

En kvalitativ studie om hvorfor ungdom møter til poliklinisk behandling i psykisk helsevern

Stig E. Bjønness^{1,2,3} og Marianne Storm²

¹ SHARE –Senter for kvalitet og sikkerhet i helsetjenesten, Det helsevitenskapelige fakultet, Universitetet i Stavanger

² Avdeling for folkehelse, Det helsevitenskapelige fakultet, Universitetet i Stavanger

³ Klinikk psykisk helsevern barn, unge og rusavhengige, Stavanger universitetssjukehus

SAMMENDRAG

Til tross for høy forekomst av psykiske lidelser blant ungdommer det mange som vegrer seg for å ta imot hjelp eller ikke fullfører behandlingen. Målet med denne kvalitative studien var å få kunnskap om hva som hemmer eller fremmer ungdom sitt oppmøte til poliklinisk behandling. Fjorten ungdommer ble intervjuet, og fem tema ble identifisert ved tematisk innholdsanalyse: 1] kjemi med behandler, 2] informasjon og forståelse, 3] å bli tatt på alvor, 4] tro på bedring, og 5] fleksibilitet og tilgjengelighet. På bakgrunn av studien anbefales en personsentrert tilnærming der ungdom sin medbestemmelse og relasjon mellom ungdom og terapeut vektlegges.

Nøkkelord: Ungdom, psykiske helsevern, poliklinikk, oppmøte, medbestemmelse

ABSTRACT

Title: A qualitative study of why adolescents attend outpatient treatment in mental healthcare

Despite the high prevalence of mental disorders among adolescents, many refuses to accept help or do not complete treatment. This qualitative study aimed to gain knowledge about what inhibits or promotes adolescents' attendance to outpatient therapy. Fourteen adolescents were interviewed, and five themes were identified through thematic content analysis: 1] patient-therapist relationship, 2] information and understanding, 3] to be taken seriously, 4] belief in recovery, and 5] flexibility and accessibility. Based on this study, a person-centered approach emphasizing shared decision-making and the relationship between youth and therapist is recommended.

Key words: Adolescent, mental healthcare, outpatient treatment, attendance, drop-out

INNLEDNING

Både i Norge og internasjonalt er psykiske problemer blant unge en tiltakende utfordring (Sletten & Bakken, 2016). Ungdomstiden er sårbar, og det er i den perioden i livet med høyest risiko for å utvikle psykiske lidelser. Forekomsten av psykiske lidelser er høyere blant de mellom 16 og 24 år enn på noe annet tidspunkt i livet (Gulliver, Griffiths, & Christensen, 2010; Plaistow et al., 2014). Samtidig er det slik at ungdom vegrer seg for å gå til behandling og har stort behandlingsfravall. De opplever ikke å ha utbytte av behandlingen, eller fullfører den ikke av andre grunner (Jager et al., 2017; Rickwood & Bradford, 2012). I denne studien defineres behandlingsfravall når ungdom ikke møter til timer og poliklinisk behandling ensidig avsluttes fra ungdommens side. Internasjonalt regner en med at mellom 25 og 75 % av ungdom ikke møter til behandlingstimer eller avslutter behandling for tidlig (de Haan, Boon, de Jong, Hoeve, & Vermeiren, 2013; Kapp et al., 2017).

Tidligere forskning viser at kontinuitet, opplevelse av å bli respektert og medvirkning har betydning for ungdom sitt oppmøte til behandling (Block & Greeno, 2011; Plaistow et al., 2014). En sveitsisk studie fant at behandlingsoppstart, enighet om avtaler og telefontilgjengelighet hadde betydning for oppmøte i poliklinisk behandling (Kapp et al., 2017). En systematisk litteraturstudie identifiserte 53 studier om hva som påvirker om barn og unge søker psykisk helsehjelp. Forhold som påvirker oppmøte er kunnskap om psykisk helse, opplevd stigma, forventninger til helsehjelpen og tilgjengelighet (Radez et al., 2020). Studien til Radez og kollegaer undersøkte imidlertid ikke hvorfor ungdom fortsatte i behandling eller ei. En annen litteraturstudie (de Haan et al., 2013) konkluderer med at ungdom knapt er brukt som informanter i studier om behandlingsfravall, og etterlyser studier som fokuserer på pasientperspektivet. Behovet for forskning som undersøker ungdom sine erfaringer og synspunkter på oppmøte bekreftes i flere studier (Kim, Munson, & McKay, 2012; Persson, Hagquist, & Michelson, 2017, Kapp et al., 2017). Så langt vi kjenner til er det ikke gjennomført norske studier som undersøker ungdom sitt oppmøte og behandlingsfravall på poliklinikker i psykisk helsevern. En norsk studie som undersøkte oppmøte blant unge voksne til rusbehandling fant behov for mer kunnskap om brukervedvirkning og mer forskning som belyser brukernes erfaringer med tjenestene (Årseth, Torjussen, & Johannessen, 2019).

