gjennom meldinger på Facebook eller sms, men også e-post. Den måten voksne er vant med å ta kontakt, via å ringe, eller fylle ut et søknadskjema, er metoder som kan oppleves som fremmed for ungdom. Men, selv om deltakerne i studien var opptatt av sosiale medier både for promotering og kontakt, var det mest gjennomgående svaret fra deltakerne i undersøkelsen at de ønsket fysiske samtaler med en trygg voksen, og de ønsket å få samtalen kjapt etter at de tok kontakt med tjenesten. Flere av deltakerne ventet lenge med å søke hjelp – derfor var det viktig for dem å faktisk bli hørt og tatt på alvor når de først trår over den terskelen. Dette bekreftes både i min undersøkelse, men også i det som er beskrevet i kunnskapsstatus og teori.

Et optimalt lavterskeltilbud for ungdom skal ikke bare være tilgjengelig på et sted og til en tid som passer ungdommen, men skal også ha et godt og troverdig innhold. Det framstår derfor

som en viktig faktoren at tjenesten promoteres ved å oppsøke arena der ungdom oppholder seg. Det å få informasjon om tjenesten, samtidig som man informerer om psykisk helse generelt, virker å gjøre dem tryggere på at dette er en nyttig tjeneste.

Kommunene må kanskje ta noe lærdom av måten hjelpetjenestene på nett fungerer; gi ungdom helsetjenester med inngangsporter som har en like lav terskel som det å sende inn et spørsmål på nett eller ta kontakt via chat. Ungdom søker nødvendigvis ikke på kommunens hjemmeside etter informasjon, derfor er informasjon på sosiale medier kombinert med å promotere tjenesten fysisk viktig. At de fleste henvendelser til tjenesten som var gjenstand for min undersøkelse likevel kom via andre tjenester eller foreldre, kan være et signal om at det å informere om tjenesten overfor foreldre og samarbeidspartnere er vel så viktig som det å nå ut direkte til ungdommene. Spesielt foreldre og ansatte i skolen kan være viktige bidragsytere i det å løse ungdommen inn i en psykisk helsetjeneste dersom de ikke finner veien inn selv.

Gjennomgangen av forskning på feltet ungdom og psykisk helse viser at der er kunnskapshull knyttet til virksomme tiltak som fremmer god psykisk helse. Samtidig er det store langsiktige besparelser både økonomisk og menneskelig i det å sette inn tiltak så tidlig som mulig, med tanke på å forebygge psykiske lidelser. I så måte håper jeg at kunnskapen fra denne studien kan bidra for tjenesteutvikling både i aktuell kommune og i andre kommuner i Norge, slik at vi forhåpentligvis kan se en bedring i ungdommers selvrapporterte psykiske helse i kommende ungdataundersøkelser og i annen forskning.

Avslutningsvis kan jeg konkludere med at jeg gjennom det å benytte deltakere som faktisk har egen erfaring med bruk av en lavterskel psykisk helsetjeneste for ungdom, og se funnene opp mot kunnskapsstatus og teori, har ført til at jeg har kunne belyse problemstillingen fra flere perspektiv. Det er viktig å ta i betraktning at det i denne studien var forholdsvis få deltakere, noe som kan ha påvirket resultatet av undersøkelsen. Samtidig bestod utvalget av deltakere i ulik alder, kjønn og erfaring, slik at bredden av ungdom likevel er ivaretatt.

Implikasjoner fra denne studien viser at det ved utvikling og etablering av lavterskel psykiske helsetjenester for ungdom, kan være en fordel å aktivt bruke innspill fra ungdom selv, og la de bruke sin medbestemmelse både på individ-, tjeneste-, system- og samfunnsnivå. Dette for å sikre at tjenestene faktisk treffer målgruppen på en slik måte at de både har mulighet for, og ønske om, å benytte seg av tjenesten.

