

Ungdoms erfaringer med poliklinisk behandling i psykiske helsevern

En kvalitativ studie med fokus på oppmøte og behandlingsfrfall



Universitetet
i Stavanger

Institutt for Helsefag

Master i Helsevitenskap, Spesialisering: selvvalgt fordypning

Masteroppgave (50 studiepoeng)

Student: Stig Bjønness

Veileder: Marianne Storm

Dato: Mai 2015

MASTERSTUDIUM I HELSEVITENSKAP

MASTEROPPGAVE

SEMESTER: Vår 2015

FORFATTER /MASTERKANDIDAT: Stig Bjønness

VEILEDER: Marianne Storm, førsteamanuensis /post doc

TITTEL PÅ MASTEROPPGAVE:

Norsk tittel: Ungdoms erfaring med poliklinisk behandling i psykisk helsevern: En kvalitativ studie med fokus på oppmøte og behandlingsfravall.

Engelsk tittel: Adolescents' experiences with outpatient mental health care: A qualitative study in treatment drop-out.

EMNEORD /STIKKORD:

Psykisk helsevern, ungdom, poliklinikk, behandlingsfravall, pasienterfaringer
Mental health care, adolescent, outpatient clinic, drop-out, experience

ANTALL SIDER: 70 + vedlegg

Stavanger 25. mai 2015

Innhold

Sammendrag.....	1
1 Innledning.....	2
1.1 Studiens formål.....	4
1.2 Problemstilling og forskningsspørsmål.....	4
1.2.1 Begrepsavklaring.....	4
1.3 Oppbygning av oppgaven.....	5
2 Tidligere forskning på området.....	7
2.1 Ungdom og pasienterfaringer fra BUP.....	7
2.2 Oppmøte og behandlingsfrfall.....	9
2.3 E-helse.....	11
3 Teori.....	13
3.1 Myndiggjøring og brukermedvirkning.....	13
3.1.1 Helsepolitisk forankring.....	15
3.1.2 Lovmessig forankring.....	15
3.2 Selvbestemmelsesteori.....	16
4 Metode.....	19
4.1 Fenomenologisk-hermeneutisk metodisk forankring.....	19
4.2 Forskningsfeltet.....	20
4.3 Deltakere.....	20
4.3.1 Rekruttering og praktisk gjennomføring.....	21
4.3.2 Demografi.....	22
4.4 Intervjuet.....	23
4.4.1 Intervjuguiden.....	24
4.5 Analyse og kvalitet.....	25
4.6 Pålitelighet, gyldighet og overførbarhet.....	27
4.6.1 Pålitelighet.....	27
4.6.2 Gyldighet.....	28
4.6.3 Overførbarhet.....	29
4.7 Forskningsetiske vurderinger.....	29
4.7.1 Forforståelse.....	30
4.7.2 Forskning i eget praksisfelt.....	31
5 Funn.....	33
5.1 Bli kjent eller bytte.....	33
Oppsummering:.....	37
5.2 Forståelse og kontroll.....	38

Oppsummering:	42
5.3 Å bli tatt på alvor	42
Oppsummering	46
5.4 Tro på bedring	46
Oppsummering:	50
5.5 Fortrolighet og direkte kontakt	51
Oppsummering:	54
6 Diskusjon	56
6.1 Fra utrygghet til tillit	56
6.2 Fra avhengighet til selvstendighet	59
6.3 Fra offline til online	63
6.4 Metodekritikk og generelle betraktninger	65
7 Konklusjon	67
7.1 Implikasjoner for praksis	68
7.2 Videre forskning	70
Referanser	71

Vedlegg

- 1 Avtale i forbindelse med masteroppgave knyttet til offentlig virksomhet
- 2 Informasjonsskriv og skjema for samtykke til deltakelse i studien
- 3 Intervjuguide
- 4 Brev fra REK
- 5 Godkjenning fra Personvernombudet

Sammendrag

Forekomsten av psykiske lidelser er høy blant ungdom, samtidig vegrer ungdom seg ofte for å ta imot hjelp. Mange møter ikke opp eller dropper ut fra behandling. Formålet med denne studien var å bidra med kunnskap om hva som fasiliterer oppmøte og kan forebygge behandlingsfracfall for ungdom i poliklinisk behandling i psykisk helsevern. Studien undersøkte ungdoms erfaringer med hva som var nyttig i et behandlingstilbud, hva som skapte motivasjon til å fortsette, og om e-helse kunne benyttes som et hjelpemiddel i denne sammenheng. Det ble benyttet en kvalitativ metode med eksplorerende design, og gjennomført semistrukturerte intervju med 14 ungdommer over 16 år som hadde erfaring fra poliklinisk behandling. Det ble benyttet en temasentrert analysemetode med meningsfortetting. Funnene viste at utrygghet, tidligere negative erfaringer og stigmatisering gjorde oppstarten vanskelig. Ungdommene trengte tid for å bli kjent og knytte en tillitsfull relasjon med behandler. For ungdommene var det viktig å bli tatt på alvor og kunne påvirke behandlingsavgjørelser. De ønsket tett oppfølging og støtte både fra behandler og foreldre, men ønsket ikke at foreldre skulle involveres i behandlingen uten at de hadde kontrollen selv. Ungdommene savnet informasjon fra poliklinikken og en direkte, fortrolig kommunikasjonskanal med behandler mellom terapitimene. Ufrivillig behandlerbytte, eller at ungdommene ikke fikk mulighet til å påvirke valg av behandler, gikk ut over oppmøtet. Funnene i studien ble knyttet til ungdommens behov for tillit og selvstendighet. Pasientdeltakelse i behandlingsbeslutninger reduserte behandlingsfracfallet. Basert på resultatene i denne studien anbefales systematisk bruk av samvalg og økt bruk av e-helse som hjelpemiddel poliklinisk behandling.

1 Innledning

Ungdomstiden er en sårbar periode. Den representerer overgangen fra barn til voksen, med omfattende relasjonelle endringer, løsrivelse og stort autonomibehov. Utfordringer knyttet til identitet, kropp og seksualitet forbindes med denne perioden. Hjernens utvikling i puberteten er den største vi mennesker opplever i livet, etter våre to første leveår. Det gjør verden til et komplisert og forvirrende sted (Hart & Schwartz, 2009, s. 182,233; Hartberg & Hegna, 2014, s. 13). Ungdomstiden er også 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, s. 113; Plaistow et al., 2014, s. 12). I Norge mangler vi tall på akkurat hvor høy forekomsten er blant ungdom, men basert på internasjonale studier antas den å være rundt 15 % (Mathiesen, Karevold, & Knudsen, 2009, s. 16; Nes & Clench-Aas, 2011).

Det er spesialisthelsetjenesten som har ansvaret for barn og unge med alvorlige psykiske helseproblemer. Om lag 5 % av alle barn og unge i Norge mottar et behandlingstilbud fra psykisk helsevern for barn og unge. De aller fleste av dem (97 %) får denne behandlingen ved poliklinikker (Helsedirektoratet, 2008, s. 1). Helsemyndighetene ønsker å nå fram til flest mulig med et tilgjengelig og likeverdig helsetilbud, som er kunnskaps- og erfaringsbasert. Brukererfaringer skal være en del av kunnskapsgrunnet, og det fokuseres på økt brukermedvirkning på individ og systemnivå for å heve kvaliteten på tjenestene (Sosial- og, 2005, s. 34; 2007, s. 26-27). For å undersøke kvaliteten i helsetilbudet brukes det kvalitetsindikatorer i form av kvantitative data. De sier imidlertid lite om hvordan det går med de som får hjelp, og enda mindre om hvordan de selv opplevde tilbudet (Hofgaard, 2011; Nilsen, 2011). Det er behov for mer kunnskap om hvordan helsetjenestene oppleves av ungdom, hva de er tilfreds og utilfreds med (Hofgaard, 2011; Nilsen, 2011). De fleste studier forholder seg til barn og unge som en gruppe. Dermed er det også begrenset kunnskap om hvordan ungdom oppfatter behandlingstilbudet og tar sine valg i forhold til dette (Block, Gjesfjeld, & Greeno, 2013, s. 22).

Manglende oppmøte til poliklinisk behandling er blitt et økende problem som helsemyndighetene ønsker å gjøre noe med (Frafjord, 2014). Ungdomsgruppen ser ut til å utebli fra samtaler langt hyppigere enn andre pasientgrupper, og dropper oftere ut av behandling (Hersoug & Ulberg, 2013, s. 29; D. Rickwood & Bradford, 2012, s. 25). Tall hentet fra Helse Stavanger HF (2014) viser at andelen ikke møtt totalt er gjennomsnittlig 8 % ved BUP poliklinikkene. I dette tallet inngår all behandlingskontakt for barn og unge fra 0-18 år, også kontakt med foreldre og andre voksne. Det er derfor grunn til å anta at tallene for ungdom som ikke møter er langt høyere. Internasjonalt regner en med at mellom 28 og 75 % av ungdommer avslutter eller dropper ut av behandling for tidlig (de Haan, Boon, Vermeiren, de Jong, & Hoeve, 2013, s. 698). Dette går selvfølgelig kraftig ut over helsevesenets ressurser, men sier samtidig noe om at det er vanskelig å nå fram til de ungdommene som trenger hjelp.

Det er lite kunnskap om hva norsk ungdom opplever at fremmer eller hemmer oppmøtet ved barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikker, og derfor behov for å se på internasjonal forskning. Psykoedukasjon, reduksjon av stigma og styrkning av ungdoms tro på seg selv er anbefalte strategier for å redusere barrieren for å ta imot hjelp (Gulliver et al., 2010). Systematisk bruk av skriftlig materiale anbefales som et supplement til behandlingstilnærminger (Donker, Griffiths, Cuijpers, & Christensen, 2009). Språket i skriftlig materiale og selvhjelps litteratur kan imidlertid ofte være for vanskelig eller ikke tilpasset unge (Berge & Repål, 2012, s. 53). Ungdommen på sin side er aktivt søkende, og ulik teknologi bør vurderes for å opprettholde kontakt (Fenger, Lau, Mortensen, & Poulsen, 2011, s. 189). Norske myndigheter legger opp til økt satsning på bruk av informasjons- og kommunikasjonsteknologi (e-helse) for å bedre helsetjenestene. E-helse kan bedre samarbeidet mellom pasient og helsepersonell, samt øke tilgjengeligheten og bruken av ordinære helsetjenester (Helse- og omsorgsdepartementet, 2010, s. 7,10; Rambøll, 2013, s. 105). Spesielt relatert til behandling av ungdom kan dette være et nyttig supplement med stort potensiale (Sørensen, Andreassen, & Wangberg, 2013, s. 23).

1.1 Studiens formål

Formålet med studien er å bidra med ny kunnskap knyttet til ungdommenes erfaringer etter et poliklinisk behandlingstilbud, med fokus på faktorer som har betydning for oppmøte ved poliklinikker. Denne kunnskapen vil kunne være nyttig i møte med ungdommer, og for å forebygge behandlingsfracfall. Studien vil samtidig gi kunnskap om ungdommers erfaringer knyttet til bruk av informasjons- og kommunikasjonsteknologi i kontakten med BUP, og som supplement til poliklinisk behandling.

1.2 Problemstilling og forskningsspørsmål

Studiens problemstilling er: *Hvilke erfaringer har ungdom med poliklinisk behandling i BUP, og hvordan kan vi forstå oppmøte og behandlingsfracfall i lys av denne erfaringen?* Problemstillingen tar utgangspunkt i at alle ungdommene som har fått et behandlingstilbud i BUP har erfaringer som kan bidra til å belyse faktorer som har betydning for oppmøte.

For å få innsikt i hva som fremmer og hemmer oppmøte er det utformet tre forskningsspørsmål:

1. Hva vurderer ungdommen selv som mest nyttig i et behandlingstilbud?
2. Hva opplever ungdommen gir motivasjon til å fortsette i behandling ved BUP?
3. Hva slags erfaringer har ungdommen med e-helse, og kan e-helse brukes som et hjelpemiddel under et ordinært behandlingsforløp?

1.2.1 Begrepsavklaring

Her følger en kort forklaring av noen sentrale ord i problemstillingen og forskningsspørsmålene:

Erfaring setter fokus på enkeltindividets opplevelse. Bak dette ligger en fenomenologisk tilnærming som tar utgangspunkt i Husserls begrep livsverden. Den opplevde erfaringen av verden, slik den subjektivt framstår for enkeltindividets sanser, følelser og forstand utgjør ungdommens livsverden (Svenaeus, 2011, s. 44-46).

Ungdommene som omtales er i alderen 16-18 år, men ettersom deres erfaringer kan spores flere år tilbake i tid vil funnene være aktuelle for en bredere aldersgruppe. Felles for ungdommene er at de har rett på helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten.

BUP er forkortelse for barne- og ungdomspsykiatri, tilsvarende det engelske Child and Adolescent Psychiatry (CAP). Den rette betegnelsen etter dagens helsepolitikk er egentlig psykisk helsevern for barn og ungdom. På engelsk Child and Adolescent Mental Health Services (CAMHS). Ettersom BUP fortsatt er en vanlig betegnelse er den forkortelsen beholdt for enkelhetsskyld, og vil være synonymt med poliklinikker i psykisk helsevern for barn og ungdom i denne oppgaven.

Med *e-helse* menes all bruk av informasjons og kommunikasjonsteknologi (IKT) som er helserelatert. Fra enkle søk på internett til systematisk bruk av selvhjelpsprogrammer. *E-terapi* er en form for e-helse der elektronisk samhandling brukes i terapeutisk øyemed, alene eller som supplement til annen behandling.

Behandlingsfravall er her definert som å avslutte behandling før den er fullført, uten at det er kommet til enighet mellom pasient og behandler. Altså at ungdommen ikke lenger dukker opp på poliklinikken, uavhengig av årsak. Enkelttimer med fravær omtales som ikke møtt, og mindre oppmøte enn opprinnelig planlagt defineres ikke som behandlingsfravall. Behandlingsfravall tilsvarer det engelske uttrykket drop-out, som ofte blir brukt i samme betydning. Begge begrepene er brukt i denne oppgaven.

Motivasjon kommer fra det latinske ordet movere som betyr bevege eller flytte. Motivasjonsbegrepet forbindes gjerne med hvor mye krefter som legges ned for å gjennomføre noe. I denne sammenheng hva som skal til for å møte på en poliklinikk. Motivasjon deles inn i ytre motiverende faktorer og de individuelle indre drivkreftene, og knyttes også til hva ungdommen selv tror de vil klare å gjennomføre (Bandura, 1997, s. 3; Hein, 2009, s. 9)

1.3 Oppbygning av oppgaven

Etter innledningen gis en oversikt over foreliggende forskning om pasienterfaringer fra BUP, oppmøteproblematikk og e-helse. Deretter presenteres studiens teoretiske

rammeverk i kapittel 3. I kapittel 4 redegjøres det for design og bakgrunn for valg av metode. Det gis en demografisk oversikt over informantene og presenteres framgangsmåte for rekruttering, datainnsamling og analyse. Oppgavens epistemologiske forankring, etiske overveielser, egen forforståelse, samt vurdering av studiens gyldighet og pålitelighet inngår i metodekapittelet. Kapittel 5 inneholder presentasjon av studiens funn, og i kapittel 6 drøftes funnene i lys av teori, tidligere forskning og annen aktuell litteratur. Konklusjon og implikasjoner for praksis presenteres i kapittel 7.

2 Tidligere forskning på området

For å finne fram til tidligere forskning er det gjort søk i databaser. Oria er en database som gir treff i artikler fra flere databaser og bibliotek, i tillegg er det gjort egne søk i Medline, Cinahl, SveMed+, samt søkemotoren Google Scholar. Det er brukt søkeordene: adolescent, mental health care, CAP, CAMHS, outpatient, experience, quality, patient satisfaction, drop-out og eHealth. Det er benyttet ulike kombinasjoner og gjort tilsvarende søk på norsk. Det er også gjort nye og supplerende søk underveis, både fordi det har vært behov for å utvide det teoretiske perspektivet og for å være oppdatert på nye publikasjoner. Ved bruk av eksplorerende design er det vanlig at det teoretiske perspektivet endrer seg på bakgrunn av funn underveis i studien (Thagaard, 2009). Referanselister er brukt som inspirasjon til videre manuelle søk.

2.1 Ungdom og pasienterfaringer fra BUP

I en norsk forskningsstudie ble alliansebygging i psykoterapi med ungdommer studert. Voksne som var tidligere pasienter ble intervjuet. Hovedfunnet viste viktigheten av en varm relasjon, et forhold mellom pasient og terapeuten som bygde på respekt og tillit. Alle informantene hadde gått i langvarig terapi (gjennomsnitt på 5,5 år), og forskerne konkluderte blant annet med at det er behov for flere eksplorative undersøkelser der pasientene har annen bakgrunn og terapierfaring enn de som var inkludert i studien (Binder, Holgersen, & Nielsen, 2009).

Som en del av evalueringen av Opptappingsplanen for psykisk helse ble det på oppdrag av Norges forskningsråd gjennomført et prosjekt som undersøkte brukere og pårørendes erfaringer med medvirkning og samordning i psykiatrien. Som en del av dette prosjektet ble åtte ungdommer (kun jenter fordi ingen gutter samtykket) intervjuet to ganger i perioden 2004-2006. Nesten alle hadde gruet seg i forkant av kontakten med BUP, og ventetiden beskrives som lang. De fleste uttrykte at de var fornøyde med tilbudet og behandler da de kom i gang. Nesten ingen kjente til behandlingsplanen. Behandlerbytte ble beskrevet som et problem, og flere savnet konkret informasjon om sykdommen og hva som kunne gjøres (Sverdrup, Myrvold, & Kristofersen, 2007, s. 1,82,92-95).