I Norge er det mange aktører som tilbyr hjelp til ungdom, men det er store lokale variasjoner og ofte framstår tjenestene som fragmenterte (Helse og omsorgsdepartementet, 2019; Bøe, Storaker & Nodland, 2011). Det er psykisk helsevern for barn og unge (heretter forkortet BUP) som har ansvar for utredning og behandling av alle opp til 18 år som har behov for spesialiserte

tjenester. 5 % av barn og unge får behandling gjennom BUP. Poliklinikkene står for 95% av behandlingen og regnes som hovedpilaren i BUP (Helsedirektoratet, 2008; Helsedirektoratet, 2020). Opptrappingsplan for barn og unges psykiske helse (2019-2024) vektlegger at barn og unge skal motta hjelp tilpasset behov og ønsker, derfor etterlyses mer kunnskap om pasientopplevd kvalitet og at unge har innflytelse på tjenesteutviklingen (Helse- og omsorgsdepartementet, 2019). BUP poliklinikker over hele landet skal sikre at alle barn og unge har tilgjengelige, tjenester som er sammenhengende, forutsigbare og individuelt tilpasset (Regjeringen, 2017). Innføringen av pakkeforløp i 2019 skulle sikre likeverdige og koordinerte behandlingstilbud med økt brukermedvirkning, men erfaringen så langt viser liten måloppnåelse (Ådnanes et.al, 2020).

Personsentrert omsorg tar utgangspunkt i at personen, med sine ressurser, opplevelse, ønsker og mål, skal være senter for en helhetlig behandling (Gondek et al., 2017; Mezzich, Botbol, Christodoulou, Cloninger, & Salloum, 2016). Det er individets erfaringer og historie som skal ligge til grunn for behandlingsplanen, og derfor vektlegges medbestemmelse i alle behandlingsavgjørelser (Ekman, Nordberg & Sweberg, 2014). Helsepolitiske føringer om pasienten i sentrum (Regjeringen, 2017; Helse- og omsorgsdepartementet, 2019) samsvarer med en personsentrert tilnærming.

Målet med denne studien var å få kunnskap om ungdommers erfaringer med å motta poliklinisk behandling i psykisk helsevern, og hva som hemmer eller fremmer ungdommenes oppmøte til behandling.

METODE

Design

Det ble benyttet et eksplorerende kvalitativt design med individuelle intervjuer. Eksplorerende design er ikke bundet opp til teori eller hypoteser, og gir fleksibilitet til å fange opp nyanser og særtrekk ved et område en vet lite om fra før (Braun og Clark, 2013). Designet er egnet for å få fram ny kunnskap om en gruppe mennesker sine erfaringer (Bate & Robert, 2007).

Deltakere og rekruttering

Deltakerne bestod av ungdom over 16 år som hadde mottatt et behandlingstilbud ved en av syv BUP-poliklinikker innenfor et helseforetak. Fylte 16 år ble satt som kriterie for at ungdommene skulle kunne samtykke til deltakelse uten å involvere foreldre (Helseforskningsloven, 2009, § 17). Geografisk spredning av poliklinikkene ungdommene ble rekruttert fra sørget for at

deltakerne representerte både byer og mer distriktsområder. I forkant av datainnsamling ble det planlagt å gjennomføre mellom 10 og 15 individuelle intervjuer med ungdom, gjøre en vurdering av hvor rik informasjonen var med tanke på metning, og deretter avslutte rekrutteringen hvis ikke ny informasjon dukket opp etter to påfølgende intervju (Francis et al., 2010). Rekrutteringen foregikk gjennom merkantilt ansatt ved helseforetaket. Etter avslutning av poliklinisk behandling mottok ungdommene en invitasjon på SMS til å delta i studien. De som ønsket å delta ble satt i kontakt med førsteforfatter som formidlet mer informasjon og avtalte eventuelt deltakelse i intervju.

14 ungdommer i alderen 16-18 år, fem gutter og ni jenter, deltok. Gjennomsnittsalderen var 17,6 år. Noen hadde flere polikliniske behandlingsforløp bak seg. Total varighet av kontakt med BUP varierte fra åtte måneder til seks år, med et gjennomsnitt på 2.7 år. Utvalget representerte både ungdom som hadde fullført og ungdom som ikke hadde fullført et poliklinisk behandlingsforløp, men alle deltakerne hadde valgt å utebli fra enkelttimer ved poliklinikkene. Erfaringene til både de som hadde fullført behandlingen og de som hadde avbrutt den bidro til å besvare forskningsspørsmålet. 10 av ungdommen som deltok var skoleelever, to jobbet som lærlinger, og to var utenfor skole og arbeidsliv. Studien samlet ikke inn data på diagnoser, men alle deltakerne valgte selv å fortelle om dette. De oppga diagnosene angst, depresjon, ADHD, traumer (PTSD), og spiseforstyrrelse. Åtte av ungdommene hadde en kombinasjon av angst og depresjon.