Litteraturliste

- Andrade, L.H., Alonso, J., Mneimneh, Z., Wells, J., Al-Hamzawi, A., Borges, G., De Graaf, R. (2014). *Barriers to mental health treatment: Results from the WHO World Mental Health surveys*. *Psychological medicine*, 44(6), 1303-1317.
doi:<https://doi.org/10.1017/S0033291713001943>
- Bakken, A. (2017). *Ungdata 2017: Nasjonale resultater*. (NOVA Rapport 10/2017). Hentet fra <http://www.hioa.no/Om-HiOA/Senter-for-velferds-og-arbeidslivsforskning/NOVA/Publikasjoner/Rapporter/2016/Ungdata-2016.-Nasjonale-resultater>
- Bakken, A. (2019). *UngData 2019: Nasjonale resultater*. (NOVA Rapport 9/2019). Hentet fra <http://www.forebygging.no/Global/Ungdata-2019-Nettversjon.pdf>
- Bakken, A., Frøyland, L. R., & Sletten, A. M. (2016). *Sosiale forskjeller i unges liv. Hva sier Ungdata-undersøkelsene?* (NOVA rapport 3/2016). Hentet fra <http://www.hioa.no/Om-HiOA/Senter-for-velferds-og-arbeidslivsforskning/NOVA/Publikasjoner/Rapporter/2016/Sosiale-forskjeller-i-unges-liv>
- Bowlby, J. (1969). *Attachment and loss, Vol 1. Attachment*. London: Hogarth Press.
- Bowlby, J. (1988). Developmental psychiatry comes of age. I Bowlby, J. *A secure base – Parent Child Attachment and healthy human development* (s. 158-197). London: Routledge.
- Braun, V. og Clarke, V., (2006). *Using thematic analysis in psychology*. University of Auckland and University of the West of England. (2006) Edward A. (Red.) Ltd 10.1191/1478088706qp063oa
- Broberg, A., Almqvist, K., og Tjus, T. (2006). *Klinisk barnpsykologi. Utvikling på avveie*. Fagbokforlaget A/S, Bergen.
- Erikson, E. H. (1974). *Barndommen og samfunnet*. Gyldendal Akademisk, Oslo.
- Falch, T. og Nyhus, O.H. (2009). *Frafall fra videregående skole og arbeidsmarkedstilknytning for unge voksne*. SØF-Rapport nr. 07/2009. Senter for økonomisk forskning i Trondheim. Hentet fra http://folk.ntnu.no/torbergf/nettsider/Paper/SOF%20R_07_09.pdf

- FNs barnekonvensjon (1989). FNs konvensjon om barnets rettigheter. Revidert oversettelse mars 2003 med tilleggsprotokoller. Hentet fra https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/kilde/bfd/bro/2004/0004/ddd/pdfv/178931-fns_barnekonvensjon.pdf
- FN Konvensjonen om barnets rettigheter (2009). KOMITEEN FOR BARNETS RETTIGHETER; Komiteens femtiførste sesjon Genève, 25. mai - 12. juni 2009. Generell kommentar nr. 12 (2009). Barnets rett til å bli hørt. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/bld/barnets-rettigheter/generell-kommentar-12.pdf>
- Folkehelseinstituttet (2018). *Psykisk helse i Norge, 2018*. (Oppdatert versjon 28.02.18). Redaksjon: Reneflot, A., Aarø L.E., Aase, H., Reichborn-Kjennerud, T., Tambs, K., Øverland, S. Hentet fra <https://www.fhi.no/publ/2018/psykisk-helse-i-norge/>
- Gulbrandsen, L.M., red.(2017). *Oppvekst og psykologisk utvikling; innføring i psykologiske perspektiver* (2. utg.). Universitetsforlaget, Oslo.
- Hartberg, S. og Hegna, K. (2014). *Hør på meg. Ungdomsundersøkelsen i Stavanger 2013*. NOVA-rapport 2/2014. Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring.
- Helland, M.J. og Mathisen, K.S. (2009). *13 – 15 åringer fra vanlige familier i Norge – hverdagsliv og psykisk helse* (FHI-rapport nr. 1). Oslo: Divisjon for psykisk helse, Nasjonalt folkehelseinstitutt
- Helse- og omsorgsdepartementet (2016). *Ungdomshelse – regjeringens strategi for bedre ungdomshelse 2016-2021*. (Nr 20, 2016). Hentet fra https://www.regjeringen.no/contentassets/838b18a31b0e4b31bbfa61336560f269/ungdomshelsestrategi_2016.pdf
- Helse- og omsorgsdepartementet (2017). *Mestre hele livet. Regjeringens strategiplan for god psykisk helse (2017 – 2022)*. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/mestre-hele-livet/id2568354/>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2018) Prop. 121S (2018 – 2019) *Opptrappingsplan for barn og unges psykiske helse (2019 – 2024)*. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/prop.-121-s-20182019/id2652917/>
- Helse- og omsorgsdepartementet. Rundskriv I-4/2017, Om helse- og omsorgstjenestelovgivning ved lavterskeltilbud – særlig om krav til dokumentasjon og