I en annen norsk kvalitativ studie ble 20 barn og ungdom med diagnosen PTSD og deres foreldre intervjuet om hvordan de opplevde behandlingsforløpet ved BUP. Både barn og foreldre var engstelige før det første møtet, men opplevde å få god hjelp. For barna var det viktig å like terapeuten, og de var opptatt av å få være med å bestemme tema i samtalene. Foreldrene la vekt på veiledning og emosjonell støtte. Opplevelse av tillit, forståelse og medvirkning ble identifisert som sentrale faktorer (Dittmann, 2010, s. 31-37).

En SINTEF rapport evaluerer også Opptrappingsplanen for psykisk helse (Andersson, 2009). Rapporten bygger på tre større delstudier i BUP fra 2007 og 2008, med tallmateriale fra BUP institusjoner og poliklinikker, samt en brukerundersøkelse. Brukerundersøkelsen omfatter ikke de som har mottatt et poliklinisk tilbud. Et av funnene er at totalt sett får flere barn og unge et tilbud gjennom BUP, og at ungdom utgjør den største gruppa. Mange av pasientene vurderes å ha udekket behov. For omtrent 30 % av pasientene er det i liten grad tilrettelagt for medvirkning på behandlingstilbudet.

Høsten 2014 ble det gitt ut et hefte basert på 120 unge «psykisk helse proffer» sine erfaringer og råd til BUP. Ungdommene var mellom 14 og 24 år, kom fra ulike steder i Norge, og alle hadde erfaring fra BUP poliklinikk eller innleggelse. Her blir det gitt en rekke råd om at fremtidens psykiske helsevern bør bygge på verdiene: åpenhet og ærlighet, varme og medmenneskelighet, normalitet og likeverd, tro på og ta på alvor (Forandringsfabrikken, 2014, s. 6-9).

I arbeidet med å dokumentere brukerfaringer fra BUP er foresattes vurderinger nyttige. I en nasjonal undersøkelse evaluerte foresatte tjenesten til deres barn ved poliklinikker over hele landet. Det ble rapportert om gode erfaringer med poliklinikkene, men med størst forbedringspotensial på området informasjon og medbestemmelse (Bjertnæs et al., 2008). I samme artikkel påpekes det at det er en åpenbar begrensning at barn og ungdom ikke har vært informanter.

Siden det foreligger lite kvalitativ forskning fra BUP feltet i Norge der ungdom selv har vært informanter, er det nyttig å inkludere kvantitative studier og studier gjort innen psykisk helsevern for voksne som en del av bakgrunnsteppet for prosjektet (Richter,

Halliday, Grømer, & Dybdahl, 2009, s. 267). I en studie utført ved 90 poliklinikker viste funnene at pasientinvolvering og opplevd respekt hadde størst betydning for positiv opplevelse av behandlingen (Oltedal, Garratt, & Johannessen, 2007).

Internasjonalt er det gjort flere studier. En systematisk gjennomgang av publisert litteratur om unges erfaringer og synspunkter i England identifiserte 31 studier (Plaistow et al., 2014). De unge hadde et positivt syn på helsepersonellet sine kvaliteter og støtte til selvhjulpenhet. Negative sider var stigma, medikalisering og mangel på informasjon og kontinuitet. Her konkluderes det med at unge har klare synspunkter på positive og negative sider ved helsetjenestene som vil være nyttige å ta hensyn til i tjenesteutformingen. Samtidig etterlyses det studier som undersøker synspunktene til etniske minoritetsgrupper og ungdom som helsetjenesten har mistet kontakt med.

En studie i USA intervjuet 143 ungdommer og deres foreldre om erfaringene med poliklinisk behandling. Både ungdommen og foreldre rapporterte om høy tilfredshet, men korrelasjonene mellom dem var lav. Ungdoms tilfredshet var assosiert med positiv forventning. Foreldrenes tilfredshet hang sammen med en opplevelse av lavere omsorgsbelastning og økt funksjon, tett oppfølging og flere terapitimer (Garland, Haine, & Boxmeyer, 2007, s. 45). En annen amerikansk studie kombinerte kvantitativ og kvalitativ metode, og intervjuet 25 ungdommer. Opplevelse av poliklinisk behandling ble undersøkt, og de fant at ungdom var mest opptatt av autonomi. Ungdommen var bekymret for stigmatisering og at foreldrene skulle vite hva de snakket om. De kjempet for å være uavhengige fra foreldrene. Kampen for autonomi ble spilt ut i det terapeutiske forholdet, og det var viktig med individuelle terapitimer (Block et al., 2013, s. 31-33).

2.2 Oppmøte og behandlingsfrfall

Når det gjelder oppmøte er det lite norsk, men mye internasjonal forskning. En litteraturgjennomgang fra 2011 (Block & Greeno) lette spesifikt etter studier knyttet til behandlingsfrfall og ungdom i poliklinisk behandling for psykiske plager. De fant 32 studier, alle knyttet til barn eller voksne, men ingen av studiene hadde ungdom som

informanter. Beskrivelsene de fant la vekt på risikofaktorer knyttet til ubehandlet psykisk lidelse, men det var ikke fokusert på faktorer som kunne fremme oppmøte.

Når ungdom kommer i kontakt med BUP etter initiativ fra voksne, eller på bakgrunn av et kompromiss, øker sannsynligheten for behandlingsfravall sammenlignet med andre pasientgrupper (Hersoug & Ulberg, 2013, s. 29; Parson, Radford, & Horne, 1999, s. 217). Noen studier fra USA hevder at så mange som 40-60 % av ungdom dropper ut av terapi eller avslutter mot behandlers råd (Kazdin, 2000, s. 50; Oruche, Draucker, Downs, Holloway, & Aalsma, 2014), mens andre angir et sted mellom 31 og 78 % (Block & Greeno, 2011). Til sammenligning har en dansk studie av voksne i terapi funnet at 27 % ikke møter opp til behandling, og 11,7 % dropper ut av behandlingen. Både demografiske og kliniske faktorer påvirket oppmøtet, som var lavest hos de yngste informantene uten høyere utdanning (Fenger et al., 2011, s. 183).

I en kvalitativ studie fra USA i 2013 (Oruche et al.) har 12 ungdommer og deres foreldre fortalt om forhold som påvirker behandlingsfravall fra poliklinisk behandling. Lang ventetid, hyppig behandlerbytte og negative holdninger fra de ansatte ledet til fravall fra behandlingen. Opplevelse av å bli respektert, god kommunikasjon og medvirkning på behandlingen bidro til å øke oppmøte. Foreldrene mente i tillegg at automatiske timepåminning, transport og støttegrupper ville bidra til økt oppmøte.

Gulliver et al. (2010) har gjort en systematisk gjennomgang av studier som ser på hva som fremmer og hemmer hjelpesøkende atferd hos unge. Omkring 70 % av unge med alvorlige symptomer på angst eller depresjon søker ikke hjelp, noe som settes i sammenheng med manglende kunnskap, stigmatisering og at ungdom mente de burde håndtere vanskene selv. Det er lite informasjon om hva som fremmer hjelpesøkende atferd, bortsett fra tidligere positive erfaringer. Det anbefales mer satsning på selvhjelpsmateriale rettet mot ungdom (2010, s. 1,6-7).

Majoriteten av de som dropper ut gjør det tidlig i et behandlingsforløp. Manglende motivasjon og konflikt med foreldre som ikke makter ta kampen, kan påvirke oppmøte. Positive forsterkere som utgjør mer attraktive alternativer eller andre forstyrrelser i omgivelsene er også faktorer som sannsynliggjør behandlingsfravall fra BUP (Kazdin, 2000, s. 50; Parson et al., 1999, s. 217). Det antas at ungdom som dropper ut klarer seg

dårligere, men det er lite studert fordi de vanligvis ikke fyller ut evalueringsskjema eller resultatmålinger. Mange opplever sannsynligvis også bedring, og slutter fordi de ikke selv ser behov for å fortsette (Kazdin, 2000, s. 178). Det er nødvendig at ungdommene selv evaluerer underveis for å vite hvilke faktorer som påvirker oppmøte, og hvordan behandlingen bør tilpasses etter dette (Duncan, Sparks, & Miller, 2004, s. 178). Dersom ungdom dropper ut av behandlingen, får de en negativ erfaring med helsetjenesten som gjør terskelen for å søke hjelp senere høyere (Block & Greeno, 2011).

2.3 E-helse

Selv om en kunne forvente en stor økning i bruk av e-helse siste tiår har utviklingen vært forsiktig, og stagnert fra 2007. Allikevel er det 78 % som bruker internett til helseinformasjon. Ungdom bruker e-helse mest, og i aldersgruppen 15-29 år er det 30% som har brukt helseapper og selvhjelpsprogram (Sørensen et al., 2013, s. 13-14). Internettbasert informasjon og intervensjoner blir i stor grad brukt av unge, og er nyttige for å engasjere ungdom til å søke videre hjelp (Rickwood, Deane, & Wilson, 2007, s. 38)

En studie fra New Zealand undersøkte effekten av et internettbasert selvhjelpsprogram for ungdom (Ingram & Moreno, 2012, s. 968). De fant tilsvarende effekt som ved ordinær behandling for depresjon og angst. De anbefalte programmer som er målrettet mot ungdom for å nå fram til de som ikke får dekket sitt behov for behandling. Samtidig påpekes det at det er begrenset kunnskap om effekten av e-terapi for ungdom, da det meste av forskningen retter seg mot voksne.

To systematiske gjennomganger av internasjonale studier fant henholdsvis kun seks og 13 studier som inkluderte barn og unge (Ebert et al., 2015; Rickwood & Bradford, 2012, s. 33). Selvhjelpsprogrammer blir her anbefalt for å etablere kontakt eller nå fram til grupper som ikke søker behandling. Dette gjelder spesielt unge gutter og ungdommer med fremmedkulturell bakgrunn. Best effekt fikk en dersom det elektroniske selvhjelpsprogrammet ble kombinert med en form for behandler-kontakt

Både helsemyndigheter og forskning anbefaler en økt satsning på e-terapi som et supplement til annen behandling (Berge & Repål, 2012, s. 49; Jensen, 2014, s. 27).

Faglitteraturen omtaler hovedsakelig bruk av e-terapi alene, men en norsk kvalitativ studie med e-terapi som et supplement til ordinær poliklinisk behandling viser til gode erfaringer fra ungdom. Også behandlerne var positive, erfarte effekt for de unge, men opplevde selv en del tekniske utfordringer. Ved en kombinasjon av vanlig terapi og e-terapi kan en utnytte fordelene og kompensere for ulempene ved begge modaliteter (Birkeland, Rimehaug, Arefjord, & Jøraas, 2009; Jøraas, Rimehaug, Birkeland, & Arefjord, 2009).

2.4 Oppsummering

Oppsummert tyder forskningen på at relasjonen mellom pasient og behandler, informasjon og medvirkning er sentralt for hvordan ungdom opplever helsetilbudet. Ungdom ønsker behandling uten foreldrenes deltakelse, og det foreldre rapporterer samsvarer bare delvis med ungdommers egen opplevelse. Det er relativt få studier der ungdom selv har vært informanter, og ofte er barn og ungdom behandlet som en gruppe selv om de har ulike behov. Det anbefales flere kvalitative studier der ungdommens stemme blir hørt (Bjertnæs et al., 2008; Nilsen, 2011). Basert på internasjonal forskning ser kontinuitet, opplevelse av å bli respektert og medvirkning ut til å ha betydning for oppmøtet. Også her etterlyses imidlertid studier som undersøker ungdommens syn på faktorer knyttet til oppmøte (Block & Greeno, 2011; Plaistow et al., 2014). Bruk av elektroniske ressurser eller e-helse øker helsetjenestenes tilgjengelighet og utgjør et potensiale som i liten grad er utnyttet (Nordgreen & Havik, 2011; Rambøll, 2013, s. 106). Ungdom synes å være mer kritiske til tradisjonell terapi enn andre aldersgrupper, og her anbefales en kombinasjon av vanlige samtaler og e-terapi. E-helse kan representere et alternativ til de som strever med å møte til ordinær behandling eller ikke har tjenester tilgjengelig i nærmiljøet, men det er ikke gjort forskning på e-helse som mulig hjelpemiddel for å øke oppmøte i poliklinikk.

3 Teori

Myndiggjøring (empowerment) presenteres som en overbyggende teori. I forbindelse med myndiggjøring gis det en oversikt over brukermedvirkning, samt politisk og lovmessig forankring. Ettersom studien forsøker å forstå hva som har betydning for ungdoms oppmøte på BUP, presenteres også en motivasjonsteori som kan gi forståelse for hva som skal til for at ungdom klarer og ta imot og nyttiggjøre seg av helsehjelp. Deci & Ryan sin selvbestemmelsesteori (Self-Determination Theory) er anerkjent som en viktig teori for analyse av motivasjon (Aarø & Klepp, 2009, s. 33; Tesser, Stapel, & Wood, 2002, s. 5). Både myndiggjøring og selvbestemmelsesteori bygger på autonomi og beskriver prosesser som gir økt opplevelse av kontroll.

3.1 Myndiggjøring og brukermedvirkning

Empowermentbegrepet har sitt utspring i de sosiale protestbevegelsene som vokste fram i USA på 1960-og 70-tallet. Opprør og frigjøring knyttet til parolen «power to the people» har også hatt en kobling til ideen om hjelp til selvhjelp. Pasienter og brukerorganisasjoner har kjempet for å oppnå rettigheter og innflytelse på helsetilbudet på en måte som kan sammenlignes med empowerment-bevegelsen (Storm, Rennesund, & Jensen, 2009, s. 21). Den søramerikanske pedagogen Freire har også vært sentral i utviklingen av empowerment. Gjennom sitt arbeid for å hjelpe undertrykte arbeidere mente han bevisstgjøring var nødvendig for å skape endring og frigjøring (Askheim, 2007, s. 21). Empowerment er en styrkning av enkeltindividet som innebærer en maktforskyvning fra behandler til pasient. Fordi det er assosiert med vekst og utvikling treffer det godt i forhold til ungdom. Ungdomstiden kjennetegnes med løsrivelse og stort autonomibehov, og assosieres gjerne med en form for opprør og frigjøring i forhold til foreldre. En endringsprosess der myndiggjøring i seg selv er et naturlig mål. Myndiggjøring er også en vanlig oversettelse av empowermentbegrepet (Askheim, 2007, s. 28; Sørensen & Graff-Iversen, 2001, s. 722). Videre i denne oppgaven benyttes det norske ordet myndiggjøring.

Det er ulike tilnærminger til myndiggjøring. Enkeltindividets eller gruppers handlinger for å etablere kontroll opp mot samfunnsmessige og strukturelle forhold er

myndiggjøring som motmakt. Individorienterte tilnærminger vektlegger ideen om det selvstendige og frie mennesket. En terapeutisk posisjon er en individorientert tilnærming. Målet er å styrke individets deltakelse i egen endringsprosess, som ved selvhjelparbeid der individet bevisstgjøres og samler styrke (Askheim, 2012, s. 21,37,46). I denne sammenheng blir uavhengighet og autonomi grunnleggende. Autonomi handler om anerkjennelse av individets opplevelse, kompetanse og selvstendighet til å ta egne valg, og er i prinsippet nødvendig for at brukervedvirkningen kan bli reel (Gullslett & Ekeland, 2012, s. 16).

Brukermedvirkning kan betraktes som et resultat av myndiggjøring, og disse to begrepene kobles gjerne sammen. Nivået av pasientens delaktighet varierer fra et minimum med lovpålagt informasjon og medvirkning til full brukerstyring. Reel brukervedvirkning innebærer at pasienten har et avgjørende ord med i behandlingsbeslutninger. Jo tidligere pasientene trekkes inn i beslutningsprosessen, desto mer reell påvirkning får de (Rønning, 2007, s. 36-38). Innenfor brukervedvirkning eksisterer det flere modeller. Shared decision-making er et høyere nivå av brukervedvirkning der hjelpeapparat og behandler avgir noe av sin myndighet slik at pasienten blir en samarbeidspartner. Pasient og behandler kommer gjennom en prosess fram til en felles avgjørelse, noe som øker pasientdeltakelsen i beslutningsprosesser og gir økt pasienttilfredshet (Storm & Edwards, 2013, s. 318). Shared decision-making er blitt oversatt til samvalg på norsk, som også er det ordet brukerorganisasjonene foretrekker (Kienlin, Kløvtveit, & Winje, 2015).

Terapeutisk endring påvirkes i stor grad av pasienten selv, og ulike behandlingsmetoder gir i hovedsak samme effekt. En modell over virksomme faktorer kan deles inn i; placebo 15 %, metoder/teknikker 15 %, kvalitet på relasjon 30 %, og pasientens bidrag og ressurser 40 %. (Bakke, 2009; Duncan et al., 2004, s. 33; Stoltenberg, 2007, s. 14). En viktig faktor for utfall av behandling ligger altså utenfor terapirommet, hos pasienten selv. Denne ressursen blir kun utnyttet dersom pasienten selv gis innflytelse. Myndiggjøring og en god relasjon mellom pasient og behandler er dermed nøkkelen til vellykket behandling (Tuseth, 2007, s. 218; Waldenstrøm, 2007, s. 50). Relasjonen mellom behandler og pasient bygger på empati. Pasientens delaktighet og behandlerens empati uten å forvente noe tilbake, kan knyttes til omsorgsbegrepet, som en

kontekstuell forutsetning for at behandlingen skal gi effekt (Ekeland, 2007, s. 44,50; Stoltenberg, 2007, s. 14). Relasjonens betydning i behandling omtales også som allianse. I forståelsen av allianse er Brodin sin modell den mest anerkjente. Den har tre komponenter; et følelsesmessig bånd, gjensidig enighet om behandlingsmål og enighet om strategier for å nå målene (Kåver, 2012, s. 30).