Datainnsamling

For å få tak i deltakernes erfaringer benyttet vi semistrukturerte dybdeintervjuer med åpne spørsmål. Det ble laget en intervjuguide som tok utgangspunkt i sentrale områdene som var identifisert i tidligere forskning (Braun og Clarke, 2013). Spørsmålene omhandlet erfaringer fra henvisning, første møtet med poliklinikken, behandlingsforløpet og kommunikasjon underveis. Intervjuene foregikk på poliklinikk, skole, i hjemmet eller på et nøytralt kontor etter ønske fra ungdommene som deltok. Alle intervjuene ble gjennomført av førsteforfatter SB og varte fra 15 minutter og opp imot en time. Lydopptak fra intervjuene ble deretter transkribert.

Analyse av datamaterialet

Kvalitativ tematisk innholdsanalyse er en strukturert metode for å identifisere, systematisere, og rapportere tema fra transkriberte data (Braun og Clarke, 2006). Temaene viser mønster i meningsinnhold på tvers av intervjuene. Metoden er spesielt egnet når det er tema vi vet lite om fra tidligere, og for å få fram perspektivet til en definert gruppe individer (Braun og Clarke,

2013). I analysen ble det ble tatt utgangspunkt i Kvale og Brinkmann (2009) sin beskrivelse av en tematisk innholdsanalyse med meningsfortetting Etter flere gjennomlesninger av transkriberte intervju ble sentrale, meningsbærende enheter relatert til forskningsspørsmålene identifisert. To forskere (SB og MS) leste intervjuer hver for seg, og knyttet i fellesskap de meningsbærende enhetene opp til foreløpige temaer. Deretter ble de meningsbærende enhetene skrevet om til kortere enheter. I denne meningsfortettingen ble det vektlagt å opprettholde ungdommenes perspektiv. Til slutt ble det funnet fram til gjennomgående trekk i meningsenhetene og utformet fem hoved tema. Dette siste trinnet definerer, avgrensar og uttrykker essensen i datamaterialet, samtidig som det skal uttrykke «historien» hvert tema formidler (Kvale og Brinkmann, 2009; Braun og Clarke, 2006)

Tabell 1: Eksempel på analysematrise

Meningsbærende enhet (hva ble sagt)	Meningsfortetting (hva det snakkes om)	Foreløpig tema	Tema
Jeg husker ikke så mye om den informasjonen jeg fikk om det, for det var mest mamma og pappa som fikk det, også fortalte de bare litt videre til meg.	Det var foreldre som fikk informasjon og fortalte det videre.	Informasjon Selvstendighet	Informasjon og forståelse
Det var liksom sånn at det var jeg som bestemte. Hun (behandleren) ga meg forskjellige utfordringer sosialt og sånn. Prøvde å få meg til å utvikle meg på en måte, men det var fortsatt liksom min avgjørelse	Fikk utfordringer av behandler, men kunne selv bestemme.	Medvirkning Selvstendighet	Å bli tatt på alvor

Forskningsetikk

Studien er godkjent av personvernombudet ved helseforetaket den fant sted. Ungdom med psykiske problemer er en sårbar gruppe, samtidig som det nettopp derfor også er behov for relevant kunnskap om behandling som kan antas å komme gruppen til gode (World Medical Association, 2013). Det ble gitt alderstilpasset informasjon både skriftlig og muntlig om studien. Ungdommenes deltakelse var frivillig, basert på skriftlig informert samtykke, og med mulighet til å trekke seg underveis uten at det medførte noen konsekvenser. Alle intervjuene ble gjennomført av førsteforfatter som hadde erfaring fra samtaler med ungdom ved poliklinikk i psykiske helsevern.

RESULTATER

Funnene ble sortert inn i fem tema: 1] kjemi med behandler, 2] informasjon og forståelse, 3] å bli tatt på alvor, 4] tro på bedring, og 5] fleksibilitet og tilgjengelighet

1 Kjemi med behandler

Alle ungdommene beskrev første møtet med poliklinikken som skummelt, og det kunne gjøre det vanskelig å snakke. De som ikke opplevde å ha vært delaktig i avgjørelsen om å komme til poliklinikken uttrykte motvilje mot behandlingen. En ungdom beskrev dette slik:

Jeg følte ikke vi fikk så mye ut av de første timene, men jeg tror det var fordi jeg var veldig motvillig i begynnelsen. Jeg følte meg litt tvunget til å gå der. Jeg var litt sånn «Jeg trenger ikke hjelp, ikke snakk til meg!» På samme tid som jeg var ganske desperat etter hjelp... Så det var en sånn rar måte å kommunisere ved å ikke kommunisere.

Ungdommene ønsket at behandler var tålmodig og brukte tid på å bli kjent. En aktiv behandler som ikke bare stilte spørsmål, men våget snakke om seg selv og personlige ting gjorde det lettere for ungdommen å åpne seg og la grunnlaget for det flere omtalte som kjemi, som i sin tur økte motivasjonen for videre oppmøte. De som derimot ikke erfarte kjemi med behandler opplevde lite utbytte av behandlingen og mistet motivasjonen til å fortsette. Ingen hadde erfart at de kunne påvirke hvem som ble deres behandler, og de synes det var vanskelig å ta opp dette selv. Da var det lettere å utebli fra timer enn å ta opp misnøye med behandler. En av ungdommene ga et eksempel på hvordan det påvirket hans motivasjon til oppmøte:

Ja, altså det er mange jeg ikke har trivdes med, og da har det jo blitt til at jeg egentlig ikke har lyst til å komme, for jeg følte ikke det var greit å snakke med den personen.