- diagnostisering (2017) Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/rundskriv-i-42017-om-helse--og-omsorgstjenestelovgivningens-anvendelse-ved-lavterskeltilbud--sarlig-om-krav-til-dokumentasjon-og-diagnostisering/id2563593/>
- Helsedirektoratet. (2019) *Pakkeforløp – psykiske lidelser barn og unge*. Hentet fra <https://www.helsedirektoratet.no/pakkeforlop/psykiske-lidelser-barn-og-unge>
- Helsedirektoratet (03/2020). *Aktivitetsdata for psykisk helsevern for barn og unge 2019. Norsk pasientregister*. Rapport IS-2892. Helsedirektoratet. Trondheim.
- Helse- og omsorgstjenesteloven. (2011). Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (LOV-2011-06-24-30). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30>
- Helsepersonelloven. (1999) Lov om helsepersonell m.v. (LOV-1999-07-02-64). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64?q=helsepersonelloven>
- Hertz, S. , (2013). *Barne- og ungdomspsykiatri. Nye perspektiver og uante muligheter*. Gyldendal Akademisk, Oslo.
- Idsøe, T., og Keles, S. (2016). *Study protocol for a randomized controlled trial of a group cognitivebehavioral course for depressed adolescents*. BMC psychiatry, 16(1). 246-255.doi:DOI 10.1186/s12888-016-0954-y
- Idsøe, T., Keles, S., Bringedal, S., Børve, T. og Ogden, T. (2018) *Utenfor rekkevidde*. Tidsskrift for Norsk psykologforening, Vol 55, nr. 12, 2018, side 1122 – 1128. Hentet fra <https://psykologtidsskriftet.no/2018/11/hvordan-kan-vi-na-hjelpetrengende-ungdom-som-ikke-soker-hjelp>
- Jacobsen, D. I, (2018). *Hvordan gjennomføre undersøkelser? Innføring i samfunnsvitenskapelig metode* (3.utg.). Cappelen Damm AS, Oslo.
- Johannesen, A., Tufte, P.A., Christoffersen, L. (2011). *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode* (4.utg). Abstrakt forlag, Oslo.
- Jære, L. (2018, 28. september). *Myter og fakta om psykiske lidelser*. Nettavis for universitetet i Oslo. Hentet fra <https://www.uniforum.uio.no/nyheter/2018/09/myter-og-fakta-om-psykiske-lidelser.html>