3.1.1 Helsepolitisk forankring

Ideer om helse og sykdom har endret seg parallelt med de politiske og lovmessige føringene. Det har gitt et skifte fra planlagt påvirkning av atferd til dialog, brukermedvirkning og myndiggjøring. (Sørensen & Graff-Iversen, 2001, s. 722). Fra midten av 1990-tallet har en vært stadig mer opptatt av at brukerne skal ha mulighet til å medvirke i utformingen av helsetilbudet (St.meld nr.25, 1997). Den nasjonale helse- og omsorgsplanen (St.meld nr.16, 2011) legger opp til at pasientene skal få en tydeligere rolle med større innflytelse over utformingen av tjenestetilbudet i alle deler av helse- og omsorgstjenesten. I 2008 kom Helsedirektoratet med en egen veileder for poliklinikker i psykisk helsevern for barn og unge. Her slås det fast at BUP skal være kunnskaps- og erfaringsbasert, og at innhenting og nyttig-gjøring av pasienterfaringer er en del av kunnskapsgrunnlaget i tjenesten (Helsedirektoratet, 2008, s. 14-15). Pasienterfaringer gir kunnskap som er viktig for å forbedre kvaliteten i helsetjenestene og tilpasse tjenestene slik at de har størst mulig nytteverdi. Dette kan beskrives som en høy grad av brukermedvirkning, der helsetjenestens design er erfaringsbasert (Bate & Robert, 2007, s. 9-11).

3.1.2 Lovmessig forankring

De siste tiårene er det utviklet en betydelig rettighetslovgivning. Målet er en helsetjeneste bygd på respekt for menneskeverdet og et sterkere pasientfokus (Molven, 2012, s. 43,81). Pasient- og brukerrettighetsloven beskriver retten til medvirkning og informasjon i kapittel 3. Pasienter rett til å medvirke ved valg av tilgjengelige behandlingsmetoder, og det skal legges vekt på hva pasienten mener ved utforming av tjenestetilbudet. Kun informasjon som er nødvendig for å opprettholde foreldreansvaret skal gis til foreldre dersom pasienten mellom 16 og 18 år (Syse, 2013, s. 611-613). 16 år er helserettlig myndighetsalder, og ungdommen har de samme

rettigheter som voksne pasienter (Molven, 2012). Rettighetslovgivningen for øvrig angir kun et minimumskrav til informasjon og medvirkning, uten at det gis en oppskrift for hvordan det skal gjøres (Askheim & Starrin, 2007, s. 192; Molven, 2012).

Barneloven (§ 31) og FNs barnekonvensjon (Art 12) gir barn opp til 18 år en lovfestet rett til å være handlingsaktører i eget liv. Avgjørelser som har med barnet og gjøre skal det selv få ta del i, og at det skal legges vekt på hva barnet mener i samsvar med alder og modenhet (Syse, 2013, s. 131,545).

3.2 Selvbestemmelsesteori

På 1970-tallet påviste Seligman at det ikke trengte være sammenheng mellom individets atferd og belønning eller straff. Han viste til at mennesker som attribuerte nederlag til en del av egen inkompetanse sluttet å ta valg basert på stimuli, og kalte dette lært hjelpeløshet (Klein, Fencil-Morse, & Seligman, 1976, s. 508). Omtrent på samme tid fikk Deci noen studenter til å løse en pusleoppgave. En gruppe fikk ikke betalt, og en annen gruppe fikk betalt for den samme oppgaven. Funnene viste at de studentene som ble belønnet med en ekstern motivasjonsfaktor ble mer interessert i pengene enn selve oppgaven. Dette var kontroversielle funn på den tiden. Etter hvert har det blitt vanlig å skille mellom indre og ytre motivasjon, og den indre selvbestemte motivasjonen har fått større betydning (Myklemyr, 2012).

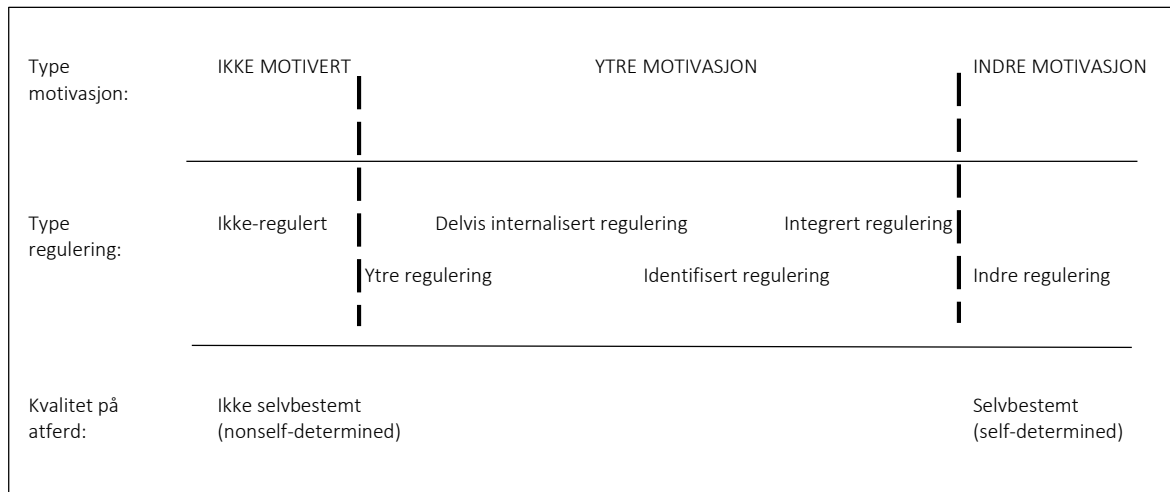
På 1980-tallet utviklet Deci og Ryan selvbestemmelsesteori for å studere personlig vekst og utvikling. Teorien har et syn på mennesket og dets potensiale til å handle i samsvar med selvfølelsen som passer overens med humanistiske og kognitive utviklingsteorier (Deci & Ryan, 2002, s. 3,8). Selvbestemmelsesteori er basert på metateori på indre og ytre kilder til motivasjon som utgjør et rammeverk for motivasjon. Den ytre motivasjonen bygger på den klassiske oppfatningen om å bli motivert ved å motta belønning eller unngå straff. Deci og Ryan (2002) skriver at mennesket ikke er avhengig av ytre belønningssystemer for å bli motivert, fordi de indre drivkreftene skaper motivasjon som overgår den som skapes av ytre faktorer. Den indre motivasjonen er knyttet til det som regnes som de tre grunnleggende psykologiske behovene i

selvbestemmelsesteori; kompetanse, autonomi og behov for tilhørighet. (Deci & Ryan, 2002, s. 17, 27; Ryan & Deci, 2006, s. 1565).

1. *Behovet for kompetanse* refererer til interaksjonen med omgivelsene. Her erfarer individet muligheten til å bruke egen kompetanse. Vi søker utfordringer som passer oss for å utvikle oss gjennom aktivitet. Med kompetanse menes ikke ferdigheter, men en følelse av trygghet i handlingen. Tilfredsstillende av behovet for kompetanse øker sannsynligheten for at handlingen opprettholdes eller repeteres. Positive tilbakemeldinger gjør at individet føler seg mer kompetent og opplever mestring (Deci & Ryan, 2002, s. 7; Jensen, Federici, & Buseth, 2014, s. 8).
2. *Behovet for sosial tilhørighet* viser til behovet for å kjenne tilknytning til andre. Mennesket har et grunnleggende behov for kjærlighet og gjensidig omsorg som gir opplevelsen av tilhørighet (Skinner & Edge, 2002, s. 301). Både behovet for kompetanse og behov for sosial tilhørighet henspiller på tilknytningsteori. Mennesket er et grunnleggende sosialt vesen. Gjennom tidlig tilknytning etableres følelsesmessige bånd som gir beskyttelse, trøst og ro, som legger grunnlaget for senere samspill med omgivelsene. Bowlby, som regnes som en av de mest sentrale tilknytningsteoretikerne, mente at en trygg tilknytning leder til høy selvtillit. Tilknytningen er nødvendig livet igjennom, og gjør oss bedre rustet til å inngå i relasjoner med andre mennesker. Den sosiale tilhørigheten muliggjør utnyttelse av egne evner (Hart & Schwartz, 2009, s. 13, 65-67).
3. *Behovet for autonomi* er det basisbehovet som vektlegges størst betydning, og oppfattes som den opprinnelige kilden til atferd. Dette er handlinger som er knyttet til interesser og verdier, og individet opplever da egen atferd som et uttrykk for selvet. Autonomi må ikke forveksles med uavhengighet der en ikke stoler på eksterne kilder, slik at autonomi også kan være tilstede samtidig som individet er påvirket av andre. Personlige og sosiale ressurser som støtter mestring styrkes når de komplementeres med autonomi (Deci & Ryan, 2002, s. 8; Skinner & Edge, 2002, s. 328).

Deci & Ryan (2002, s. 16) framstiller type motivasjon og måten den reguleres på i et kontinuum der aktiviteter som bunner i indre kontroll er selvbestemte (min oversettelse):

Figur 1
Indre og ytre motivasjon



De indre drivkreftene skaper motivasjon som overgår den som skapes av ytre faktorer. Mellom ytterpunktene ytre og indre kontroll finner vi atferd som skyldes pliktfølelse, nødvendighet eller verdier som ikke nødvendigvis er lystbetont. Individet tar i bruk eksterne regulatoriske prosesser uten at de er akseptert som egne (delvis internalisert). Personen presses til å følge de opp av interne sanksjoner som skyldfølelse og skam. Ved identifisert regulert motivasjon er verdiene bak handlingen anerkjent og akseptert, selv om atferden fortsatt er ytre regulert. Først ved en optimal form for internalisering oppleves kontroll og autonomi. Da erfares prosessene som egne, og blir en del av det Deci og Ryan refererer til som det integrerte selvet. Det oppstår mindre intern konflikt, og en tar mer ansvar for å regulere atferden selv. For å oppnå en slik indre, selvbestemt motivasjon er det nødvendig at alle basisbehovene er tilfredsstilt (Deci & Ryan, 1985, s. 37-40; Jensen et al., 2014, s. 8; Økland, 2013).

I motsatt fall er oppmøtet til behandling ytre motivert og ikke selvbestemt. Oppmøtet kan bygge på en opplevelse av nødvendighet eller plikt, men blir da mindre stabilt. Når ungdommen får valg øker selvbestemmelsen og den indre motivasjonen. Terapeutisk allianse og autonomi vektlegges framfor terapeutiske teknikker og paternalisme, i tråd med selvbestemmelsesteori

4 Metode

Dette er en fenomenologisk undersøkelse der ungdommers opplevelse er i fokus, og det ble derfor valgt en kvalitativ, induktiv metode. Det vil si at det teoretiske perspektivet ble utviklet underveis på grunnlag av dataanalysen. Designet var eksplorerende, der ny kunnskap blir beskrevet (Thagaard, 2009, s. 16,194). Deltakerne i studien var ungdom som har mottatt behandling i BUP. Det ble benyttet kvalitativt forskningsintervju som metode for datainnsamling. I dette kapitlet beskrives først oppgavens forankring og epistemologi, deretter en detaljert beskrivelse av rammene og prosessen rundt datainnsamling og analyse, og til slutt vurderinger rundt kvalitet og forskningsetikk.

4.1 Fenomenologisk-hermeneutisk metodisk forankring

Studier av menneskers erfaringer har til hensikt å finne ut og forstå hvordan verden ser ut gjennom enkeltindividets øyne, og kan kalles «vitenskapen om erfaring». Dette er kjernen i fenomenologien. «Levd erfaring» skal gjøres tilgjengelig og forståelig (Bate & Robert, 2007, s. 37). En klassisk definisjon på fenomenologi er læren om det som viser seg. Fenomener framtrer for oss i bevisstheten. Bevisstheten er rettet mot et bestemt objekt, en intensjonalitet, og gir mennesket en erfaring. Vår virkelighetsforståelse bygger på bevisstheten, og hvordan vi erfarer vår «livsverden» (Thornquist, 2003, s. 83-85).

Fokus for studien var ungdommers erfaringer med et behandlingstilbud, og problemstillingen tok utgangspunkt i pasientens *opplevelse*. Ungdommenes livsverden var deres hverdag der de slet med psykiske problemer og trengte hjelp for å komme videre. Intervjuet hadde som mål å komme så tett som mulig inn på ungdommens opplevelse, og oppmerksomheten ble rettet mot verden slik de erfarte den (Tanggaard & Brinkmann, 2012, s. 20). I fenomenologien er en interessert i menneskets opplevelse av fenomener i sin livsverden, og beskrive hvordan enkeltindividet opplever det (Kvale & Brinkmann, 2009, s. 33). Fenomenet som denne studien forsøkte å forstå bedre var ungdommers erfaring med et behandlingstilbud i BUP.

For å oppnå en forståelse må fenomener fortolkes og forstås i ulike sammenhenger. Hermeneutikken, som opprinnelig var fortolkningslære av tekster, dreier seg om forståelse og fortolkning (Thornquist, 2003, s. 139). Samtidig bygger hermeneutikken på prinsippet om at vi forstår delene kun i lyset av helheten. Målet med studien var å sette seg inn i ungdommens situasjon, for deretter å fortolke intervjumaterialet i en systematisk analyse (Dalen, 2011, s. 18; Thagaard, 2009, s. 39). Forskningsspørsmålene i studien innebar å illustrere hvordan ungdom opplevde et behandlingstilbud, og deretter skape en forståelse gjennom fortolkning av mening (Kvale & Brinkmann, 2009, s. 33).

4.2 Forskningsfeltet

Ungdommene ble rekruttert fra BUP poliklinikker, og problemstillingen tok utgangspunkt i behandlingen som fant sted der. Dette er en del av spesialisthelsetjenesten, der henvisning vanligvis kommer fra fastlegen. BUP skal gi et spesialisert behandlingstilbud til barn og unge opp til 18 år. Tilbudet skal så langt som mulig gis i nærmiljøet og med vekt på poliklinisk aktivitet. BUP tilbyr utredning, diagnostikk og behandling av psykiske lidelser og vansker, men skal også ha et forebyggende fokus og samarbeide med kommune og lokalsamfunn. Behandlingstilbudet skal bygge på en behandlingsplan utformet i samarbeid med pasienten (Andersson, 2009, s. 23; Helsedirektoratet, 2008, s. 33-34).

De ansatte i BUP har ulike fagbakgrunn og jobber i tverrfaglige team. Behandlingen bygger vanligvis på en kartleggings-/utredningsfase, og består ofte av en kombinasjon av ulike metoder. Den vanligste behandlingsformen til ungdom over 16 år er individualterapi; samtalebehandling der vanligvis bare pasient og behandler er tilstede (Helse Stavanger HF, 2013). Ulike poliklinikker har imidlertid ulike profiler og tradisjoner. På den måten varierer vektlegging av psykodynamisk individualterapi, nevropsykologisk utredning, kognitiv terapi eller familieterapi (Stoltenberg, 2007, s. 11).

4.3 Deltakere

Utvalget bestod av ungdom over 16 år som hadde mottatt et behandlingstilbud ved en BUP poliklinikk. Kontakten med BUP kunne ha blitt etablert før de fylte 16 år. Ettersom

kontakten med BUP kan fortsette utover fylte 18 år, var det ikke en absolutt øvre aldersgrense. Informantene hadde fylt 16 år, derfor var det ikke behov for samtykke fra foreldrene. Dette forenklet rekrutteringsprosessen noe. Samtidig var det en målsetting å samle ungdoms erfaring ved å forholde seg utelukkende til ungdommen selv, slik at det ikke skulle oppstå forventinger fra voksne de hadde nær tilknytning til.

Det var en forutsetning at ungdommen hadde fått tilbud om individualterapi, for å sikre at de som ble rekruttert selv hadde hatt en direkte kontakt med BUP. Deltakerne trengte ikke ha fullført et behandlingsforløp. Utvalget ble heller ikke avgrenset av diagnosegrupper eller behandlingens innhold.

4.3.1 Rekruttering og praktisk gjennomføring

Tilgang til forskningsfeltet var avklart med ledelsen i BUP, og informasjon om masterstudien ble gitt til alle ansatte ved presentasjon på fagdag og skriftlig gjennom e-post. Rekrutteringen skjedde gjennom poliklinikkene og behandlere. Behandlere informerte pasienter i målgruppa som avslutter et behandlingsforløp om muligheten til å delta i studien. Behandler var i de tilfellene kun involvert i den første fasen, som gikk på rekruttering og informasjon forut for samtykke. Det ble ikke innhentet noe informasjon fra behandler eller pasientjournal. Alle data bygde utelukkende på opplysninger fra ungdommene selv.

Det er ofte vanskelig å forutsi tidspunkt for en avslutning i BUP. Noen ungdom velger å avslutte brått, andre utsetter avslutningen. Ofte opprettholdes tilbudet ved poliklinikkene en stund uten faste avtaler, før det formelt avsluttes. Ettersom alle deltakerne skulle ha avsluttet sin kontakt med BUP *før* de ble rekruttert, var det derfor behov for å kontakte flere av dem etter avslutning. Det ble løst ved at BUP selv gjorde en henvendelse til ungdommer i målgruppa som hadde avsluttet forløpet ved en poliklinikk siste 6 måneder. De som viste interesse og samtykket til at kontaktinformasjon ble videreformidlet til meg, ble deretter kontaktet. På den måten ble det ikke gjort en selektering fra behandlernes side før tilbudet om deltakelse ble gitt.