2 Informasjon og forståelse

De fleste ungdommene synes de hadde fått for lite informasjon, og informasjon ble opplevd som foreldreorientert. For å finne ut hva de kunne gjøre med problemene brukte flere internett aktivt for å skaffe seg informasjon på egen hånd. En ungdom fortalte hvordan det påvirket henne negativt å søke etter informasjon alene:

Jeg googler alt, også har jeg vært inne på nett-forum og sånne ting. Det har sikkert med angsten og gjøre, fordi jeg spenner musklene sånn. Så kjenner

jeg meg skikkelig syk, også finner jeg ut at det er noe, og da får jeg enda mer vondt

Ungdommene hadde ulike erfaringer og tanker rundt utredning og diagnose. Flere av de som hadde fått ADHD opplevde det som nyttig fordi utfordringene deres ble tatt mer alvorlig på skolen. Det var imidlertid flere intervjudeltakere som ikke kjente til sin diagnose før behandlingen i poliklinikken skulle avsluttes. Noen ble fortalte også at de først ble klar over diagnosen da de leste epikrisen i etterkant, slik dette sitatet er et eksempel på:

Resultat fikk jeg aldri før jeg var ferdig på BUP. Jeg fikk på en måte aldri vite hvorfor jeg tok den testen, gjorde jeg det bra eller gjorde jeg det dårlig. Er jeg flink, er jeg syk? Sant, jeg følte meg sånn uvitende hele veien.

Flere fortalte at de opplevde det som nyttig når behandler la frem flere konkrete råd til hva de kunne gjøre, men at de selv fikk velge det alternativet som passet dem best. Mangelfull informasjon om hvordan behandlingen skulle hjelpe førte til lavere motivasjon for oppmøte.

3 Å bli tatt på alvor

Alle ungdommene sa at det var viktig at de ble lyttet til. Noen omtalte det som å forvente respekt eller å bli tatt like seriøst som voksne. Behandlere som ikke var forberedt og stadige gjentakelser ble opplevd som bortkastet tid. Noen uttrykt at de hadde en opplevelse av at poliklinikken var orientert mot yngre pasienter. De ønsket ikke å bli snakket til som barn, men en jevnbyrdig relasjon der deres meninger ble vektlagt når det skulle tas beslutninger. En ungdom beskrev opplevelsen av pasient-rollen slik:

Det var jo «psykolog-pasient». Det var på en måte en fast grense. At hun var psykolog og jeg var pasient, og det var 'det' det skulle handle om når vi snakka. Den grensen gjør det ubehagelig. Du føler deg stemplet som en pasient. Jeg følte bare at jeg var en «oppgave».

Å bli tatt på alvor handlet om å kunne påvirke selve behandlingen. Uten mulighet til valg oppstod en distanse som medførte at flere av ungdommene opplevde seg avvist eller ikke klarte å snakke. Dette ble oppgitt som en direkte årsak til at flere ikke møtte opp til samtaler. Noen av ungdommene fortalte at de hadde vært med på å bestemme om de skulle ta medisiner og beskrev det som en positiv opplevelse. De var fornøyde med den medikamentelle behandlingen i motsetning til de som ikke hadde opplevd delaktighet i slike beslutninger. Ungdommene som fikk medisiner uten at de fikk være med å bestemme uttrykte mindre motivasjon til å fortsette

ved poliklinikken, og sa de ikke fulgte opp den medikamentelle behandlingen i ettertid. Andre valg mange var opptatt av handlet om når og hvor ofte de skulle ha samtaler. Uten delaktighet i slike avgjørelser var det flere som lot være å møte opp. En ungdom uttrykte fortvilelse over at han måtte møte like ofte i perioder han følte seg frisk som da han var på det dårligste. En annen ungdom fortalte at hun måtte vente for lenge, og da opplevdes behandlingen unyttig fordi det hadde skjedd så mye i livet i mellomtiden:

Hvis du går akutt og trenger hjelp, så trenger du faktisk hjelpen med en gang, så jeg synes det var dårlig at de tok så lang tid, for det kunne være for sent...

4 Tro på bedring

De fleste hadde erfaring med andre helsetjenester eller barnevernet før de kom til poliklinikken, og de som ikke hadde opplevd dette som nyttig hadde liten tro på at det skulle bli bedre denne gangen. Underveis i behandlingsforløpet kunne troen på bedring bli ytterligere redusert hvis innholdet i samtalene ble repeterende og progresjon uteble. Flere fortalte imidlertid at det var først når behandlingen var avsluttet at de så nytten, og derfor var behandler sitt engasjement og at de formidlet tro på bedring underveis viktig for motivasjonen til å fortsette. Betydningen av behandler sin utholdenhet ble beskrevet slik av en ungdom:

Beste erfaringer er jo at de ga ikke opp. De sa liksom ikke at hvis du vil slutte nå, så får du slutte så lett. Du følte at de iallfall brydd seg om deg her. Du følte at her var det noen som ikke ville at du skulle ha det tungt. De ville du skulle bli frisk.