- Killèn, K. (2013). *Barndommen varer i generasjoner. Forebygging er alles ansvar*. Kommuneforlaget, Oslo.
- Lassemo, E., Tøndel, G. og Sand, K. (2019). *Innsiktsarbeid ung.no. Delrapport 2*. SINTEF Digital. Hentet fra <http://hdl.handle.net/11250/2593214>
- Lundberg, K., G. (2012). *Uforutsigbare relasjoner – brukererfaringer, Nav-reformen og levd liv*. (Doktoravhandling, Universitetet i Bergen). Hentet fra <http://bora.uib.no/bitstream/handle/1956/5715/42918%20Lundberg%20materie.pdf?sequence=2&isAllowed=y>
- Lyngved, K., (2016, 2. juni). Pakkeforløp og psykisk helse [Blogginlegg]. Hentet fra <https://napha.no/content/20778/Pakkeforlop-og-psykisk-helse>
- Malterud, K. (2018). *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag* (4.utg). Universitetsforlaget, Oslo.
- Mental helse ungdom (2019) *Prinsippprogram 2019 – 2020*. Hentet fra <https://mentalhelseungdom.no/politikk-2/>
- Merikangas, K.R., Avenevoli, S., Costello, J., Koretz, D. og Kessler, R.C. (2010) *The National Comorbidity Survey Replication: Adolescent Supplement (NCS-A): Background and Measure*. Hentet fra <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2736858/>
- Moland, A. og Solvang, R. (2019, 27. oktober). *Det skjulte nettverket*. Hentet fra <https://www.nrk.no/spesial/det-skjulte-nettverket-1.14739159>
- Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet (2020). Tidlig trygg i Trondheim. Hentet fra <https://www.ntnu.no/tidlig-trygg/16-17-ars-undersokelsen>
- Næss, Siri (2006, 1. april). *Livskvalitet og lykke*. Hentet fra <https://psykologtidsskriftet.no/fagessay/2006/04/livskvalitet-og-lykke>
- Pasient- og brukerrettighetsloven (1999) . Lov om pasient- og brukerrettigheter. (LOV-1999-07-02-63). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63?q=pasient-%20og%20brukerrettighetsloven>
- Regionalt kunnskapssenter for barn og unge Vest (2020) hentet fra: <https://www.norceresearch.no/prosjekter/barn-i-bergen>
- RKBU Vest, NORCE (u.å) *Resultater fra Barn i Bergen og ung@hordaland* <https://s3.amazonaws.com/online.fliphtml5.com/qrdxu/hkvc/index.html#p=1>

- Rødevand, L. (2015, 12. september). «Generasjon prestasjon» må bli mye bedre til én ting, og det er å prioritere [Ytring]. Hentet fra <https://psykologisk.no/2015/06/generasjon-prestasjon-ma-prioritere/>
- Rønning, A.K. (2019a, 12. juni). *Klare råd om pakkeforløp fra Mathilde, Danielle og Lars-Herman*. Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid (NAPHA). Hentet fra <https://napha.no/content/23360/Klare-rad-om-pakkeforlop-fra-Mathilde-Danielle-og-Lars-Herman>
- Rønning, A.K. (2019b, 3. oktober). *Når fastlegen blir stuss*. Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid (NAPHA). Hentet fra <https://napha.no/content/23589/Nar-fastlegen-blir-i-stuss>
- Rørstad, K., W. Aksnes, D., Ramberg, I og Wiig, O. (2019). *Kartlegging av forskning på psykisk helse i Norge*. Rapport 2019:4. Nordisk institutt for studier av innovasjon, forskning og utdanning (NIFU). Hentet fra <https://nifu.brage.unit.no/nifu-xmlui/bitstream/handle/11250/2601685/NIFUrapport2019-4.pdf?sequence=4&isAllowed=y>
- Samdal, O., Mathisen, F.K.S., Torsheim, T., Diseth, Å., Fismen A-S., Larsen, T., Wold, B., og Årdal, E. (2016). *Helse og trivsel blant barn og unge. Resultater fra den landsrepresentative spørreundersøkelsen «Helsevaner blant skoleelever. En WHO-undersøkelse i flere land»*. (HEMIL-Rapport 1/2016) HEMIL-senteret, Universitetet i Bergen
- Schaffer, B. og Huang, W-H. (1975). *Distribution and the Theory of Access*. ISSN: 0012155X. E-ISSN: 14677660. DOI: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1467-7660.1975.tb00674.x> Del av *Development and Change*, 04/1975, Vol. 6(2), pp. 13-36. ScienceDirect (2010). Hentet fra <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0890856710004764>
- Schille-Rognmo, M. (2017, 6. desember). *Generasjonsdiagnosen: hvor sann er sannheten om de deprimerte tenåringsjentene?* Hentet fra <http://tidliginnsats.forebygging.no/Artikler--Kronikker/Generasjonsdiagnosen-hvor-sann-er-sannheten-om-de-deprimerte-tenaringsjentene/>
- Skårderud, F., Haugsgjerd, S. og Stänicke, E., (2018). *Psykiatriboken, Sinn – kropp – samfunn* (2.utg.). Gyldendal Akademisk, Oslo.
- Sletten, M.A. og Bakken, A. (2016). *Psykiske helseplager blant ungdom – tidstrender og årsaksforklaringer. En kunnskapsoversikt og en empirisk analyse* (NOVA Notat