Hver enkelt deltaker fikk mulighet til å velge tid og sted for intervjuet. Intervjuene ble gjennomført innenfor tidsrammen februar-mars 2015. Noen ønsket at dette ble gjort på poliklinikken, andre foretrakk at jeg kom hjem til dem. Tre intervjuer ble gjennomført på

videregående skole, av praktiske hensyn for ungdommene. Tre intervjuer ble gjennomført på et legesenter i Stavanger sentrum, der prosjektet disponerte et kontor på nøytral arena, og et intervju ble gjort på en kafé. Noen foretrakk dagtid, andre etter skoletid eller på fridager. Det ble ikke gitt noen form for kompensasjon eller godtgjørelse for deltakelse. Deltakernes motivasjon antas å kun ha vært et ønske om å bidra eller gi en tilbakemelding som kunne komme andre til gode.

4.3.2 Demografi

I forkant av datainnsamling var det planlagt 10-15 intervjuer. Det ble ikke satt et fast antall informanter da det ble vurdert underveis om når det ble nådd et metningspunkt, og det ikke lengre kom fram ny kunnskap. Det er ikke antallet informanter som avgjør om det er tilstrekkelig rikt materiale (Malterud, 2011, s. 60; Tanggaard & Brinkmann, 2012, s. 21). Etersom utvelgelsen av deltakere tok utgangspunkt i tilgjengelighet lot det seg ikke gjøre å kontrollere en helt jevn fordeling mellom kjønn. Blant ungdom som mottar behandling for psykiske lidelser er to av tre jenter, og et representativt utvalg vil bestå av flere jenter (Mathiesen et al., 2009, s. 13).

Totalt ble det intervjuet 14 ungdommer, ni jenter og fem gutter. Alle etniske nordmenn. Gjennomsnittsalderen var 17,6 år med en variasjon fra 16 til 19 år. Ni av ungdommene gikk på videregående skole, to av dem jobbet som lærlinger og en gikk på folkehøyskole. To av ungdommene var hverken i jobb eller skole. Gjennomsnittlig varighet av behandling i BUPA var 2,7 år, med en spredning fra åtte måneder til seks år. Geografisk befant utvalget seg innenfor et helseforetak sitt opptaksområde, fordelt på syv ulike poliklinikker. Poliklinikkene representerer dermed et stort geografisk område med både byer, tettsteder og bygder.

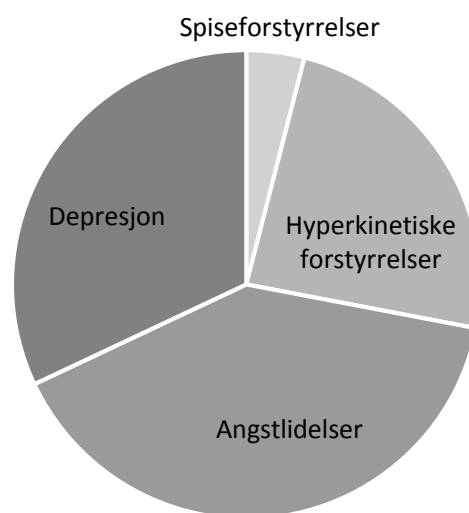
Tabell 1

Variasjon av alder og varighet av behandling fordelt på kjønn

	Gutter (n=5)		Jenter (n=9)	
	Gjennomsnitt	Spredning	Gjennomsnitt	Spredning
Alder	18,2	17-19	17,3	16-19
Varighet av behandling (år)	2,8	0,7-5,5	2,7	1-6

Når det gjelder diagnoser fortalte alle at de hadde en eller flere diagnoser. Seks deltakere oppga en diagnose, fem deltakere oppga to diagnoser, og tre deltakere oppga tre ulike diagnoser. Følgende diagnoser ble oppgitt: angst, depresjon, ADHD/ADD, post traumatisk stress, tvangslidelse og spiseforstyrrelse. Den vanligste kombinasjonen av diagnoser var angst og depresjon. Åtte av ungdommene fortalte at de hadde denne kombinasjonen. Figuren under gir en oversikt over diagnosene (PTSD og OCD er oppført som angstlidelse. Komorbiditet og hoveddiagnose framgår ikke).

Figur 2
Oversikt over diagnoser deltakerne oppga.



4.4 Intervjuet

Alle ungdommene som deltok fikk skriftlig og muntlig informasjon og skrev under informert samtykke før intervjuet. Før intervjuet ble det lagt vekt på å informere ungdommen om formålet med studien, anonymisering, at det ikke ville få noen konsekvenser eller bli gitt tilbakemelding til behandler, og at det var frivillig med mulighet til å trekke seg underveis. Det var også viktig for å unngå misforståelser som kunne virke forstyrrende inn på intervjusituasjonen. Deltakere kunne velge å ikke svare på enkelte spørsmål uten at dette ga noen konsekvenser. Det ble laget en egen liste over punktene som ble gjennomgått som introduksjon til intervjuet (Kvale & Brinkmann, 2009, s. 88; Thagaard, 2009, s. 103).

Før selve intervjuet startet ble det samlet inn demografiske bakgrunnsopplysninger og opplysninger om varighet av behandling og diagnose. Hvis en ungdom ikke kjente til diagnose ble det ikke hentet informasjon om dette fra behandler eller pasientjournal. Intervjuene ble etter samtykke tatt opp på bånd. Det var ingen av deltakerne som hadde innvendinger mot at det ble gjort lydopptak. Intervjuene varte i gjennomsnitt 28 minutter. Det korteste intervjuet 15 minutter, og det lengste 57 minutter.

4.4.1 Intervjuguiden

For å fokusere intervjusamtalene inn mot valgte tema ble det benyttet semistrukturert intervju, og det ble utarbeidet en egen intervjuguide som utgangspunkt for samtalene. Intervjuguiden er vedlagt. Før oppstart av datainnsamling ble det gjennomført pilotintervju for å teste intervjuguide, teknisk utstyr, og for å få tilbakemelding på egen væremåte i intervjusituasjonen (Tanggaard & Brinkmann, 2012, s. 28; Dalen, 2011).

Etter pilotintervjuet ble ordlyden i noen av spørsmålene endret, og to overlappende spørsmål tatt ut. Intervjuguiden er delt inn i fem tema:

1. Henvisning og tidligere erfaring med helsehjelp
2. Det første møtet med BUP
3. Behandlingsforløpet
4. Oppmøte og kommunikasjonsformer
5. Oppsummering

Hvert tema hadde 3-4 spørsmål basert på forskningsspørsmålene. De ble støttet av underspørsmål. Noen av underspørsmålene var kun angitt som stikkord. Et semistrukturert intervju åpner for at ikke alle spørsmålene blir fulgt slavisk, og intervjuet ble bevist gjennomført på en slik måte at det lå tett opp til dialogs form. Det varierte hvor mye deltakerne svarte på hvert spørsmål, og i hvilken grad det ble behov for å benytte underspørsmålene. Det samme spørsmålet ble da ikke stilt på nytt senere hvis det allerede var svart på, men det ble stilt noen lukkede spørsmål for å undersøke at ungdommen var forstått rett og teste intervjubesvarelsens troverdighet.

4.5 Analyse og kvalitet

Det ble benyttet en temasentrert, tverrgående analyse med systematisk tekstkondensering. Det vil si at informasjon fra de forskjellige deltakerne ble satt sammen underveis, og historiene lest på tvers. På den måten ble det funnet fram til gjennomgående trekk, og sentrale fenomener kunne løftes fram. Den temasentrerte tilnærmingen gjorde det mulig å gå i dybden på de temaene som var i fokus. Når deler av de enkelte intervjuene ble tatt ut av teksten på denne måten (dekontekstualisering) gjorde det metoden godt egnet til å finne fram til fellestrekk. For å unngå reduksjonisme og styrke troverdigheten ble det til slutt sjekket at innholdet fortsatt stemte overens med de originale intervjutekstene (rekontekstualisering) (Kvale & Brinkmann, 2009, s. 212; Malterud, 2011, s. 93).

En systematisk tekstkondensering bygger på fenomenologisk basert meningsfortetting utviklet av Giorgi. Etter transkribering var det et datamateriale på 87 sider med enkel linjeavstand. Giorgi sin prosedyre er for detaljert når omfanget av en tekst nærmer seg 100 sider (Malterud, 2011, s. 100, 105). Det ble tatt utgangspunkt i Kvale og Brinkmann (2009) sin analysemetode som egner seg ved større mengder data. Den er opprinnelig delt inn i fem trinn. For å vise veien gjennom hele analysen ble den utvidet til syv trinn, der analysen allerede startet under selve intervjuet.

1. Første trinn startet i det ungdommene beskrev sin livsverden under intervjuet. Som intervjuer gjorde jeg en fortløpende tolkning, der jeg bestemte hvilken tema jeg skulle forfølge med oppfølgende spørsmål. I noen tilfeller unnlot jeg å stille oppfølgende spørsmål fordi ungdommen enten signaliserte motvilje mot å gå videre på et tema, eller fordi det ville avbrutt en naturlig historie. I de tilfellene jeg var i tvil om jeg hadde forstått ungdommen rett stilte jeg ledende spørsmål for å verifisere svaret (Kvale & Brinkmann, 2009, s. 176,182).
2. Intervjuene ble transkribert fortløpende etter opptakene. Ved at jeg gjorde all transkribering selv fikk jeg en tidlig tilgang til materialet og detaljer fra intervjuet. På den måten startet meningsanalysen allerede der. Setningsstruktur og uttrykk ble bevart i størst mulig grad, selv om transkripsjonen ble gjort på bokmål. Denne oversettelsen ble gjort både av hensyn til leser, og for bedre ivareta anonymiseringen. For å unngå tap av informasjon ble stemmebruk og

kroppsspråk nedtegnet underveis. For at transkripsjonsprosedyren skulle være så lik som mulig hele veien, gikk jeg tilbake til det første intervjuet og transkriberte det på nytt da jeg var litt over halvveis i datainnsamlingen. Det viste seg å være behov for en liten justering av tegnsettingsbruken, ellers ingen forskjeller mellom første og andre transkripsjon (Kvale & Brinkmann, 2009, s. 189).

3. Det tredje punktet (som er det opprinnelige første etter Kvale og Brinkmann sin modell) var en nøye gjennomlesning av intervjuene for å få en helhetsfølelse. Hele tekstmaterialet på 87 sider ble lest flere ganger.
4. Deretter ble det bestemt hva som var naturlige meningsbærende enheter. Teksten ble lest på nytt og de meningsbærende enhetene markerte. Da ble samtidig tekst som ikke var relevant satt til siden. Mye av den opprinnelige teksten hadde gjentakelser og innhold som falt utenfor masteroppgavens tema. Tekstmaterialet ble her redusert til 39 sider.
5. De meningsbærende enhetene ble skrevet om fra naturlig enhet til kortere beskrivelser av hva teksten handlet om. Etter denne meningsfortettingen satt jeg igjen med essensen fra hver enkelt meningsenhet. I dette leddet ble det viktig å holde fast i ungdommenes perspektiv, slik at egne fortolkninger ikke ble førende. Etter meningsfortettingen var datamaterialet redusert til 12 sider.
6. Meningsenhetene ble her undersøkt i forhold til studiens spesifikke formål. På dette trinnet ble hver meningsfortetning knyttet opp mot et tema. Alle meningsenhetene ble klippet ut og forsøkt sortert i et mønster i forhold til temaene.
7. I det siste trinnet ble de viktigste emnene fra intervjuene budet sammen i et deskriptivt utsagn. Dette innebar å rette et reflekterende blikk på ungdommenes utsagn og utvikle sentrale temaer (Kvale & Brinkmann, 2009, s. 212).

Etter presentasjon og drøfting av analysen med medstudenter viste det seg at min forforståelse og bruk av fagterminologi hadde skapt en distanse til de meningsbærende enhetene i utviklingen av temaene. Siste del av analysen ble utført på nytt og drøftet med veileder, slik at ungdommenes stemme kom tydelig

fram i de sentrale temaene. Under analysen ble det laget matriseskjema. Tabellen under viser eksempel på meningsfortening og tematisering i en matrise.

Tabell 2

Eksempel på analysematrise:

Meningsbærende enhet (hva blir sagt)	Meningsfortetning (hva det snakkes om)	Tema	Sentralt tema
Det var på en måte bare sånn at jeg fikk utdelt en person. Det kan godt hende at jeg ville fått bedre kjemi med noen andre, men jeg fikk på en måte aldri vite det. Jeg vet bare at det kunne gjort en forskjell.	Fikk bare utdelt en behandler uten at det ble tatt hensyn til kjemi.	Tillit, relasjon	Bli kjent eller bytte
Jeg husker ikke så mye om den informasjonen jeg fikk om det. For jeg tror 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	Forståelse og kontroll
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 om jeg prøvde meg på det.	Fikk utfordringer av behandler men kunne selv bestemme.	Medvirkning, selvstendighet	Å bli tatt på alvor

4.6 Pålitelighet, gyldighet og overførbarhet

Her følger en nærmere beskrivelse av hvordan studiens kvalitet ble ivaretatt. Dette må for øvrig sees i sammenheng med hele metodekapittelet og punktene som beskriver analyseprosessen. Jeg benytter begrepene pålitelighet, gyldighet og overførbarhet som tilsvarer begrepene reliabilitet, validitet og generaliserbarhet. Pålitelighet og gyldighet er begreper som brukes naturlig i språket vårt, i motsetning til reliabilitet og validitet som vanligvis benyttes i kvantitativ metode med mer tekniske termer (Fog, 1994, s. 154).

4.6.1 Pålitelighet

I en kvalitativ studie er det en risiko for at subjektivitet og forforståelse påvirker forskningsprosessen (Thagaard, 2009, s. 22). Studiens pålitelighet er forsøkt ivaretatt ved at det redegjøres for forskningsprosessen, teoretisk ståsted og egen forforståelse. Det var ønskelig med konsistens og høy troverdighet av intervjufunnene for å unngå en vilkårlig subjektivitet, samtidig som for stort fokus på dette kunne være til hinder for

variasjon. Bruk av intervjuguide, noen ledende spørsmål for å verifisere intervjuerens tolkninger, og at veileder involveres i analyse bidro til å motvirke vilkårlig subjektivitet (Kvale & Brinkmann, 2009, s. 212, 219). Det var laget prosedyre for transkribering og retranskribering. Rekruttering ble gjort både gjennom behandlere ved sju poliklinikker og ved at BUP tok kontakt med de som hadde avsluttet. På den måten økte tilfeldigheten i utvalget (Kvale & Brinkmann, 2009, s. 250).

Intervjuerens konsistens og lojalitet til intervjuguiden kan knyttes til påliteligheten. Jeg erfarte at jeg ikke klarte å komme innom alle spørsmålene i intervjuguiden, fordi det brøt den naturlige flyten i samtalen. I følge Fog (1994, s. 158) er heller ikke dette et mål. Intervjueren må være seg selv, som subjekt til subjekt. En rigid konsistens neglisjerer den andre part, og blir til hinder for å komme inn i deltakerens univers, slik at intervjuet taper pålitelighet. Veileder leste fire tilfeldige intervjuer, og deretter ble det drøftet hva som var sammenfallende, og om det var nyanser som ikke hadde kommet fram. Analysen ble også presentert for medstudenter, emneansvarlig og faglærer ved universitetet. Dette bidro til nyttige korrigeringer. I diskusjonsdelen settes funnene opp mot foreliggende empiri og teori. Dette omtales av Malterud (2011, s. 109) som en del av analysen, og er med på å øke påliteligheten.

4.6.2 Gyldighet

I hvilken grad metoden undersøker det den er ment å gjøre og reflekterer de fenomenene vi ønsker vite noe om, sier noe om gyldigheten. Gyldigheten var ikke avgrenset til en fase i en studie, men gjennomsyret hele forskningsprosessen. Studiens tema og forskningsspørsmålenes relevans påvirket gyldigheten, derfor ble det lagt vekt på å gi en grundig presentasjon av foreliggende forskning. Variasjon i poliklinikkene og geografisk spredning ville sikre variasjon i behandlingserfaringer hos deltakerne, og styrke gyldigheten. Beskrivelsen av epistemologi og de enkelte trinnene i analysen viste at det ble valgt en relevant vei for å finne svar på problemstillingen. Gjennomsiktighet av fortolkning og hvordan det ga grunnlag for konklusjoner var nødvendig for å gi gyldighet til resultatene, derfor er denne prosessen beskrevet inngående i dette kapittelet. Det gir som sagt også pålitelighet til studien, og er nødvendig for at resultatene skal kunne ha overførbarhet (Dalen, 2011; Kvale & Brinkmann, 2009, s. 253; Thagaard, 2009, s. 22).

4.6.3 Overførbarhet

En kvalitativ studie er ikke ute etter å kvantifisere, men å få tak i den enkeltes erfaringer, som igjen kan øke forståelsen av et fenomen. Det var begrensinger for hvordan funnene kunne gjøres gjeldene i andre sammenhenger, og begrepet overførbarhet ble benyttet framfor generaliserbarhet. Overførbarhet er en forutsetning for at kunnskapen skal kunne deles med andre, og var avhengig av at funnene ga mening ut over seg selv (Malterud, 2011, s. 62). I drøftingen vil jeg forsøke å argumentere for at de betingelsene som bidro til informantenes oppfatning kan ha relevans i andre sammenhenger. Overførbarhet har sammenheng med studiets pålitelighet og rike kontekstuelle beskrivelser, som gjør at leseren kan oppdage andre situasjoner som funnene har relevans i (Kvale & Brinkmann, 2009, s. 265; Thagaard, 2009, s. 38, 190).