Familie og venner sine holdninger og tro på bedring kunne påvirke ungdommens egen forventning til behandlingen. En ungdom viste til betydningen av slik støtte på følgende måte:

At noen liksom ble med meg. Trenger ikke være med inn, men litt sånne ting gjør det enklere. At familien legger til rette for at jeg skal komme meg dit, uten at de maser.

Noen opplevde imidlertid lite støtte eller forståelse hjemme, og ønsket overhodet ikke at foreldrene skulle være involvert. Dersom foreldre fikk vite ting fra terapien uten ungdommens samtykke opplevdes det som et tillitsbrudd. En ungdom som opplevde lite støtte hjemme fortalte at hun sluttet da moren fikk vite at hun gikk der. Betydningen av å selv kunne regulere poliklinikken sin foreldrekontakt ble vektlagt, og de som hadde erfart medbestemmelse rundt foreldrekontakten sa at tilrettelegging og støtte fra foreldre var en årsak til at de møtte opp.

5 Fleksibilitet og tilgjengelighet

I de fasene ungdommen hadde det ekstra vanskelig var risikoen for å utebli fra samtaler større, og flere etterlyste fleksibilitet i behandlingen når det ble for vanskelig å møte opp. I slike perioder ble behovet for en alternativ måte å kommunisere på med behandler viktig. De som hadde fått mobilnummeret til behandleren opplevde det som betydningsfullt. Noen etterlyste at behandler tok kontakt hvis de ikke klarte møte opp. Som oftest var det en sekretær som ringte eller det kunne ta uker før de fikk brev, og terskelen for å møte opp igjen ble høyere. En ungdom beskrev ønsket om kommunikasjon med behandler slik:

Det var aldri sånn at du kunne sende en melding. Du måtte liksom ringe inn til sekretærene, også måtte du høre om det var ledig. Men bare sånn, fått en melding liksom. For noen ganger når du er «nede» er det lettere å skrive en melding enn å ringe.

Mange synes også det var vanskelig å ha oversikt over avtalene på poliklinikken, og nesten alle ungdommene hadde uteblitt fra flere samtaler uten at de hadde til hensikt å slutte. SMS-varsling opplevdes nyttig, og flere ønsket at mobiltelefonen ble brukt mer som et hjelpemiddel til informasjon og hjemmeoppgaver. Skolefravær og tapt undervisning på grunn av terapi ble opplevd problematisk. Skolefravær som var godkjent ble fortsatt registrert, og flere beskrev at de opplevde å måtte velge mellom skole eller behandling. De som da valgte å ikke møte på poliklinikken sa de ville ha fulgt opp behandlingen dersom de hadde fått mulighet til å komme etter skoletid.

DISKUSJON

Ungdommene ønsket en tålmodig behandler som lyttet, tok dem på alvor og støttet dem. Relasjon og selvstendighet ble vektlagt mer enn selve innholdet i behandlingen, og de ønsket innflytelse i valg av behandler og utformingen av et behandlingstilbud som passet for dem. Alderstilpasset informasjon, fleksibilitet i tidspunkt og hyppighet for polikliniske samtaler, samt mulighet til å kommunisere med behandler utenom terapitimene var andre faktorer som hadde betydning for videre motivasjon til oppmøte.

Alle temaene kan knyttes til tillit og relasjonen med behandler. Tillit framstod både som et spontant fenomen, tilsvarende det ungdommene kalte kjemi, og som et grunnleggende element i en jevnbyrdig relasjon som utviklet seg over tid. I en asymmetrisk relasjon mellom pasient og behandler kan tillit forstås på en annen måte: Ungdom velger å ha tillit til behandler som har

gjort seg fortjent til det ved å lytte, vise kompetanse og omsorg (Slettebø, 2012). Opplevelse av å bli tatt på alvor, på linje med voksne, skaper likeverd i relasjonen. Det er veldokumentert i tidligere forskning at opplevelse av relasjonen med behandler har stor betydning for utbyttet av behandlingen og oppmøtet (de Haan et al., 2013; Radez et al., 2020; Gondek et.al, 2017; Storm & Edwards, 2013). Vi fant at etablering av en tillitsfull relasjon bygget på et følelsesmessig bånd mellom ungdom og behandler, og det bidro til å skape en terapeutisk kontekst. En slik forståelse støtter ungdommenes ønske om at poliklinikkene bør tilrettelegge for behandlerbytte dersom de ikke opplever «kjemi» med sin behandler. Forandringsfabrikken (2014) undersøkte 120 norske ungdommer sine erfaringer fra psykisk helsevern, og her vektlegges behovet for å kunne påvirke valg eller bytte av behandler. En studie av Oruche og kollegaer (2014) viser tilsvarende, at ungdom som ikke kan påvirke behandlerbytte har større behandlingsfravall.