- 4/2016). Hentet fra <http://www.hioa.no/Om-OsloMet/Senter-for-velferds-og-arbeidslivsforskning/NOVA/Publikasjoner/Notat/2016/Psykiske-helseplager-blant-ungdom-tidstrender-og-samfunnsmessige-forklaringer>
- Stern, D. (2000). *Spædbarnets interpersonelle verden*. København: Hans Reitzels forlag.
- Strand Askeland, A. (2020, 9. februar). *Trendy å snakke om angst?*[Ytring]. Hentet fra <https://www.dagbladet.no/kultur/trendy-a-snakke-om-angst/72111449>
- Thagaard, T., (2018). *Systematikk og innlevelse. En innføring i kvalitative metoder*. Fagbokforlaget, Bergen.
- Ungarena Oslo, (2018). Årsrapport 2018. Hentet fra <http://www.ungarenaoslo.no/wp-content/uploads/2019/01/%C3%85RSRAPPORT-2018-oppdaterriktig.pdf>
- Wadel, C., (2014). *Feltarbeid i egen kultur*. Cappelen Damm akademisk, Oslo.
- Wadel, C. og Wadel, C.C. (2017). *Den samfunnsvitenskapelige konstruksjon av virkeligheten*. Cappelen Damm Akademiske, Kristiansand.
- WHO, (2019). ICD-10 Version:2019. Hentet fra https://icd.who.int/browse10/Content/statichtml/ICD10Volume2_en_2019.pdf
- Øia, T. og Fauske, H., (2010). *Oppvekst i Norge*. Abstrakt forlag, Oslo.
- Øverland, S., (2018). Unge, sinte gutter. *Barn i Norge 2018, Ung og psykisk syk*. Voksne for barn, 2018, 8 – 19.

Vedlegg

Vedlegg 1: Godkjenning Norsk senter for forskningsdata (NSD)

Vedlegg 2: Informasjonsskriv

Vedlegg 3: Intervjuguide

[NSD sin vurdering](#)

Prosjekttittel

Ungdom og psykisk helse

Referansenummer

708337

Registrert

18.10.2019 av Carina Larsson - 234500@stud.inn.no

Behandlingsansvarlig institusjon

Høgskolen i Innlandet / Fakultet for helse- og sosialvitenskap / Institutt for sosialfag og veiledning

Prosjektansvarlig (vitenskapelig ansatt/veileder eller stipendiat)

Henning Pettersen, henning.pettersen@inn.no, tlf: 61288346

Type prosjekt

Studentprosjekt, masterstudium

Kontaktinformasjon, student

Carina Larsson, cala7678@gmail.com, tlf: 45201768

Prosjektperiode

21.08.2019 - 15.05.2020

Status

22.11.2019 - Vurdert

Vurdering (1)**22.11.2019 - Vurdert**

Det er vår vurdering at behandlingen av personopplysninger i prosjektet vil være i samsvar med personvernlovgivningen så fremt den gjennomføres i tråd med det som er dokumentert i meldeskjemaet den 22.11.19 med vedlegg, samt i meldingsdialogen mellom innmelder og NSD. Behandlingen kan starte.

MELD VESENTLIGE ENDRINGER Dersom det skjer vesentlige endringer i behandlingen av personopplysninger, kan det være nødvendig å melde dette til NSD ved å oppdatere meldeskjemaet. Før du melder inn en endring, oppfordrer vi deg til å lese om hvilke type endringer det er nødvendig å melde:

https://nsd.no/personvernombud/meld_prosjekt/meld_endringer.html Du må vente på svar fra NSD før endringen gjennomføres.

TYPE OPPLYSNINGER OG VARIGHET Prosjektet vil behandle særlige kategorier av personopplysninger om helseforhold samt alminnelige kategorier av personopplysninger frem til 15.05.20.