4.7 Forskningsetiske vurderinger

Studiet hadde til mål og skaffe til veie ny kunnskap om helse og sykdom, og det ble derfor søkt om forhåndsgodkjenning av regional komite for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK) (Helseforskningsloven, 2008, §10). REK vurderte at selv om dette er en helsefaglig studie og funnene i studien indirekte vil kunne gi en helsefaglig gevinst, faller ikke prosjektet inn under definisjonen av de prosjekt som skal vurderes etter helseforskningsloven. Det var derfor tilstrekkelig med godkjenning fra Personvernombudet. REK sitt svar er vedlagt. Studiet ble godkjent av Personvernombudet for forskning ved Helse Stavanger HF, og forholdt seg til forskningsetiske prosedyrer utarbeidet ved Helse Stavanger HF. Godkjenning fra Personvernombudet er også vedlagt.

Ungdommenes deltakelse var frivillig og basert på skriftlig informert samtykke. Det ble gitt informasjon både skriftlig og muntlig om frivilligheten og retten til å trekke seg underveis uten at det ga noen konsekvenser da eller i ettertiden. Ungdommene som deltok som informanter hadde samtykkekompetanse og var alle over 16 år. Det var derfor ikke nødvendig med ytterligere alderstilpasset forespørsel og eget samtykke fra foresatte (Helseforskningsloven, 2008, §17; Molven, 2012, s. 190).

Samtykkekompetanse forutsatte at pasienten var i stand til å forstå informasjonen og hva samtykket innebar, og vurderes blant annet ut fra modenhet og psykiske forstyrrelser. Det er sjelden ungdom over 16 år som blir utskrevet fra en BUP poliklinikk mangler samtykkekompetanse, men det kan selvfølgelig forkomme. Samtykkekompetanse var en forutsetning for deltakelse i studiet, og skal være vurdert av den som gir helsehjelp (Syse, 2013, s. 613).

Data som ble samlet inn blir lagret midlertidig som grunnlagsmateriale i form av papirnotater og lydbåndopptak, etter samtykke. Etter transkribering ble tekstene oppbevart på datafil som ikke var tilknyttet nettverk. Lydfiler og tekstdokumenter ble oppbevart i avlåst arkiv i prosjektperioden. De ble anonymisert ved at navn ble erstattet med et nummer, slik at personidentitet ikke kunne knyttes til data. Under prosjektperioden ble det oppbevart en koblingsnøkkel avlåst separat fra data. Etter prosjektperioden slettes lydfiler og koblingsnøkkel. Det ble ikke innhentet data fra elektronisk pasientjournal.

Barn og unge er en sårbar gruppe som trenger særskilt beskyttelse, samtidig som det nettopp derfor også er behov for relevant kunnskap om behandling som må antas å komme gruppen til gode. Det var viktig at taushetsplikten, anonymisering, hensikten med studien, og at opplysninger ikke kommer tilbake til behandler ble godt forklart. Samtykket ble ikke levert til en person som forskningsdeltakeren kunne ha et avhengighetsforhold til (Helseforskningsloven, 2008, §13; World Medical Association, 2013).

4.7.1 Forforståelse

Forforståelsen og tilknytningen til forskningsfeltet var relevant i forhold til forskningsetikken. De erfaringene, det faglige perspektivet og den teoretiske referanserammen jeg tok med meg inn i prosjektet utgjorde min forforståelse. Forforståelsen er en viktig side av forskerens drivkraft for å sette i gang et prosjekt (Malterud, 2011, s. 40). Som fagperson har jeg arbeidet flere år innenfor psykisk helsevern, og de ti siste åra i BUP. Med en grunnutdanning som sykepleier har jeg en medisinsk-omsorgsfaglig forankring, som gradvis har beveget seg i retning av et bio-psyko-sosial perspektiv. Jeg har videre en faglig forankring i kognitiv atferdsterapi. I mitt

arbeid har jeg erfart at ungdom ofte uteblir fra samtaler. Noen oppfatter det som mangel på motivasjon, og ofte ender det da opp med at helsetilbudet avsluttes fordi BUP ikke kommer i posisjon til å gjøre noe.

Forforståelsen og tilknytning til forskningsfeltet kan bidra til å påvirke datainnsamlingen i en retning som bekrefter egne hypoteser. For å unngå dette var det nyttig og identifisere mitt utgangspunkt som forsker (Malterud, 2011, s. 41). Min veileder har vært en viktig hjelp til å identifisere «blinde flekker» og korrigere dem. Slik korrigerer var nyttig gjennom hele forskningsprosessen, fra utvikling av forskningsspørsmålene til tolkning av innsamlet data. For å være lojal mot den enkelte ungdoms sine erfaringer var også det fenomenologiske perspektivet, der det enkeltes menneskets erfaringer regnes som gyldig kunnskap, nyttig (Kvale & Brinkmann, 2009, s. 244; Malterud, 2011, s. 45).

4.7.2 Forskning i eget praksisfelt

Nærhet til forskningsfeltet er en forutsetning ved kvalitative studier. Det forutsetter imidlertid en refleksivitet der forskeren er bevisst egen rolle (Forskningsetiske komiteer, 2010). Min rolle i studiet var forskerrollen, og det ble alle deltakerne informert om. Samtidig var det viktig å være klar over at det er et asymmetrisk maktforhold i et kvalitativt forskningsintervju. Intervjueren har den vitenskapelige kompetansen, og setter rammene for intervjuet. Makt er en naturlig bestanddel i menneskelige samtaler. Poenget var derfor ikke å eliminere makt fra forskningsintervjuet, men å reflektere over det samt ha en åpen og empatisk holdning. Aldersforskjellen og intervjuers tilknytning til faget kunne bidra til å forsterke et skjevt maktforhold. Ungdommen kunne ledes til å tenke at det er ett rett svar (Kvale & Brinkmann, 2009, s. 52,158). Det var derfor viktig at jeg ikke hadde en tilknytning til behandlingsteamet, slik at deltakerne kunne oppfatte det som at jeg hadde en behandlerrolle. Det kunne hindret de i å formidle andre erfaringer enn dem de trodde jeg ønsket å høre. Deltakerne ble rekruttert fra andre poliklinikker i helseforetaket enn den jeg selv er ansatt ved. Jeg har ikke hatt noe kontakt med behandlingsteamet eller med ungdommene som kan skape en behandlingsmessig avhengighet eller egne sidehensyn knyttet til resultat (Molven, 2012, s. 339).

En annen problemstilling som forsker i eget praksisfelt var faren for å kjenne en tilknytning til arbeidsplass som ga en skjult dagsorden. Det var viktig å være seg bevisst slik tilknytning til praksisfeltet for å bevege seg utenfor rammene av egen forforståelse, og unngå at intervjuet ble en manipulert dialog (Kvale & Brinkmann, 2009, s. 52). Min rolle var i forkant av studien avklart med ledelsen, og det ble formalisert i en skriftlig avtale mellom universitetet og den offentlige institusjonen som er vedlagt.

5 Funn

Presentasjonen av funn er delt inn i de fem sentrale temaene fra analysen:

- Bli kjent eller bytte
- Forståelse og kontroll
- Å bli tatt på alvor
- Tro på bedring
- Fortrolighet og direkte kontakt

Hver del innledes med en kort beskrivelse av innholdet som er knyttet til det aktuelle tema. På slutten av hver del gis en oppsummering. Ungdommenes erfaringer som hadde betydning for oppmøtet og behandlingsfravall er ikke skilt ut som en egen del, men belyses gjennom alle temaene. Funnene er presentert i tekst som gjenforteller flere ungdommers erfaring, og gjennom noen direkte sitat for å få fram den subjektive opplevelsen. Noen av sitatene har fått en språklig justering til mer skriftlig form slik at lesbarheten og meningsinnholdet kommer tydeligere fram (Fog, 1994; Kvale & Brinkmann, 2009, s. 283).

Studien hadde en fenomenologisk forankring der den enkeltes livsverden var det essensielle. De ulike funnene og eventuelle tendenser som gikk igjen er ikke kvantifisert i dette kapitlet. I intervjuguiden er det et spørsmål der ungdommene ble spurt om gradere helhetsinntrykket av BUP på en skala. Dette ble gjort fordi noen ungdommer finner det lettere å snakke etter at de har tatt utgangspunkt i en skala. Skalaen som ble benyttet er også den samme som BUP bruker i sine evalueringsskjema. Tallene i seg selv er ikke interessante når erfaringen presenteres, og er ikke tatt med i dette kapitlet.

5.1 Bli kjent eller bytte

Relasjon og tilknytning til behandler ble gjennomgående beskrevet som viktig, og var også en utfordring for flere av deltakerne. Funn som kan knyttes til dette vil komme fram i flere av temaene, men det er først og fremst under temaet *bli kjent eller bytte* det relasjonelle vektlegges. Her beskrives førsteinntrykket og hva ungdommene mente om etablering av tillit og trygghet. Fordommer og distanse mellom pasient og behandler blir

problematisert. Erfaringer rundt bytte av behandler var et sentralt funn, og ungdommenes tanker rundt behandlerbytte presenteres her.

Alle ungdommene ble spurt om hvordan de kom i kontakt med BUP og hvordan førsteinntrykket var. De aller fleste fortalte at de hadde ventet lenge før de snakket om problemene sine til noen, og de trengte også tid til å bli trygge da de kom til BUP. Selv om de hadde snakket med noen utenfor sjukehuset og fått hjelp til henvisning, var barrieren for å snakke minst like stor da de kom til BUP for første gang. BUP representerte noe annet. Hit kom syke folk, og det var en plass de fleste kviet seg for å komme til. Noen sa de hadde tenkt at det var psykopater og gale mennesker som trengte slik hjelp, og derfor var det et nederlag å komme dit selv. Et ord som ble brukt gjennomgående var *skummelt*. For noen bidro venterommet og menneskene de møtte i lokalene til å forsterke dette inntrykket. De følte seg dumme, og var usikre på om de om de passet inn. En ungdom hadde reagert på at det var helt stille, og at ingen ansatte hverken så på henne eller snakket til henne da hun satt på venterommet. For andre bidro møtet med ansatte til å dempe angsten som flere beskrev. Samtale med sekretær og at andre behandlere som passerte smilte og signaliserte at her er et sted de kunne være trygge hadde beroliget noen. Felles for disse ungdommene var at førsteinntrykket allerede fra venterommet hadde betydning for om kjente seg trygge og dermed gruet seg litt mindre neste gang.

Det var ganske skummelt. Også husker jeg at der var barneavdeling over alt.

Det var bamser, det var lego og alt sånn. Så tenkte jeg jo at jeg var i feil avdeling. Siden det var bare masse unger.

Når jeg kom der var jeg ganske redd for at det skulle være litt sånn fordomsfullt på en måte. Men det var ganske sånn når du sitter på venterommet og noen går forbi, selv om det ikke er de personene du pleier snakke med, så sier de jo hei akkurat som de kjenner deg.

Møtet med behandler og bli-kjent-fasen ble beskrevet som veldig viktig. Tidligere erfaringer og mistenksomhet bidro til at flere av ungdommene holdt tilbake informasjon til de var blitt tryggere på behandleren. Spesielt de som hadde hatt kontakt med barnevernet tidligere var skeptiske. Også de som ikke hadde tilsvarende erfaring med

hjelpeapparatet beskrev usikkerhet. Det å snakke med noen ukjente om sine problemer var vanskelig. Det var både uvant, og de var usikre på om de kunne stole på behandler. Gjennomgående fortalte ungdommene at de trengte tid til å bli kjent for å kunne gå videre. Noen sa de skammet seg, og holdt igjen informasjon. Flere beskrev at de viste motvilje, men selv om de var tause ønsket de egentlig hjelp. Ungdommene trengte flere timer før de var trygge nok til å snakke om det som var vanskelig, og flere snakket ikke i det hele tatt før de stolte på behandleren.

Det var skummelt, jeg stolte ikke på henne. Jeg var sikker på at hun var ute etter å ta meg. Og barnevernet var den største frykten. Jeg var skikkelig paranoid. Vi brukte mye tid på det, og det tror jeg var rette måten å gjøre det på. -Å lære hverandre å kjenne.

Jeg følte ikke vi fikk så mye ut av det de første timene. Men jeg tror det var fordi jeg var veldig motvillig når jeg var der i begynnelsen. Jeg følte meg litt tvinga til å gå der. Og jeg var litt sånn der: -Jeg trenger ikke hjelp, ikke snakk til meg! På samme tida som jeg var ganske desperat etter hjelp. Så var det en sånn der rar måte, for å kommunisere med å ikke kommunisere.

Ungdommene brukte ikke ordet relasjon, men om kjemien eller om kontakten var god. Hvis den var det, var det lettere å snakke. Kjemien var mer enn umiddelbar ting, og ikke det samme som å ta seg tid til å bli kjent. Noen ungdommer beskrev hvordan de nesten med det samme merket om det var en kjemi mellom dem og behandler. Denne opplevelsen av kjemi, og den gradvise utviklingen av et tillitsforhold ble påvirket av om behandler snakket om seg selv.

Flere ungdommer la vekt på at behandleren måtte være tålmodig. Spesielt i den første fasen var det flere som ønsket at behandleren skulle være en aktiv samtalepartner. De ungdommene som selv måtte stå for det meste av snakkingen og synes de første samtalene bar preg av utspørring, vegret seg mer for å komme tilbake. De som derimot hadde erfart at behandler snakket om egne erfaringer og var personlig, sa de opplevde en mindre distanse. Da ble det ikke en kunstig relasjon. Flere sa at da ble behandleren som en venn, og det ble lettere å dele egne følelser.

At du vet hvem personen er. Ikke sånn at du vet alt om personen, men at det går an å snakke som venner. Og ikke som profesjonell til pasient liksom. Hvis du blir kjent og snakker som om det er to venner som snakker, da er det lettere å si ting

Jeg følte liksom jeg kunne være meg selv med henne, men det tok jo litt tid. For det var jo rart å skulle sitte å snakke med en person. Men etter hvert så ble jeg trygg på henne. Og følte liksom ikke det ville blitt teit hvis jeg hadde begynt å grine eller.. Jeg følte jeg kunne uttrykke følelsene slik jeg følte jeg måtte, uten at det skulle være teit.

To av ungdommene som ikke opplevde at det ble brukt tid for å bli kjent, sa at de senere i forløpet unnlot å fortelle ting eller fortalte usannheter. De stolte ikke helt på behandleren, og gikk derfor gjennom hele behandlingsforløpet uten at de fortalte hva de egentlig tenkte på. De samme to ungdommene fortalte senere i intervjuet at de skulle ha ønsket de traff en annen behandler, men at spørsmålet om å bytte kom aldri kom opp før de hadde gått der ganske lenge. Da var de innstilt på å avslutte så fort som mulig, og orket ikke starte forfra igjen.

Mange av ungdommene snakket om behandlerbytte. Ei jente fortalte at hun først fikk en mannlig behandler. Hun synes han gikk rett over på behandlingen og var alt for rask i beslutningene. Hun beskrev at de ikke hadde kjemi, og hun klarte ikke å roe seg ned og fortelle om private ting. Denne jenta var innstilt på å avslutte kontakten med BUP dersom hun ikke fikk byttet behandler. Hun fikk bytte til en dame som hun opplevde tok seg tid. I etterkant var hun godt fornøyd med hjelpen hun hadde fått fra BUP, og trakk fram forholdet til behandler som det viktigste ved behandlingstilbudet. Ingen av ungdommene sa de hadde noen påvirkning på hvilken behandler de fikk da de startet. Noen visste det var mulig å bytte, andre sa de ikke kjente til det. Alle synes det var vanskelig å si fra hvis de ønsket å bytte, og de som hadde erfaring med et slikt bytte hadde fått hjelp fra foreldre.

Jeg har ikke sagt noe, jeg har bare tatt de jeg har fått. Det var vanskelig å sitte og si til den du er hos at jeg vil slutte. Jeg var redd for å fornærme henne.

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

Det var ulike erfaringer knyttet til behandlerbytte. Noen hadde knyttet et tillitsforhold til en behandler, men måtte bytte fordi behandler sluttet, hadde permisjon eller ble syk. Ungdommene hadde forståelse for det, men synes det var krevende å bli kjent med nye behandlere. Spesielt de som opplevde slike bytter flere ganger gikk lei av å fortelle sin historie. Noen hadde byttet flere ganger, og var oppgitt over at de stadig måtte bli kjent med en ny person. Det var også en gruppe ungdom som hadde hatt samme behandler gjennom flere år, og de var veldig fornøyde.

Relatert til behandlingsfrfall var det de ungdommene som var misfornøyde med behandler og ikke hadde fått bytta, og de ungdommene som måtte bytte ufrivillig som fortalte at de ikke hadde fullført behandlingen. Flere ungdommer hadde et ønske om at BUP tilrettela bedre for at de kunne påvirke valget av behandler. Noen fortalte at de savnet erfaringsoverføring til ny behandler når det likevel ble nødvendig med bytte. De skulle ønske det ble gjort mer for å sikre en overlapp.

Så jeg tror at hvis jeg hadde bytta, så var det ny person, så var det liksom å føle seg trygg på den personen igjen. Så da er det jo vanskelig å komme seg avgårde.

De kunne jo vært med på samtaler med den første behandleren. Så ville jeg snakket med dem også litt, hvis jeg slapp å fortelle alt på nytt.