Ungdomstiden innebærer en spesiell varhet overfor opplevde trusler mot autonomi, og en naturlig bevegelse bort fra foreldre for å finne sin egen identitet. Det er nødvendig å ta hensyn til dette for å forstå hva som påvirker oppmøte til behandling (Block & Greeno, 2011; Plaistow et al., 2014). Økt egenkontroll gjennom medbestemmelse blir beskrevet som et viktig tiltak. Ungdom er mer skeptiske enn barn, derfor er det viktig å fokusere på ungdommers behov og forventinger i behandling (Kapp et al., 2017). Ungdom opplever gjerne at situasjonen deres endrer seg raskt. De ønsker hjelp tilsvarende raskt og en måte å kommunisere med behandler på dersom det er vanskelig for dem å møte opp (Kapp et al., 2017). Resultatene understreker ungdom sitt behov for fleksibel og individuelt tilpasset behandling. Dette er i overensstemmelse med fagfolk sine erfaringer (Bjønness et.al, 2020) og evaluering av pakkeforløp, som også foreslår mer bruk av feedback-verktøy (Ådanes et.al, 2020).

Ungdommene som ble inkludert i beslutninger og fikk være med å bestemme om de skulle ta medisiner uttrykte tilfredshet med behandlingen og hadde mindre behandlingsfravall. Resultatene samsvarer med en svensk studie som vektlegger styrkning av brukermedvirkning og en behandling som tilpasses ungdom sine behov (Persson et al., 2017). De som opplevde lite medbestemmelse rapporterte mindre tilfredshet, nytte, og mer ambivalens til behandlingen. Vi fant at ungdom som selv kunne kontrollere hvor ofte og tidspunkt for terapitimene i poliklinikken hadde høyere oppmøte. Tilsvarende erfaringer er gjort i England der en studie viste at ungdom i større grad tok kontroll over livene sine og at behandlingsoppmøtet økte etter at de ble involvert i beslutninger (Abrines-Jaume et al., 2016). Selv små valg mellom ganske like alternativer har stor betydning for motivasjonen fordi det øker delaktighet i egen

bedringsprosess og tilfredshet med helsetjenesten, som igjen gir bedre behandlingsresultat (Jager et al., 2017).

Våre resultater med en tillitsfull, likeverdig relasjon med behandler, fleksibilitet og medbestemmelse, indikerer et behov for en høy grad av brukermedvirkning. Personsentrert omsorg er en tilnærming som aktivt involverer ungdom i tråd med helsepolitiske retningslinjer (Helse- og omsorgsdepartementet, 2019; Regjeringen, 2017). Partnerskapet mellom behandler og personen med et hjelpebehov, der de skal møtes som likeverdige, er den mest sentrale delen av personsentrert omsorg. Det gir en individualisert tilnærming som vektlegger relasjon og medbestemmelse (Mezzich et.al, 2016; Ekman, Nordberg & Sweberg, 2014). Velvilje til å lytte til, stole på, og ta ungdommen med i beslutninger er sentrale elementer i personsentrert omsorg som i tidligere studier er knyttet til opplevd kvalitet (Bjønness, Viksveen, Johannessen, & Storm, 2020; Gondek et al., 2017; Kapp et al., 2017). En slik behandlingstilnærming vil kunne bidra til å redusere opplevelsen av maktubalanse og en stigmatiserende pasient-rolle.

Noen betraktninger til slutt: avbrutt behandling behøver ikke nødvendigvis være mislykket behandling. I noen situasjoner kan det tenkes at tilstrekkelig bedring av psykiske helse har funnet sted før ungdommen velger å avbryte behandlingen, eller at de mottar andre type helsetjenester. Vi har undersøkt ungdommenes erfaringer med tradisjonell poliklinisk behandling, men dersom en skal respektere individuelle preferanser, ønsker og behov må det tas høyde for at andre type helsetjenester eller behandlingsarenaer, for eksempel ambulante tjenester, kan være bedre egnet.

Begrensninger

Ved oppstart av studien var rekruttering planlagt gjennom behandlere. Det viste seg imidlertid vanskelig å rekruttere deltakere på denne måten, og det ble endret til rekruttering gjennom SMS etter behandlingsslutt. Det kan tenkes at rekruttering av ungdom som fortsatt var i behandling eller nylig hadde uteblitt fra polikliniske timer ville vært nyttig, men ved rekruttering gjennom SMS unngikk vi en mulig selektering av deltakerne fra behandlernes side. Et tydeligere skille mellom «ikke-møtt» og behandlingsfracfall og kun inklusjon av ungdom med behandlingsfracfall kunne økt studiens validitet, men dette lot seg ikke gjennomføre av praktiske hensyn og rekruttering (de Haan et.al, 2013). Vi valgte å rekruttere ungdommene fra BUP-poliklinikker i psykisk helsevern. En tilsvarende studie blant ungdom som har benyttet andre helsetilbud kunne tilført nyttig kunnskap om oppmøte og tjenesteutvikling. Vår studie har ikke tilstrekkelig datamateriale til å differensiere mellom ungdom med ulike utfordringer eller kjønn, og studien

mangler deltakere med minoritetsbakgrunn. Pårørende og helsepersonell sine erfaringer er ikke undersøkt, og kunne tilført nye perspektiver.