LOVLIG GRUNNLAG Prosjektet vil innhente samtykke fra de registrerte til behandlingen av personopplysninger. Vår vurdering er at prosjektet legger opp til et samtykke i samsvar med kravene i art. 4 nr. 11 og art. 7, ved at det er en frivillig, spesifikk, informert og utvetydig bekreftelse, som kan dokumenteres, og som den registrerte kan trekke tilbake. Lovlig grunnlag for behandlingen vil dermed være den registrertes uttrykkelige samtykke, jf. personvernforordningen art. 6 nr. 1 bokstav a, jf. art. 9 nr. 2 bokstav a, jf. personopplysningsloven § 10, jf. § 9 (2).

PERSONVERNPRINSIPPER NSD vurderer at den planlagte behandlingen av personopplysninger vil følge prinsippene i personvernforordningen om: - lovlighet, rettferdighet og åpenhet (art. 5.1 a), ved at de registrerte får tilfredsstillende informasjon om og samtykker til behandlingen - formålsbegrensning (art. 5.1 b), ved at personopplysninger samles inn for spesifikke, uttrykkelig angitte og berettigede formål, og ikke viderebehandles til nye uforenlige formål - dataminimering (art. 5.1 c), ved at det kun behandles opplysninger som er adekvate, relevante og nødvendige for formålet med prosjektet - lagringsbegrensning (art. 5.1 e), ved at personopplysningene ikke lagres lengre enn nødvendig for å oppfylle formålet

DE REGISTRERTES RETTIGHETER Så lenge de registrerte kan identifiseres i datamaterialet vil de ha følgende rettigheter: åpenhet (art. 12), informasjon (art. 13), innsyn (art. 15), retting (art. 16), sletting (art. 17), begrensning (art. 18), underretning (art. 19), dataportabilitet (art. 20). NSD vurderer at informasjonen som de registrerte vil motta oppfyller lovens krav til form og innhold, jf. art. 12.1 og art. 13. Vi minner om at hvis en registrert tar kontakt om sine rettigheter, har behandlingsansvarlig institusjon plikt til å svare innen en måned.

FØLG DIN INSTITUSJONS RETNINGSLINJER NSD legger til grunn at behandlingen oppfyller kravene i personvernforordningen om riktighet (art. 5.1 d), integritet og konfidensialitet (art. 5.1. f) og sikkerhet (art. 32). TSD er databehandler i prosjektet. NSD legger til grunn at behandlingen oppfyller kravene til bruk av databehandler, jf. art 28 og 29. For å forsikre dere om at kravene oppfylles, må dere følge interne retningslinjer og eventuelt rådføre dere med behandlingsansvarlig institusjon.

OPPFØLGING AV PROSJEKTET NSD vil følge opp ved planlagt avslutning for å avklare om behandlingen av personopplysningene er avsluttet. Lykke til med prosjektet!
Kontaktperson hos NSD: Silje Fjelberg Opsvik Tlf. Personverntjenester: 55 58 21 17 (tast 1)

Vil du delta i forskningsprosjektet

”Ungdom og psykisk helse”?

Dette er et spørsmål til deg/ditt barn om å delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er å undersøke hva ungdom og unge voksne opplever som et lavterskeltilbud om psykisk helsehjelp, som er lett tilgjengelig ut fra deres behov. I dette skrivet gir vi deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

Formål

Ulike undersøkelser viser at vi i Norge har en økning av ungdom/unge voksne som sliter med psykisk uhelse, deriblant UngData undersøkelsen der ungdom selv rapporterer om egen helse. Sett i sammenheng med antall ungdom som faktisk søker hjelp fra den kommunale psykiatritjenesten så er tallene lite sammenfallende. Jeg skriver for tiden en masteroppgave om ungdom og psykisk helse, og i den forbindelse vil jeg se nærmere på en kommunal helsetjeneste som tilbyr psykisk helsehjelp på et lavterskel nivå. Det jeg ønsker å undersøke nærmere (problemstilling) er hva som skal til for at ungdom/unge voksne skal oppleve tjenester om psykisk helsehjelp som et «lavterskeltilbud» som er lett tilgjengelig for dem?