Oppsummering:

Ungdommene synes det var skummelt å komme til BUP. Noen tenkte på det som et nederlag, fryktet fordommer eller at det ikke var rett plass for dem. Måten de ble tatt imot på, at ansatte smilte og snakket til dem virket angstdempende. De fleste synes det var vanskelig å snakke, og ønsket at behandler var tålmodig og brukte tid på å bli kjent. I denne fasen ville flere at behandler skulle være aktivt deltakende i samtalene, og helst kunne snakke om personlige ting. Det skapte tillit og gjorde det lettere for

ungdommene å uttrykke egne tanker og følelser. De som ikke hadde opplevd at det ble brukt tid på å etablere trygghet og tillit synes det var vanskeligere å komme tilbake. Mange ungdommer brukte ordet kjemi hvis de fant tonen og fikk en god relasjon med behandler. De som ikke opplevde dette ønsket hjelp til å bytte behandler. De ungdommene som var fornøyde med behandler og hadde opplevd kontinuitet omtalte det som det beste ved behandlingen. De som hadde hatt ufrivillig bytte av behandler savnet overlapp. Noen opplevde det som å starte helt på nytt, og mistet motivasjonen. De ungdommene som fortalte at de ikke fikk muligheten til å påvirke bytte av behandler uttrykte generelt mer misnøye med behandlingstilbudet. Funnene viser at det var en sammenheng mellom de som var blitt møtt på ønsket om å få beholde eller bytte behandler, og de ungdommene som hadde fullført behandlingen og ikke droppet ut.

5.2 Forståelse og kontroll

Dette temaet favner informasjon og tilbakemelding fra utredning. Hvordan ungdommene opplevde informasjonen de fikk og tanker rundt diagnose beskrives i denne delen. Et funn var ungdom sitt ønske om konkrete råd som kunne øke forståelse og kontroll på utfordringer i hverdagen. Kontrollbegrepet rommer også utfordringer som ungdommene opplevde knyttet til å huske timer og oppgaver. Et delmål ved studien var å finne ut hva slags erfaringer ungdom har med e-helse. E-helse kan fungere som et praktisk verktøy i forhold til informasjon og kontroll, og ungdoms erfaring rundt dette blir også beskrevet her.

Noen ungdommer sa de hadde fått god informasjon om BUP, behandlingen og psykiske lidelser. Flesteparten kunne imidlertid ikke huske å ha fått noe særlig informasjon. I den grad de husket informasjon som ble gitt, var den rettet mot foreldrene. Informasjonen hadde betydning ut over det å gi kunnskap om psykisk lidelse og behandling. En ungdom som ikke hadde fått informasjon underveis opplevde lite kontroll, og beskrev seg selv som passiv deltaker i behandlingsprosessen. Tilsvarende fortalte noen om hvordan informasjon påvirket erfaringen de hadde med medisiner. Noen hadde fått god informasjon om medisiner, og synes det var greit. Andre sa at de ikke visste hvordan medisinen skulle virke, og opplevde denne delen av behandlingen som uforutsigbar. En

ungdom som hadde vært i kontakt med BUP en stund opplevde det å få informasjon som et vendepunkt. Før det fortalte han at det var foreldrene som tok seg av informasjonen. Selv hadde han vært misfornøyd og ønsket egentlig å slutte, men da han traff en behandler som tilpasset informasjonen for han opplevde han seg samtidig forstått.

Det er det mest negative med hele behandlingen, at de satte meg på medisiner hele tiden. Nye hele tiden. Nye doser. Mindre doser. Så jeg visste ikke til slutt hva jeg skulle ta.

Hun (behandler) forklarte at det er ikke bare jeg som har sånne problemer. Det er mange andre også. Hun hadde peiling på hva hun holdt på med. Hun klarte i hvert fall å sette seg inn i situasjonen, og forstå hvordan jeg hadde det.

Den informasjonen ungdommene ikke fikk av BUP skaffet de seg på andre måter. Nesten alle ungdommene fortalte at de selv søkte aktivt for å finne informasjon på internett. Flere fortalte at etter å ha fått en diagnose søkte de på nettet for å finne ut hva det var for noe. Noen søkte for å finne ut hva slags erfaringer og råd andre med tilsvarende problemer hadde. En gutt fortalte at da han leste om sine vansker, fant han ut at det passet godt med diagnosen, og ville finne mer ut om hvordan andre opplevde det. To ungdommer sa de hadde fått tips om nettsted av behandler, men ut over det hadde ingen snakket med behandler om det de fant på internett. De ungdommene som beskrev nettsider hadde ikke benyttet seg av helsesider, men ulike forum eller bloggplattformer slik som Tumblr. Et par av ungdommene som søkte på internett for å finne forklaring på symptomer og fysiske plager opplevde det skremmende fordi de følte de hadde «alt».

Jeg googler alt, også har jeg vært inne på sånne forum og sånne ting. Det har sikkert med den angsten å gjøre, fordi at jeg spenner musklene sånn. Så føler jeg meg skikkelig syk, også har jeg vondt i hele kroppen og sånn. Også søker jeg, også finner jeg ut at det er noe, og da får jeg enda mer vondt.

Selve utredningen var ble omtalt som betydningsfull av flere. Det å forstå hva som var galt var viktig hjelp. Flere av ungdommene sa at det beste med BUP var at de fikk vite diagnosen sin. Det var en bekreftelse som kunne hjelpe de til å forstå seg selv, og at andre forstod dem bedre. En ungdom sa at diagnosen ga henne bevis, da ble hun ikke lengre mistenkeliggjort og skolen tok mer hensyn. Blant de som hadde ADD var det flere som fortalte at diagnosen gjorde at de fikk medisiner som hjalp dem til å få mer kontroll. Konsentrasjonen ble bedre og de mestret skolen bedre. Ingen av ungdommene fortalte at det var et nederlag å få diagnose eller at de var uenige i den. Det var imidlertid flere som fortalte at de ikke fikk vite om diagnosen før etter at de hadde sluttet på BUP. På spørsmål om hvordan informasjonen hadde vært underveis, var det tre ungdommer som svarte at de ikke fikk informasjon før epikrisen kom i posten. En ungdom opplevde fraværet av tilbakemelding og informasjon underveis som forvirrende. Denne ungdommen fortalte senere i intervjuet at hun fikk informasjonen om testresultatene sine i epikrisen etter avslutning ved BUP. Da forstod hun hvor viktig det var å gjøre noe med problemene sine. Hun fortalte at det var veldig viktig og godt for henne å få denne dokumentasjonen, samtidig som det var vondt å lese den. En annen ungdom som leste om sin diagnose i epikrisen forstod ikke hva det betydde. Hun synes det var forvirrende og savnet en forklaring.

Det resultatet fikk jeg ikke før sånn, før jeg var ferdig på BUP. Jeg fikk på en måte aldri vite: Hvorfor tok jeg den testen? Gjorde jeg det bra? Gjorde jeg det dårlig? Er jeg flink? Er jeg syk? Er jeg... Sant, jeg følte meg sånn uvitende hele veien.

De prøvde å finne ut liksom hva det var med meg. Og det var litt greit sånn at jeg kunne få et svar på hvorfor jeg var litt annerledes, holdt jeg på å si. Eller hvorfor jeg var lei meg og sånn. Også fikk jeg jo ganske mye informasjon om de tingene og sånn, og det var ganske greit. Jeg har jo alltid vært den dumme, fordi jeg kunne jo ikke skjønne hvorfor jeg ikke skjønte hva folk sa. For alt bare gikk inn og ut. Så tok jeg sanne tester og sanne ting, og de fant ut at jeg hadde ADD. Også fikk jeg jo medisiner, og nå har jeg jo bare sånn 4'ere og 5'ere og 6'ere!

Nesten alle ungdommene hadde uteblitt fra flere samtaler uten at de da hadde til hensikt å slutte. Den vanligste årsaken var at de rett og slett glemte avtalene. Det var vanskelig å holde rede på når de skulle komme. De som hadde mottatt elektronisk påminner (SMS varsel) før timene fortalte at det var veldig nyttig. Timene var ikke det eneste som var lett å glemme. De fleste ungdommene sa at de hadde fått hjemmeoppgaver underveis i behandlingen, men det var ikke alltid så lett å følge dette opp. Flere sa de glemte det helt, noen gjorde ikke oppgavene fordi det var vanskelig å skrive ned ting. På spørsmål om hva de ville tenkt om oppgavene var tilrettelagt elektronisk, for eksempel på en applikasjon for smarttelefon, var nesten alle veldig positive til det. Noen trakk da også fram et ønske om å kunne få informasjon og fylle ut spørreskjema elektronisk. De mente det ville være lettere, og samtidig gjort at de hadde hjelpen tilgjengelig flere steder.

Oppi alt kaoset så var ikke det det letteste å huske på. Jeg fikk veldig mange ganger beskjed at jeg skulle skrive lapper til meg selv eller sånn. Og gjøre det mer positivt for meg selv da. Og det tror jeg ikke at jeg gjennomførte en gang, for det var vanskelig å huske på.

Tror visst det var en app eller et eller annet sånn som holdt styr på det, så tror jeg det hadde vært lettere å følge med. -Gjennomføre det.

Det er ikke sånn når du er lei deg tar du opp en blokk og skriver alt du føler og sånn. Det er jo ikke det første du tenker på. Men jeg kunne godt ligge med mobilen når jeg var lei meg liksom. For å spille eller noe, for å ha noe annet å tenke på. Det hadde vært lettere.

Flere ungdommer fortalte at de ikke likte å få beskjed om hva de *skulle* gjøre, men ønsket råd om hva du *kunne* gjøre i vanskelige situasjoner. Informasjon og råd framsto som en konkret form for hjelp. Spesielt de som strevde med angst beskrev det som nyttig. En ungdom beskrev detaljert hva hun hadde lært å gjøre dersom hun fikk angstanfall. For henne var dette en slags oppskrift som ga kontroll, og denne kunnskapen var det som hadde betydd mest for henne fra behandlingsforløpet. En annen ungdom som fortalte at hun savnet råd som kunne gitt henne bedre kontroll, og synes derfor ikke behandlingen hadde vært så bra.

Jeg lærte meg hva jeg skulle gjøre hvis jeg fikk et angstanfall. Før så stod jeg og slo hodet mitt inn i veggen, for jeg visste jo ikke hva jeg skulle gjøre. For det sa bare bang, også hadde jeg ikke kontroll over meg selv. Men de lærte at jeg skulle legge meg ned, jeg skulle puste med magen. Jeg skulle puste rolig og telle til 10, så skulle jeg tenke gode tanker og drikke vann. Og visst jeg får et angstanfall nå, så vet jeg jo hva jeg skal gjøre. Da legger jeg meg ned på bakken med en gang og begynner å puste rolig, og tar det helt med ro. Istedenfor å begynne å stresse, og gjøre det verre og verre og verre. Helt til du nesten svimer av.

Oppsummering:

Informasjonen fra BUP ble opplevd som foreldreorientert, og de fleste ungdommene mente de hadde fått lite informasjon. Noen opplevde behandlingen som uforutsigbar, og ble passive deltakere. De som hadde fått god informasjon opplevde å bli bedre forstått, og fortalte i større grad at behandlingen var til god hjelp. Funnene viste at ungdom brukte internett aktivt for å skaffe seg informasjon på egen hånd. Hvilken nettsider de brukte og hva de fant var sjelden et tema i samtalene på BUP. Flere av ungdommene synes utredningen og diagnose var det mest nyttige i kontakten med BUP. Diagnose ga forståelse. Noen opplevde at skolen gikk bedre, som et resultat av økt forståelse eller medisinerings. Flere ungdommer sa de først fikk informasjon om diagnose i epikrisen etter avslutning, og den kunne være vanskelig å forstå. Mange synes det var vanskelig å ha kontroll på timer og hjemmeoppgaver. SMS-varsling var til god hjelp. Det fleste ønsket at mobiltelefonen kunne brukes som et hjelpemiddel til informasjon og hjemmeoppgaver. Et annet funn viste et ønske om konkrete råd som kunne gi handlingsberedskap og kontroll, spesielt i forhold til angstmestring.

5.3 Å bli tatt på alvor

Det å bli tatt på alvor er i likhet med bli kjent fasen knyttet til relasjonen, men viser til noe mer enn det å bli kjent og trygg. Dette temaet tar for seg behovet for autonomi og mulighet til medvirkning. Ungdommenes ønske om å bli møtt som en likeverdig, og

erfaringer de hadde rundt det å bli tatt alvorlig presenteres her. Funn som har med valg å gjøre, slik som når ungdommen kunne få samtale tid, faller inn under dette temaet.

Ungdommene forventet å bli behandlet som selvstendige individer. I dette lå en forventning om respekt, at de ble lyttet til og tatt seriøst. En ungdom hadde reagert på at ungdom ble behandlet annerledes enn voksne i den forstand at ungdom skulle de tulle litt med. Det harmonerte ikke med ungdommens forventning om at behandler hadde konsentrasjonen rettet mot henne som person. Noen fortalte om frustrasjon i forbindelse med forsinkelser eller at behandler ikke var forberedt. En ungdom opplevde det som mye av tiden hennes ble kastet bort på at behandler ikke hadde fått med seg det hun sa sist, og ikke leste notatene. Hun fortalte at hun måtte fortelle det samme på nytt i neste time, og på den måten gikk mye av tiden med på å gå igjennom det samme som gangen før.

Noen hadde en opplevelse av at BUP var orientert mot yngre pasienter, og at det påvirket opplevelsen av selvstendighet og måten de ble snakket til. De ønsket ikke å bli behandlet eller snakket til som barn. En ungdom opplevde omsorg fra behandler, men reagerte på at de kvinnelige behandlerne så rart på henne og syntes så synd på henne. Da følte hun seg hjelpeløs og svak. Jevnbyrdighet i relasjonen med behandler var flere opptatt av. Noen snakket om at det ble ikke var likeverd fordi det var et behandler-pasient forhold.

Det var jo psykolog-pasient. Det var jo på en måte en fast grense. At hu var psykolog og jeg var pasient, og det var det det skulle handle om når vi snakka. Grensen gjør det ubehagelig. Føler deg stemplet som en pasient. Følte jeg bare at jeg var en oppgave.

Fordi det var alltid sånn der -å stakkars lille deg greier. Og jeg var mer sånn der: Kan du ikke snakke til meg som jeg var en vanlig person, og ikke en stakkars liten meg? Noen ganger vil du ikke at folk skal synes synd på deg. Du vil ikke være stakkarslig. Du vil ikke være hjelpeløs.

En ungdom som fortalte at hun ikke ble tatt seriøst, og opplevde det som en tydelig avvisning. Hun hadde fått beskjed av behandler om at hun måtte åpne seg og snakke for

at BUP skulle kunne hjelpe henne. I motsatt fall kunne de bare avslutte. Jenta klarte ikke å prate, og etter et par ganger ble behandlingen avsluttet. Før de avsluttet beskrev hun at behandler banket henne i tinningen for at det skulle hjelpe mot angst. (Ut fra beskrivelsen hennes minner dette om tankefeltterapi.) Jenta selv visste ikke hva dette var, og stilte seg undrende til om det var en seriøs behandling. Hun opplevde ikke å bli behandlet med respekt. Etter avslutning gikk hun et års tid uten behandling før en akutt forverring og et lang opphold på sengepost. Hun fortalte at det måtte alvorligere ting til for å bli tatt seriøst, og at dette hadde gjort at hun i dag var mye sykere enn om hun hadde fått en annen behandler og blitt tatt seriøst. Denne ungdommen mente at behandleren burde slutte i jobben sin. En annen ungdom hadde også hatt kontakt med BUP tidligere, men opplevde ikke at behandler forstod hvor alvorlig problemet var. Kontakten med BUP ble avbrutt, og det gikk lang tid før ny behandling kom i gang. Begge disse ungdommene fortalte at de hadde endt opp med langt mer omfattende psykiske problemer fordi det gikk så lang tid.

Det å få hjelp i rett tid, eller unngå lang ventetid kan knyttes til å bli tatt på alvor. De fleste ungdommene hadde fått hjelp raskt etter at henvisningen ble sendt. De synes det var bra at deres ønske om hjelp ble tatt på alvor. Tre ungdommer fortalte imidlertid at de hadde stått lenge på venteliste, og opplevde dette som veldig negativt. En av de ungdommene opplevde ventetiden som uforsvarlig, og sa at da behandlingen først kom i gang var den unyttig fordi det i mellomtiden hadde skjedd så mye i livet hennes.

Hvis jeg hadde fått behandling der og da hadde jeg vært en helt annen person i dag.

Hvis du går akutt og trenger hjelp, så trenger du faktisk hjelpen med en gang, og ikke et halvt år senere. Så jeg synes det var dårlig at de tok så lang tid. For det kunne jo være for sent. For all del, en vet jo aldri.

Å bli tatt på alvor handlet om å bli lyttet til og kunne få påvirke selve behandlingen. Behandlingen skulle ta utgangspunkt i det ungdommen bestilte hjelp til, og ikke det foreldrene sa. Flere ungdommer sa de likte råd som var utfordrende, såfremt avgjørelsen lå hos dem. Da kunne de velge å si nei til det de var uenige i. Det ble ikke

spurt spesifikt om medisiner i intervjuene, men halvparten av ungdommene hadde erfaring med dette. Erfaringene var enten veldig positive eller veldig negative. Det hadde som tidligere nevnt sammenheng med informasjon, men også med om de ble tatt på alvor og fikk være med å ta avgjørelsen sammen med behandler. De ungdommene som var kritiske til medisiner men likevel fikk det, opplevde ikke at deres mening ble tatt på alvor, og sa at medisiner hadde vært en negativ erfaring.

Jeg tror det var etter den tredje timen allerede, at jeg kunne prøve medisiner og sånn. Selv om jeg på en måte hadde gitt uttrykk for at jeg ikke ville gå på medisiner. Liksom det var det siste jeg ville gjøre da.

Da var jeg bare irritert, for jeg følte at de (foreldrene) bare satt og ramset opp alle problemene. Men hun (behandler) sa det er forskjell på hva BUP skal hjelpe meg med, og hva mamma og pappa synes at jeg bør gjøre bedre liksom.