KONKLUSJON

Dersom ungdom opplever en tillitsfull relasjon med behandler og medbestemmelse i egen behandling reduseres behandlingsfrafall. Behovet for autonomi gjør det viktig for ungdom å få påvirke behandlingsavgjørelser. Økt selvstendighet gir økt opplevelse av kontroll og styrker indre motivasjon, som igjen øker oppmøtet. Vi fant at de som i utgangspunktet var motvillige til å ta imot hjelp ble mer aktivt deltakende etter å ha fått tilrettelagt informasjon og blitt invitert med til å delta i beslutninger. På bakgrunn av resultatene anbefales en personsentrert tilnærming der ungdom sin medbestemmelse og relasjon mellom ungdom og terapeut vektlegges. For å redusere «ikke møtt» og behandlingsfrafall i poliklinisk behandling anbefales i tillegg mulighet for telefonkontakt eller elektronisk kommunikasjon mellom ungdom og behandler/poliklinikk, samt kveldsåpne poliklinikker som gir et behandlingstilbud som ikke går utover skolegang.

REFERANSER

- Abrines-Jaume, N., Midgley, N., Hopkins, K., Hoffman, J., Martin, K., Law, D., & Wolpert, M. (2016). A qualitative analysis of implementing shared decision making in Child and Adolescent Mental Health Services in the United Kingdom: Stages and facilitators. *Clinical child psychology and psychiatry*, 21(1), 19-31. Hentet 30.10.20 fra <https://doi.org/10.1177/1359104514547596>
- Bate, P., & Robert, G. B. (2007). *Bringing user experience to healthcare improvement : the concepts, methods and practices of experience-based design*. Oxford: Radcliffe Publ.
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative research in psychology*, 3(2), 77-101. DOI: [10.1191/1478088706qp063oa](https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa)
- Braun, V., & Clarke, V. (2013). *Successful qualitative research: A practical guide for beginners*. London: SAGE
- Bøe, T.G., Storaker, R., & Nodland, S. (2011). Psykisk helsearbeid i Grenselandet. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 8(1), 196-205. Hentet 30.10.20 fra <http://www.idunn.no/tph/2011/03/art12>
- Bjønness, S., Viksveen, P., Johannessen, J. O., & Storm, M. (2020). User participation and shared decision-making in adolescent mental healthcare: a qualitative study of healthcare professionals' perspectives. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental*

- Health*, 14(1), 1-9. Hentet 30.10.20 fra
<https://capmh.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13034-020-0310-3>
- Block, A., & Greeno, C. (2011). Examining Outpatient Treatment Dropout in Adolescents: A Literature Review. *Child and Adolescent Social Work Journal*, 28(5), 393-420. DOI 10.1007/s10560-011-0237-x
- de Haan, A. M., Boon, A. E., de Jong, J. T. V. M., Hoeve, M., & Vermeiren, R. R. J. M. (2013). A meta-analytic review on treatment dropout in child and adolescent outpatient mental health care. *Clinical Psychology Review*, 33(5), 698-711.
<https://doi.org/10.1016/j.cpr.2013.04.005>
- Ekman, I., Nordberg, A., & Sweberg, K. (2014). Tillämpning av personcentrering inom hälso- och sjukvård. I I. Ekman (Red.), *Personcentrering inom hälso- og sjukvård. Från filosofi till praktik* (s. 69-96). Stockholm: Liber AB
- Forandringsfabrikken. (2014). *Psykisk helseProffene : unge med råd til psykisk helsevern*. Oslo: Forandringsfabrikken Forlag
- Francis, J. J., Johnston, M., Robertson, C., Glidewell, L., Entwistle, V., Eccles, M. P., & Grimshaw, J. M. (2010). What is an adequate sample size? Operationalising data saturation for theory-based interview studies. *Psychology and Health*, 25(10), 1229-1245. <https://doi.org/10.1080/08870440903194015>
- Gondek, D., Edbrooke-Childs, J., Velikonja, T., Chapman, L., Saunders, F., Hayes, D., & Wolpert, M. (2017). Facilitators and Barriers to Person-centred Care in Child and Young People Mental Health Services: A Systematic Review. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 24(4), 870-886. <https://doi.org/10.1002/cpp.2052>
- Gulliver, A., Griffiths, K. M., & Christensen, H. (2010). Perceived barriers and facilitators to mental health help-seeking in young people: a systematic review. *BMC Psychiatry*, 10(113). <https://doi.org/10.1186/1471-244X-10-113>
- Helsedirektoratet. (2008). *Veileder for poliklinikker i psykisk helsevern for barn og unge*. Oslo: Helsedirektoratet. Hentet 19.06.2020 fra <https://www.helsedirektoratet.no>
- Helsedirektoratet. (2020). *Aktivitetsdata for psykisk helsevern for barn og unge 2019*. (Rapport IS-2892). Trondheim: Helsedirektoratet. Hentet 19.06.2020 fra <https://www.helsedirektoratet.no>
- Helseforskningsloven. (2009). Lov om medisinsk og helsefaglig forskning (LOV-2018-06-22-76). Hentet 12.04.2021 fra https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2008-06-20-44#KAPITTEL_4