Forskningsspørsmål:

- 1) Hvordan kan utvikling av tjenestetilbud basert på medvirkning av målgruppen føre til at flere oppsøker hjelp på et tidligere tidspunkt?
- 2) Hva definerer målgruppen som «tilgjengelig» kontra voksnes definisjon av tilgjengelighet? – Og hvilken betydning kan dette ha for utvikling av tilbud for ungdom/unge voksne?

Anonymiserte resultater fra Masteroppgaven kan også benyttet som en del av kommunens evaluering av de konkrete psykiske helsetjenester for ungdom.

Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?

Høgskolen innlandet, fakultet for helse- og sosialvitenskap avd. Lillehammer er ansvarlig for prosjektet.

Hvorfor får du spørsmål om å delta?

Jeg forespør personer som faktisk har benyttet seg av det aktuelle lavterskeltilbudet for ungdom/unge voksne slik at jeg kan få «ekte» beskrivelser og refleksjoner rundt min problemstilling og forskningsspørsmålene. I og med at jeg er engasjert i et prosjekt i Rus- og psykisk helseenhet, har jeg mulighet for å følge utviklingen av tjenestene her. Jeg håper at jeg får mellom 4 – 8 informanter, slik at jeg får et godt datagrunnlag til undersøkelsen min. Jeg har derfor bedt din kontaktperson i tjenesten om å informere deg om prosjektet og å forespørre deg om deltakelse.

Hva innebærer det for deg å delta?

Jeg vil benytte meg av et individuelt intervju, der vi tar utgangspunkt i en intervjuguide. Jeg

kommer ikke til å samle inn personopplysninger utover kjønn og alder. Jeg vil benytte lydopptaker under intervjuet, og lydfilen skal slettes etter at intervjuet er transkribert. Både lydopptak av intervjuene og datalagring vil bli håndtert i henhold til retningslinjene i Tjenester for sensitive data (TSD) ved UiO.

Eventuelle skriftlige notater eller utskrifter vil bli makulert. Hvis du/ditt barn velger å delta i prosjektet, innebærer det at du samtykker til at jeg foretar et intervju av deg, og at opplysningene som framkommer kan benyttes i min undersøkelse «Ungdom og psykisk helse» i anledning min masterstudie i psykososialt arbeid med barn og unge. Intervjuet vil handle om hvor du/ditt barn fikk kjennskap til tjenesten, hvordan tjenesten ble kontaktet og hva som var årsaken til at du/ditt barn tok kontakt. Hvis du ønsker det kan du få se intervjuguiden på forhånd. Hvis du er under 16 år, kan foreldrene dine få se intervjuguiden på forhånd ved å ta kontakt.

Det er frivillig å delta

Det er frivillig å delta i prosjektet. Hvis du/ditt barn velger å delta, kan du/barnet ditt når som helst trekke samtykke tilbake uten å oppgi noen grunn. Dette gjelder også for deltakere under 16 år. Alle opplysninger om deg vil da bli anonymisert. Det vil ikke ha noen negative konsekvenser for deg/barnet ditt hvis du ikke vil delta eller senere velger å trekke deg. Det vil ikke påvirke din oppfølging ved den kommunale psykiske helsetjenesten.

Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger

Vi vil bare bruke opplysningene om deg/barnet ditt til formålene vi har fortalt om i dette skrevet. Vi behandler opplysningene konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket.

- Det er kun jeg som student og min veileder v/ høgskolen Innlandet som vil ha tilgang til det ubearbeidede datamaterialet. Høgskolen i Innlandet har inngått en avtale med TSD (Tjenester for sensitive data) ved Universitetet i Oslo. Intervjuene og datalagring vil bli håndtert i henhold til retningslinjene i TSD.
- Jeg vil sikre at ingen uvedkommende får tilgang til personopplysningene da jeg ikke oppbevarer noen person opplysninger om deg i mitt datamaterialet utover kjønn og alder.

Deltakerne vil ikke kunne gjenkjennes i en eventuell publikasjon av oppgaven.

Hva skjer med opplysningene dine når vi avslutter forskningsprosjektet?