Et sentralt funn var at mange av ungdommene ønsket mer medvirkning på når og hvor ofte samtalene fant sted. Flere hadde regelmessige terapisaftaler på BUP, men opplevde at behovet varierte. Noen fortalte at de savnet tiltro og mulighet til å regulere dette. En ungdom fortalte at han måtte følge behandlingsplanen med ukentlige samtaler også i perioder han ikke følte han trengte det. I økende grad opplevde han at samtalene ikke gikk noen vei, og på et tidspunkt vurderte han å droppe ut av behandlingen fordi tiden ikke ble tatt hensyn til hans ønske. Flere andre fortalte også at de periodevis synes samtalene var for hyppige, og de utsatte derfor oppmøtet.

Det var en periode jeg følte meg selv helt frisk, og da møtte jeg opp like mye som jeg hadde gjort da jeg var på det dårligste.

Noen ungdommer fortalte at de droppet enkelte timer på BUP fordi det ble for vanskelig å gå fra skolen. Mange fortalte at behandlingen ved BUP hadde negative konsekvenser for skolegangen. De gikk glipp av undervisning, og selv om fraværet var godkjent ble det fortsatt registrert som vanlig fravær. Flere ønsket at poliklinikken hadde lengre åpningstid, slik at det var mulig å komme til samtaler på kveldstid.

Men det gikk jo ut over skolen i forhold til tiende. Og det var kjipt. Jeg fikk mye problemer for det i både i første og andre klasse. Spesielt i andre klasse. Da var det sånn at jeg nesten ikke stod på slutten av året. Nå går jeg i tredje, og jeg kjenner jo på at jeg ikke har hatt samme opplæring som de andre på skolen.

Det er jo litt forskjell på en som går på videregående og en som går på barneskolen, når det kommer til fraværet. Selvfølgelig skal de ha åpent på dagen, men at det er tilbud på kvelden også. Det hadde vært kjempe bra.

Oppsummering

Ungdommene hadde forventning om at behandler var forberedt og møtte dem på en respektfull måte. Noen hadde opplevd å bli behandlet som barn eller som hjelpeløs. Ungdommen ønsket en jevnbyrdig relasjon med behandler. Dette innebar at de ble lyttet til, og at deres meninger ble vektlagt når det skulle tas beslutninger i forhold til behandlingen. Noen fortalte at de ikke opplevde dette, de kjente seg avvist og behandlingen ble avbrutt. De fleste opplevde lite ventetid, men de som måtte vente lenge var ikke fornøyd med tilbudet. At behandler hadde tiltro til ungdommen, og at de kunne velge å si nei eller regulere hyppigheten på samtaler var viktig. Flere opplevde at behovet for oppfølging varierte, men at de hadde like ofte samtaler i gode perioder. Dette var en vanlig årsak til at noen ikke møtte opp. En annen årsak til å ikke møte var at det ikke ble tatt hensyn til skole. Behandlingen gikk ut over skolen, og noen ønsket derfor samtaler på kveldstid.

5.4 Tro på bedring

Temaet omhandler forventningen om nytte eller resultat etter behandling. Tro på seg selv, behandlerens tro og sosial støtte er nøkkelområder i denne delen som omhandler motivasjon. Det å holde ut, og følelsesmessige reaksjoner knyttet til behandling omtales. Ungdommenes tidligere erfaringer med helsehjelp og tanker om å avbryte behandlingen underveis blir beskrevet i forbindelse med tro på bedring.

I intervjuet fikk ungdommen spørsmål om hva slags råd ungdommene ville gitt til andre ungdommer. Flere trakk da fram betydningen av å holde ut. De hadde selv tvilt på at

problemene ville endre seg eller forsvinne ved hjelp av terapi. Noen fortalte at de ønsket og trodde på at behandling ville hjelpe da de kom til BUP, men synes at behandlingen tok veldig lang tid. Det gikk så langsomt framover at det var vanskelig for dem å se framgang underveis. Noen mistet da troen, og fortalte at de var i ferd med å gi opp. De som likevel fortsatte, kunne i ettertid se at behandlingen hadde vært til hjelp. Mange hadde strevd med skolen tidligere, men var stolte over at de nå mestret videregående. Det var kun to av ungdommene som ikke var inne i et utdanningsforløp.

Folk ser ikke at det kan hjelpe å gå der. Jeg ser det nå, men det var noen ganger jeg tenkte: Hvorfor skal det hjelpe å gå og snakke til en person, liksom?

Jeg venter ennå på den dagen det blir helt fint. Men... det er bare å ikke gi opp egentlig. Ikke ta den letteste utveien. Men fortsette litt til.

De fleste hadde erfaring med samtaler før de kom til BUP. Noen hadde hatt kontakt med BUP da de var yngre, andre hadde gått i terapi annet sted, og flere fortalte om samtaler gjennom skolehelsetjenesten og barnevernet. Bare fire sa de ikke hadde snakket med noen tidligere. Hvor vidt det var snakk om positive erfaring eller ei, varierte. Det var omtrent jevnt fordelt mellom positive, negative og nøytrale erfaringer, og kom ikke fram noen sammenheng mellom tidligere erfaringer og oppmøte i BUPA. Oftest var det foreldre, den de hadde snakket med, eller en annen voksen som hadde tatt initiativet til henvisningen. Det var likevel kun to ungdommer som var uenig i henvisningen. Selv om de ikke var uenige i problemene som ble beskrevet i henvisningen, synes de det var vanskelig å se for seg at behandling skulle endre på livet og vonde ting de hadde opplevd. Troen på hvorvidt det var mulig å få til en endring, og hva ungdommen tenkte de selv kunne klare hadde en sammenheng med motivasjonen til å møte opp. En av ungdommene opplevde seg som lurt fordi hun var forespeilet hjelp, men etter samtalene var egentlig alt likt.

Jeg visste jo at jeg hadde et problem på den tida, men jeg... Eller jeg tenkte ikke at jeg hadde et problem, men at livet var et problem, hvis du skjønner.

Mange ganger jeg ikke møtte opp. Jeg vet ikke, fikk ikke meg selv til å gjøre det. Om jeg vurderte å slutte? Det gjorde jeg vel også. Ikke fordi at jeg ikke fikk hjelp her, men fordi jeg ga opp litt selv. Så det var ikke på grunn av noe som var dårlig her at jeg ikke kom, eller at jeg ville slutte.

Egne følelsesmessige reaksjoner på behandlingen var det også noen som knyttet til oppmøtet. Det var ubehagelig å snakke om det som var vondt, og det kunne gi fysiske reaksjoner. Ei ungdom fortalte hvordan hun i etterkant av samtalene ble stresset og sur. Det å snakke om hvordan de følte det kunne gi ulike reaksjoner, og noen fortalte at det var fristende å ikke fortsette for å unngå dette ubehaget.

Jeg var redd for de følelsene jeg kjente på når jeg var her. Og derfor ville jeg ikke tilbake her. Så jeg gjorde egentlig alt i min makt for å ikke møte opp. Men jeg måtte jo. Og jeg visste jeg måtte, for det ble bare verre hvis ikke jeg fortsatte å gå. Men det endte jo med at denne redselen gikk så langt at jeg ble jo redd for å sove rett og slett. Redd for å gå ut. Og jeg hadde jo en periode på to måneder hvor jeg bare ikke fungerte. Og da klarte jeg i hvert fall ikke gå her!

Av de ti ungdommene som hadde snakket med voksne hjelpere før de kom til BUP, var det noen som hadde fortalt sin historie på nytt mange ganger. Spesielt de som hadde hatt kontakt med barnevernet over tid fortalte om veldig mange ulike mennesker de hadde snakket med. For dem hadde ikke snakking ledet til ønsket endring tidligere, og de orket ikke ta hele historien igjen. De hadde små forventninger til bedring, spesielt hvis det ikke kom fram noe nytt i samtalene. Faste samtaler der det stort sett ble snakket om hva som hadde skjedd den siste uka, skapte hverken motivasjon eller tro på bedring. Flere ungdommer sa at selv om det var ubehagelig ønsket de å bli gradvis mer utfordret på vanskelige tema i samtalene. De ville at samtalene skulle ha en progresjon, og ikke bare mas om det samme hver gang.

Så jeg var ganske lei av å snakke med folk egentlig. Sånne profesjonelle som skulle prøve å hjelpe. For jeg fant jo ut at de hjalp ikke.

Jeg hadde bare ikke lyst til å gå, eller snakke med noen den dagen. Jeg er ikke så veldig glad i mas, og jeg synes av og til de maser mye. Spør mye om det samme. Det er jo: -Hei, hvordan går det? -Ja det går bra. -Ok, så bra. - Hvordan går det på skolen... Det er liksom de samme spørsmålene hver gang. Så du blir jo lei av å svare på de.

Men det var også mange som beskrev samtalene som svært nyttige. Noen sa at det å snakke var godt i seg selv, samtidig som de etterpå opplevde å håndtere følelsene bedre. En gutt som hadde gått en stund uten å oppleve framgang, fortalte om en samtale som fikk han til å tenke annerledes. Behandler hadde ikke gitt opp, og til slutt kom det han selv kalte et gjennombrudd. Behandlerens engasjement og tro på bedring fikk betydning for motivasjon og videre oppmøte. Flere fortalte at de ønsket at behandler skulle prøve det de kunne for å få til samtalene. Dersom de maste når ungdommen ikke møtte opp, viste de at de virkelig ville ha en samtale.

Beste erfaringer er jo at de, 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. At du følte at her var det noen som ikke ville at du skulle ha det tungt. De ville du skulle bli frisk.

Hun fikk meg veldig motivert til på en måte og hjelpe meg selv. Liksom klare det mye selv.

En ungdom som utsatt oppmøtet fikk til slutt hun et brev i posten, der det stod at hvis hun ikke selv ringte innen en dato ble saken avsluttet. Hun synes det var greit, for hun hadde ikke lengre tro på at behandlingen ville hjelpe, men ville helst slippe å snakke om det. En annen ungdom som ikke synes han hadde behov for behandling, møtte heller ikke opp. Han fortalte at han droppet ut et halvt år, men fant etter hvert ut at han likevel trengte hjelp. Hans behandler hadde ventet, og lot han komme inn igjen. Han opplevde at hun tok han på alvor, og etter dette droppet han ikke ut igjen.

De fleste beskrev både behandler og foreldres oppfølging og tro på at det skulle hjelpe som nødvendig. Men noen av ungdommene hadde ikke, eller ønsket ikke at

foreldrene skulle være involvert i behandlingen i det hele tatt. De beskrev da behandlers omsorg som enda viktigere.

Og hvis hun så jeg hadde en dårlig time, så sørget hun alltid for at før jeg gikk, at det gikk fint og sånn. Hvis jeg hadde klart noe bra utenfor BUP ga jeg alltid beskjed til henne. Så hun fungerte som en reserve-mamma, når min mor ikke klarte mer.

Troen på at behandling i seg selv skulle virke ble også påvirket av forhold utenfor BUP. Venner og foreldre sin tro på bedring påvirket ungdommens egen forventning. Noen fortalte at de var skeptiske på bakgrunn av venner sine erfaringer. De som hadde blitt anbefalt BUP fra venner eller familie hadde større tro på endring.

Jeg var veldig skeptisk. Jeg hadde hørt litt ifra venner og lignende at de hadde hatt litt dårlige opplevelser med psykologer.

Fire ungdommer sa de hadde droppet ut av behandlingen, men to hadde kommet tilbake til BUP senere. Fire andre vurderte å droppe ut underveis. Noen ungdommer sa at det ikke var noe alternativ å slutte. De hadde forpliktet seg, og foreldrene sørget for at det ikke var en mulighet. Støtte, tilrettelegging og press fra foreldre var en vesentlig årsak til at mange av ungdommene fortsatte i behandling. En gutt fortalte at dersom ikke foreldrene var interessert ville heller ikke han ha vært det, og uten at de presset han ville han ikke gått. Han var en av flere som sa han neppe ville gått hvis han ikke ble kjørt eller fulgt til BUP. Noen andre fortalte at det var vanskelig for dem å gå til BUP fordi enten mor eller far hadde reagert negativt og hadde liten tro på slik hjelp.

Noen liksom ble med meg, kanskje opp til døra for eksempel. Trenger ikke være med inn, men... Litt sånne ting som gjør det enklere. At familien legger liksom til rette for at du skal komme deg der, uten at de maser.

Oppsummering:

Funn viste at de fleste hadde snakket med andre før de kom til BUP, og troen på at det skulle bli bedre denne gangen var ikke så stor. Det var ingen synlig sammenheng

mellom at andre stod bak henvisning, og eventuelt behandlingsfracfall. Underveis i behandlingsforløpet beskrev ungdommene flere utfordringer som reduserte troen på bedring og dermed motivasjonen for oppmøte: Samtaleterapiens innhold kunne virke repeterende, samtalene aktiverte ubehagelige følelser og de opplevde ikke progresjon. Funn viste at flere unnlot å møte opp eller vurderte å slutte fordi de ikke så framgangen. De ungdommene fortalte at det var først i etterkant de så nytten, og underveis var det avgjørende at de fikk hjelp til å møte opp. Behandler sin tro og utholdenhet var gjennomgående viktig for oppmøtet. Støtte, tilrettelegging og press fra foreldre var nødvendig for flere for å komme seg til timene.

5.5 Fortrolighet og direkte kontakt

Fortrolighet og direkte kontakt tar for seg betydningen av taushetsplikt og kommunikasjon direkte mellom ungdom og behandler. Ungdommens tanker rundt hvordan foresatte involveres, og fleksibilitet i behandlingen for å ivareta anonymitet blir presentert her. Tilgjengelighet og kommunikasjonsformer ut over de vanlige ansikt-til-ansikt samtalene, med bruk av telefon og e-helse, var en del av dette.

Ungdommens erfaring med e-helse er presentert i forbindelse med informasjon. Da ungdommene snakket om kommunikasjon og oppmøte, ble også muligheten for bruk av mobil eller data et tema. Flere ungdommer hadde tidligere erfaring med kontakt gjennom internett. Via ulike forum hadde noen snakket med andre, og opplevd å få hjelp knyttet til sine psykiske problemer. Elektronisk samhandling som chat over internett ble foreslått som en mulighet til å få kontakt med helsepersonell hvis det ble for vanskelig å møte opp til samtaler. Noen trakk fram muligheten for å være anonym som viktig for å senke barrieren for å søke hjelp.

Det burde vært slik at du kunne snakket med folk på nettet. Anonymt. Det er ikke alle som vil snakke med folk person til person. Mange liker å være anonyme om problemene sine. Det er mye lettere å snakke med noen anonymt, for da kan de ikke dømme dem heller. Mer sånn, de må bare svare.

Konfidensialiteten var viktig for mange. Flere fortalte om utfordringer med å møte til BUP fordi de da risikerte at venner kunne få vite at de gikk der. Noen ønsket derfor mer fleksibilitet i kontakten med behandler, fordi det ble vanskelig for dem å møte opp til poliklinikken. Ønske om ambulante samtaler, der behandler kunne komme hjem ville gjøre det lettere for de som ikke klarte oppsøke BUP.

Det var jo ganger jeg skulle ønske de kunne heller komme til meg heller, på en måte. De kunne jo gjort det og, men ja. For det er jo liksom midt i sentrum, og jeg er veldig nøye på at ingen skulle se at jeg gikk der, på en måte. Så midt i sentrum – alle kunne jo se at jeg gikk inn der.

En ungdom fortalte at han hele tiden fryktet at noen skulle oppdage at han gikk til BUP. Han vurderte å slutte fordi det ble vanskelig å holde det hemmelig. Den samme ungdommen ville heller ikke at foreldrene skulle få vite om det, og det var derfor viktig at behandlingstilbudet var gratis. I motsatt fall ville han takket nei til behandlingen, fordi kostnadene ville gjort at foreldrene fikk vite om det. Det var andre som heller ikke ønsket at foreldrene skulle kjenne til kontakten med BUP. Ei jente fortalte at hennes mor likevel fikk vite om det, og at moren ikke likte det. Det endte med at hun etter noen avtaler bare sluttet å gå, og siden hørte hun ikke noe mer fra BUP. Kort tid etter kom barnevernet inn i bildet, så sannsynligvis hadde det skjedd noe selv om dette var uklart for henne. Hun hadde tatt initiativet selv til å kontakte BUP, men fikk ingen direkte tilbakemelding eller telefon. De ungdommene som hadde erfaring med barnevernet, hadde en annen forventning til BUP. I BUP skulle ungdommen selv være i fokus, ikke foreldrene. De forventet derfor at kontakten primært var rettet mot dem, selv om det ble jobbet med familieterapi.

Når jeg begynte på BUP så var det ganske greit der, fordi da var det mer.. Jeg følte det var litt mer privat å gå der, for da hadde ikke pappa og mamma like mye å si.

En stor del av behandlingen har jo vært å få meg og min mor til å få et bedre forhold. Fordi vi har jo ikke hatt kommunikasjon på mange år. Og det har vært litt av nøkkelen til selve behandlingen.

De fleste hadde foreldre som både visste om, og hadde et samarbeid med BUP. Flere ungdommer hadde felles samtaler med foreldre og behandler. Noen synes det var greit, andre likte det dårlig. Behandlers taushetsplikt var viktig, og noen av ungdommene opplevde det som et tillitsbrudd at behandler sa mer til foreldrene enn de ønsket. Andre synes at det var godt å få hjelp av behandler til å formidle vanskelige ting. Noen av ungdommene som hadde skilte foreldre som ikke samarbeidet synes det var ubehagelig og informere foreldrene selv. En ungdom som hadde et anstrengt forhold til sin far var glad for at fagpersoner fra BUP tok en alvorsprat med faren. Felles for alle ungdommene var at de ønsket og selv ha kontrollen på hva som eventuelt ble sagt til foreldrene. Noen ville være tilstede i foreldresamtalene, mens andre foretrakk og ikke delta men ville vite hva som ble sagt.