- Helse- og omsorgsdepartementet. (2019). Prop.121S (2018-2019). Opptrappingsplan for barn og unges psykiske helse (2019-2024). Oslo: Helse og omsorgsdepartementet. Hentet 30.10.20 fra <http://www.regjeringen.no>
- Jager, M., Reijneveld, S. A., Almansa, J., Metselaar, J., Knorth, E. J., & De Winter, A. F. (2017). Less reduction of psychosocial problems among adolescents with unmet communication needs. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 26(4), 403-412. DOI 10.1007/s00787-016-0901-y
- Kapp, C., Perlini, T., Jeanneret, T., Stephan, P., Rojas-Urrego, A., Macias, M., . . . Urban, S. (2017). Identifying the determinants of perceived quality in outpatient child and adolescent mental health services from the perspectives of parents and patients. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 26(10), 1-9. <https://doi.org/10.1007/s00787-017-0985-z>
- Kim, H., Munson, M., & McKay, M. (2012). Engagement in Mental Health Treatment Among Adolescents and Young Adults: A Systematic Review. *Child & Adolescent Social Work Journal*, 29(3), 241-266. <https://doi.org/10.1007/s10560-012-0256-2>
- Kvale, S., & Brinkmann, S. (2009). *Det kvalitative forskningsintervju* (T. M. Anderssen & J. Rygge, Overs. 2. utg. red.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Mezzich, J. E., Botbol, M., Christodoulou, G. N., Cloninger, C. R., & Salloum, I. M. (2016). Introduction to person-centered psychiatry. I *Person centered psychiatry* (1-15): Springer.
- Oruche, U. M., Downs, S., Holloway, E., Draucker, C., & Aalsma, M. (2014). Barriers and facilitators to treatment participation by adolescents in a community mental health clinic. *Journal of Psychiatric & Mental Health Nursing*, 21(3), 241-248. <https://doi.org/10.1111/jpm.12076>
- Persson, S., Hagquist, C., & Michelson, D. (2017). Young voices in mental health care: Exploring children's and adolescents' service experiences and preferences. *Clinical child psychology and psychiatry*, 22(1), 140-151. <https://doi.org/10.1177/1359104516656722>
- Plaistow, J., Masson, K., Koch, D., Wilson, J., Stark, R. M., Jones, P. B., & Lennox, B. R. (2014). Young people's views of UK mental health services. *Early Intervention In Psychiatry*, 8(1), 12-23. <https://doi.org/10.1111/eip.12060>
- Radez, J., Reardon, T., Creswell, C., Lawrence, P. J., Evdoka-Burton, G., & Waite, P. (2020). Why do children and adolescents (not) seek and access professional help for their

- mental health problems? A systematic review of quantitative and qualitative studies. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 1-29. <https://doi.org/10.1007/s00787-019-01469-4>
- Regjeringen. (2017). Mestre hele livet. Regjeringens strategi for god psykisk helse (2017-2022). Oslo: Regjeringen. Hentet 30.10.20 fra <http://www.regjeringen.no>
- Rickwood, D., & Bradford, S. (2012). The role of self-help in the treatment of mild anxiety disorders in young people: an evidence-based review. *Psychology Research and Behavior Management*, 5, 25-36.
- Slettebø, Å. (2012). En fenomenologisk inngang til profesjonsetikken. Tillit i praksis – forutsetning eller fortjeneste? *Nordisk Sygeplejeforskning*, 2(02), 148-155. Hentet 30.10.20 fra https://www.idunn.no/nsf/2012/02/en_fenomenologisk_inngang_tilprofesjonsetikken_-_tillit_i_
- Sletten, M. A., & Bakken, A. (2016). Psykiske helseplager blant ungdom – tidstrender og samfunnsmessige forklaringer : en kunnskapsoversikt og en empirisk analyse. (NOVA Note 4/16). Oslo: *Velferdsforskningsinstituttet*. Hentet 30.10.20 fra <https://utdanningsforskning.no/contentassets/a86bb0fa14dc452695ffc6512e6e9073/web-utgave-notat-4-16.pdf>
- Storm, M. & Edwards, A. (2013). Models of User Involvement in the Mental Health Context: Intentions and Implementation Challenges. *Psychiatric Quarterly*, 84(3), 313-327. <https://doi.org/10.1007/s11126-012-9247-x>
- World Medical Association. (2013). Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects. I WMA Assoc., *Declaration of Helsinki* (s. 2191-2194). Hentet 30.10.20 fra <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki-ethical-principles-for-medical-research-involving-human-subjects/>
- Ådnes, M., Kaspersen, S.L., Melby, L., & Lassemo, E. (2020). Pakkeforløp for psykisk helse og rus -fagfolks erfaringer første året. *SINTEF rapport*, 64. Hentet 20.11.2020 fra <https://www.sintef.no/publikasjoner/publikasjon/?pubid=1799826>
- Årseth, A. L., Torjussen, E., & Johannessen, B. (2019). Hva hindrer unge voksne i å møte til rusbehandling? *Sykepleien Forskning*, 14. DOI: 10.4220/Sykepleienf.2019.76440