Prosjektet skal etter planen avsluttes 15.05.20. All innsamlet data vil bli slettet og makulert ved avslutning av prosjektet.

Dine rettigheter

Så lenge du/ditt barn kan identifiseres i datamaterialet, har du rett til:

- innsyn i hvilke personopplysninger som er registrert om deg,
- å få rettet personopplysninger om deg,
- få slettet personopplysninger om deg,
- få utlevert en kopi av dine personopplysninger (dataportabilitet), og
- å sende klage til personvernombudet eller Datatilsynet om behandlingen av dine personopplysninger.

Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?

Vi behandler opplysninger om deg/ditt barn basert på ditt samtykke.

På oppdrag fra Høgskolen Innlandet har NSD – Norsk senter for forskningsdata AS vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket.

Hvor kan jeg finne ut mer?

Hvis du har spørsmål til studien, eller ønsker å benytte deg av dine rettigheter, ta kontakt med:

- Høgskolen Innlandet ved førsteamanuensis og veileder Henning Pettersen mob. 95235497, eller med student Carina Larsson mob. 93263777 e-post cala7678@gmail.com
- Vårt personvernombud v/ høgskolen Innlandet: Hans Petter Nyberg
- NSD – Norsk senter for forskningsdata AS, på epost (personverntjenester@nsd.no) eller telefon: 55 58 21 17.

Med vennlig hilsen

Prosjektansvarlig
(Forsker/veileder)

Student

Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet Ungdom og psykisk helse, og har fått anledning til å stille spørsmål. Jeg samtykker til:

- å delta i intervju
- at opplysningene jeg gir blir en del av datamaterialet til prosjektet

Jeg samtykker til at mine opplysninger behandles frem til prosjektet er avsluttet, ca. 15.05.20

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Samtykkeerklæring for deltaker under 16 år

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet Ungdom og psykisk helse, og har fått anledning til å stille spørsmål. Jeg samtykker til at mitt barn.....:

- kan delta i intervju
- at opplysningene jeg gir blir en del av datamaterialet til prosjektet

Jeg samtykker til at mitt barns opplysninger behandles frem til prosjektet er avsluttet, ca. 15.05.20

(Signert av prosjektdeltakers foresatte, dato)

**Intervjuguide; intervju av ungdom som har vært i kontakt med lavterskeltilbudet
Psykisk helsehjelp for ungdom (PHU)**

Introduksjon til tema/presentasjon av prosjekt: I forbindelse med at jeg skriver en masteroppgave i psykososialt arbeid med barn og unge, har jeg valgt meg en problemstilling knyttet til ungdom og psykisk helse. Jeg ønsker å undersøke nærmere hva som skal til for at ungdom opplever tjenester om kommunal psykisk helsehjelp som et «lavterskeltilbud» som er lett tilgjengelig for målgruppen. For å vite mer om målgruppens faktiske opplevelser og erfaringer, ønsker jeg å intervju noen ungdommer som har benyttet seg av PHU.

- 1) Kjønn og alder
- 2) Hva er bakgrunnen for at du tok kontakt med PHU?
- 3) Hvor fikk du kjennskap til tilbudet?
- 4) På hvilken måte tok du kontakt? – og hvor fort fikk du respons med tilbud om en avtale?
- 5) Har du tidligere vært i kontakt med andre hjelpetjenester pga. den samme problematikken?
- 6) Hvis nei, hva var årsaken til at du ikke har søkt hjelp før, og hvorfor du nå tok kontakt med PHU?
- 7) Hvis ja, hvem har du vært i kontakt med og hvordan kom du i kontakt med dem?
- 8) Jeg vil gjerne at du deler litt om din erfaring med bruk av PHU, hvordan har din opplevelse av tilbudet vært?
- 9) Undersøkelser viser at en del ungdom oppsøker hjelp og støtte for psykiske utfordringer via sosiale medier eller hjelpesider på internett, hvilke tanker gjør du deg om det – og har du gjort deg noen erfaringer med dette?
- 10) Er det noe jeg ikke har spurt om som du ønsker å si noe om når det gjelder ungdom og hjelpetjenester knyttet til psykisk helse?