Det var greit jeg så lenge jeg visste hva det gjaldt. Jeg tror ikke det hadde vært greit hvis mamma og pappa hadde gått der alene en gang i uka, eller en gang i måneden eller sånne ting.

Vi hadde jo foreldresamtale en gang eller to. Da var vi alle. Og det var jo helt greit. Ikke det at jeg ville det. For jeg var litt på den at det jeg har sagt vil jeg jo ikke jeg at foreldrene mine skal vite. Det er en grunn for at jeg snakker med andre enn foreldrene mine da. Mora mi visste ikke at jeg var hos psykolog. Og jeg hadde sagt til de at jeg ikke ville de skulle vite det heller. Men de sa det jo på møtet. De sier ting de ikke skal si. De har taushetsplikt. De skal ikke si alt!

En fortrolig og direkte kontakt mellom ungdom og behandler hadde betydning for de andre temaene som er blitt presenter. Kontakten med behandler påvirket, tillit, bli kjent fasen og opplevelsen av å bli tatt på alvor. For de som ikke klarte å møte opp til timer og stod i fare for å droppe ut var kommunikasjon spesielt viktig.

Istedenfor på en måte ringe å si: Ja hei, når vil du ha neste time? Og at kontordamen tar seg av den jobben. Så hadde jeg nok satt mer pris på hvis den behandleren selv hadde ringt og sagt: Hvorfor kom du ikke i dag? Går det bra med deg? Og heller ta den liksom, og høre om det går fint. For da får du kanskje svar på det, og det har jo sikkert med behandlingen å gjøre, tenker jeg.

Denne kontakten savnet flere. Flere fortalte at dersom de ikke klarte ringe selv etter å ha uteblitt fra avtaler, kunne det gå flere uker før BUP tok kontakt. En ungdom fortalte at det gjorde det vanskeligere å møte opp igjen. I perioder som det var ekstra tunge savnet denne ungdommen muligheten til å komme i kontakt med behandler på andre måter, slik som e-post eller telefon. Noen ungdommer fortalte at de ikke hadde noen direktenummer eller mulighet til å kontakte behandler, og savnet det. Andre hadde fått beholders mobilnummer, og fortalte at det hadde stor betydning for dem at de kunne nå behandler dersom de hadde behov for en ekstra time. En ungdom som hadde fått privatnummeret til behandleren sin sa at det betydde mye for tilliten. Da følte hun virkelig at behandleren ville hjelpe henne.

Jeg vet ikke. Det er liksom, altså hvis... -Meldinger for eksempel. 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 liksom. Men bare sånn, fått en melding liksom. Og, for noen ganger når du er nede, er det lettere og skrive en melding enn å ringe.

Oppsummering:

Frykt for at kontakten med BUP skulle bli oppdaget av jevnaldrende og føre til negative reaksjoner fra venner gjorde at flere vegret seg for å gå til BUP. Noen ønsket mer fleksibilitet, som at behandler kunne komme hjem. I de fasene det var ekstra vanskelig ble også behovet for alternativ kommunikasjon med behandler viktig. De som hadde mulighet til slik direkte kontakt trakk det fram som spesielt nyttig. Andre savnet et direktenummer, muligheten til å sende SMS eller mail. Noen synes det var for vanskelig å snakke om sine vansker, men hadde samtidig positiv erfaring med at bruk av data og

kontakt med andre. En ungdom mente BUP burde gitt et anonymt nettbasert tilbud til de som ikke klarte møte opp. Flere ungdommer ville ikke at foreldrene skulle få vite om behandlingens innhold. Noen hadde erfart at foreldre likevel fikk informasjon de ikke ville de skulle få. Det var veldig viktig at det som ble sagt mellom ungdom og behandler var fortrolig. Ungdommene vektla betydningen av å ha kontroll og kunne regulere BUP sin foreldrekontakt. De som hadde tidligere erfaringer med barnevernet presiserte at de forventet noe annet av BUP. Det skulle være «privat» og ikke familieorientert. At kontakten ble rettet direkte til ungdommen hadde betydning for opplevd tillit. De som stod i fare for å droppe ut eller hadde hatt lengre fravær sa at dersom BUP hadde vært raskere til å ta kontakt og vist at de brydde seg, ville det vært lettere å komme tilbake. En direkte kommunikasjon med behandler, ikke via sekretær, økte tilliten og oppmøtet.

6 Diskusjon

Hensikten med studien var å undersøke ungdommers erfaringer fra poliklinisk behandling, og se hvordan oppmøte og behandlingsfravall kan forstås i lys av denne erfaringen. 14 ungdommer har fortalt sin historie. Hver historie er unik, og til sammen gir de et godt bilde av ungdommers behandlingserfaring. Funnene ble sortert inn i fem tema, og det ble funnet faktorer som har betydning for oppmøtet i alle temaene. Et fellestrekk med funnene er at de påvirket ungdommenes opplevelse av tillit og selvstendighet. Denne diskusjonsdelen er derfor organisert under overskriftene *fra utrygghet til tillit* og *fra avhengighet til selvstendighet*. Forskningsspørsmålet om e-helse diskuteres i et eget punkt under overskriften *fra offline til online*. Det tre delene må samtidig sees i sammenheng, fordi selvstendighet bygger på tillit, og e-helse kan brukes som hjelpemiddel for å styrke både tillit og selvstendighet.

6.1 Fra utrygghet til tillit

Et sentralt funn var at det var skummelt å komme til BUP. Utryggheten ungdommene opplevde i oppstarten var en faktor som hindret eller gjorde videre oppmøte vanskelig. Utryggheten ble beskrevet som usikkerhet på hva som ventet, frykt for fordommer og nederlag. Kjemi ble brukt som betegnelse på hvorvidt ungdommene opplevde et slikt tillitsforhold til behandler. Funnene viste at ungdommen ønsket at behandler tok seg god tid, slik at de ble godt kjent med hverandre. Før et tillitsforhold var etablert klarte ikke ungdommene å prate om vanskelige ting, og flere klarte ikke snakke i det hele tatt.

Tillit er et begrep som kan forklares på ulike måter. Ungdommene snakket om tillit både som et spontant fenomen, og som et grunnleggende element i en jevnbyrdig relasjon som utviklet seg over tid. I følge Løgstrup oppstår tillit spontant, tilsvarende det ungdommene kalte kjemi, og er et grunnfenomen og forutsetning for samhandling. Tillit kan også forstås på en annen måte i den asymmetriske relasjon mellom pasient og behandler: Ungdommen velger å ha tillit til behandler som har gjort seg fortjent til det ved å vise kompetanse, ansvarlighet og omsorg (Slettebø, 2012). Tidligere forskning har også funnet at pasientens opplevelse av relasjonen med behandler har stor betydning for utbyttet av behandlingen og oppmøtet (Binder et al., 2009, s. 42; de Haan et al.,

2013, s. 708; Duncan, Ystanes, Tuseth, Fjeldstad, & Sparks, 2008, s. 25). Tillitsforholdet mellom pasient og behandler omtales ofte som klinisk allianse. I faglitteraturen tas det gjerne utgangspunkt i at en slik allianse er basert på en felles enighet om behandlingsmål og strategier for å nå målene (Duncan et al., 2008, s. 25; Kåver, 2012, s. 30). Funn fra denne studien viser imidlertid at etablering av tillit bygger mer på et følelsesmessig bånd mellom ungdom og behandler. Det kan tyde på at det er behov for å tenke annerledes i forhold til etablering av allianse med ungdom, og at enighet om behandlingsmål kanskje ikke like viktig for ungdom som for voksne. Det kan skyldes at de har mål som avviker fra foreldre og behandler. For ungdom er det viktigere å identifisere eksterne kilder som årsakssammenheng, og på den måten samtidig få lette fra problemene (Block & Greeno, 2011, s. 398). Funn viste at ungdommene ønsket en aktiv behandler som også snakket om egne personlige erfaringer. Blant fagpersoner er det blitt advart mot å tro at det bedrer pasientens psykiske plager (Hersoug & Ulberg, 2013). Funnene i denne studien peker imidlertid mot at behandlere som snakker om personlige ting bidrar til å skape tillit. Følelsesmessig samhørighet kan gi emosjonell støtte samtidig som det styrker tillitsforholdet mellom pasient og behandler og bidrar til en terapeutisk kontekst.

Ekeland (2007) beskriver ulike former for tillit som er en forutsetning for en terapeutisk kontekst. Personlig tillit er tilliten til behandleren, mens systemtillit er tillit til hjelpeapparatet og helsevesenet. I studien kom det fram at flere av ungdommene hadde snakket med fagpersoner tidligere uten at det hadde hjulpet. Flere var i tvil om behandlingen ville hjelpe eller om de selv kunne klare å gjennomføre den. De hadde i utgangspunktet liten tro på at BUP kunne hjelpe, og lavere motivasjon for å ta imot et behandlingstilbud. Dersom den ene tillitsformen ikke er på plass, vil det bli desto viktigere at behandler bruker tid på å etablere tillit. I hvilken grad ungdommene erfarte den videre behandlingen som nyttig, kunne settes i sammenheng med graden av tillit til behandler. Ryan og Deci (2008) argumenterer for at en trygg tilknytning med behandler stimulerer pasientens indre motivasjonen, som igjen øker det terapeutiske utbyttet. Dette stemmer overens med funn i denne studien; dersom behandleren ikke lyktes i å etablere et tillitsforhold vedvarte den utryggheten ungdommene beskrev ved oppmøtet på BUP. Ungdommene hadde mindre tro på at behandlingen ville hjelpe, og ble usikre

på om de virkelig ville fortsette. Ut fra selvbestemmelsesteori er trygghet i handling ett av de grunnleggende behovene for indre motivasjon. Den indre motivasjonen er en forutsetning for at oppmøtet på BUP oppleves som selvbestemt. Tillit reduserer utrygghet og øker troen på at de kan ha nytte av behandlingen, og en kan forvente høyere oppmøte (Skinner & Edge, 2002, s. 297).

Vansker med å møte til behandling kan forstås som lav selvtilit der ungdommen har liten tro på egne evner til å prestere, som igjen reduserer mestringsforventningen (Bandura, 1997, s. 3). Ungdommens nivå av motivasjon påvirkes da av hva de tror de klarer å gjennomføre. Det ble i intervjuene beskrevet som en utfordring å møte ved BUP fordi ungdommen ikke selv så fremgangen før senere. At behandler formidler tro på dem ble dermed ekstra viktig for motivasjonen. Hvis andre har tro på at en lykkes, investerer en gjerne mer krefter på å mestre.

Et sentralt funn var ungdommenes erfaringer rundt behandlerbytte. De som ikke opplevde kjemi og tillit la vekt på betydningen av å få bytte behandler, og for de som hadde etablert et tillitsforhold var det viktig å få beholde behandleren. Forandringsfabrikken (2014) har undersøkt 120 norske ungdommer sine erfaringer fra BUP, og her beskrives tilsvarende resultat: Tillit var grunnleggende for behandlingsutbyttet. Det anbefales behandlerbytte for de som ikke opplever å få hjelp, mens bytte av behandler uten at ungdom ber om det ødelegger tillitt. Oruche et al. (2014) fant også at hyppige behandlerbytter mot ungdoms ønske var en faktor som hemmet oppmøte. De anbefales organisatoriske endringer av tjenestene, der det i større grad tilrettelegges for at ungdommene får beholde sine behandlere, samt tiltak som gjør overføring til ny behandler enklere. I intervjuene i denne studien var de flere ungdommer som tok opp at det var vanskelig for dem å tematisere behandlerbytte. Psykiatrien har vært kritisert for å bruke begreper som splitting og shopping om pasienter som ønsker påvirke valget av behandler (Volden, 2009). Dersom det eksisterer en slik holdning vil den kunne undergrave tilliten mellom pasient og behandler, og gjøre et behandlerbytte vanskeligere. Ut fra en fenomenologisk forståelse er tillit enten tilstede eller ikke tilstede. Dersom det ikke er tilstede er det ikke grunnlag for en allianse (Slettebø, 2012). En slik forståelse støtter ungdommenes ønske om at BUP bør tilrettelegges for behandlerbytte dersom de ikke opplever «kjemi» med sin behandler.

Et annet funn i studien var at ungdommen vektla fortrolighet som en forutsetning for tillit. De ønsket fortrinnsvis individuelle samtaler og full kontroll over opplysninger som ble gitt til foreldrene. Bekymringer knyttet til konfidensialitet, om ungdom kan stole på at behandler og BUP ikke gir opplysninger til familien kan se ut til å være en barriere for å ta imot hjelp (Gulliver et al., 2010). På den ene siden uttrykker ungdommene behov for konfidensialitet i forhold til foreldre, samtidig beskrives støtten fra foreldre som viktig for oppmøtet. Det gir et dilemma som forsterker behovet for at å bruke tid på å etablere en tillit, slik at behandler og ungdom sammen kan bli enige om hvordan de kan utnytte ressursen som foreldre representerer. Noen ungdommer hadde erfart at BUP sitt foreldresamarbeid gikk på bekostning av konfidensialiteten, og opplevde det som et tillitsbrudd. Det var blitt gitt opplysninger til foreldre som ikke framstod som nødvendige for å opprettholde foreldreansvaret jamfør pasient- og brukerrettighetsloven (Syse, 2013). En mulig forklaring kan være at BUP har fokus rettet mot yngre pasienter der samarbeid med foreldre er en forutsetning, og ikke er lydhøre nok for ungdom sitt ønske om kontroll og konfidensialitet. Ønsket og behovet for kontroll og konfidensialitet kan også knyttes opp mot selvstendighet.

6.2 Fra avhengighet til selvstendighet

Drøfting av tillitsbegrepet har så langt hovedsakelig handlet om tilliten til behandler og seg selv, men ungdommene uttrykte også en forventning om at behandler har tillit til dem og anerkjenner dem som selvstendige personer. Ungdomstiden innebærer naturlig bevegelse bort fra foreldre for å finne sin egen identitet, og det er nødvendig å ta hensyn til dette for å forstå hva som påvirker oppmøte til behandling (Block & Greeno, 2011, s. 396). Ungdommene fortalte at å bli hørt, tatt på alvor, bli behandlet som likeverdig og få ha egenkontroll er viktig. Det var viktig for ungdommen å ikke bli møtt som et barn. Flere av ungdommene som deltok i studien omtalte også skillet mellom behandler og pasient som en barriere i behandlingen. Rollen som pasient stimulerte ikke til selvstendighet og aktive handlinger, men snarere opplevelse av hjelpeløshet og passivitet. Ut fra en teori om at ungdom har større behov for autonomi i behandling enn andre aldersgrupper (Block et al., 2013), vil det være et behandlingsmål i seg selv å tilstrebe en utjevning av en asymmetrisk maktbalanse. Ungdommene vektla dette mer

enn hva innholdet i selve behandlingen var, og terapeutens teoretiske orientering var dermed mindre viktig. Ryan og Deci (2008) argumenter for å betrakte terapi som en aktiv vekstprosess, snarere enn et produkt-fokusert sett av teknikker. Det innebærer at behandler må være oppmerksom på å støtte ungdommens grunnleggende behov for selvstendighet. På den andre siden kan det problematiseres om det er mulig for behandler å myndiggjøre ungdom, fordi det bare kan legges til rette for vilkår og ungdommen selv må ta initiativet til egenkontroll. For å styrke ungdommene er imidlertid behandler nødt til å avgi noe av sin makt (Askheim & Starrin, 2007).

Dersom ungdom får større innflytelse i utformingen av behandlingstilbudet overføres det samtidig makt til ungdommene. Funn i denne studien viste at ungdom forventet noe mer enn respektfull lytting fra behandler, men at de også fikk et avgjørende ord med i beslutningsprosessene. Gjennomgående ønsket ungdommene selv å bestemme hvor ofte, hvor lenge og når samtaler skulle finne sted. Ungdommene ønsket konkrete råd, men ville selv beholde kontrollen og forbeholdt seg retten til å si nei til forslag fra behandler. I denne studien var det flere ungdommer som sa at de opplevde deler av behandlingen som unyttig, og da vurderte å slutte. Spesielt gjaldt det terapisaftaler der de kun opplevde repetisjon fra tidligere samtaler og spørsmål om ting de ikke var opptatt av. En kan anta at pasienter vil oppleve innholdet i behandlingen som mer adekvat dersom de selv kunne være med å bestemme. Samvalg er en prosess der behandler og pasient sammen deler informasjon og blir enige om behandlingens innhold (Storm & Edwards, 2013, s. 321; Storm et al., 2009, s. 30). Samvalg er altså en form for brukermedvirkning som innebærer maktforskyvning til pasienten, og som ligner den beskrivelsen av brukermedvirkning som ungdommene selv ønsket. Ved å anerkjenne ungdommens følelser og behov, og legge opp til valg framfor press og kontroll økes egenkontrollen (Økland, 2013, s. 26). Flere ungdommer beskrev at de opplevde det som et press å komme like ofte til BUP i de periodene det gikk bra som i de periodene de hadde det vanskeligst. De som derimot opplevde at de selv kunne kontrollere hvor ofte de fikk time hos behandler hadde høyere oppmøte. Et annet vesentlig aspekt ved å kunne påvirke tidspunktet for avtaler på BUP var hensynet til skole. Behandlingen ved BUP gikk ut over skolen, og ungdom opplevde et kontrolltap på flere arenaer dersom de ikke kunne medvirke i valget av tidspunkter.

Erfaringer fra implementering av samvalg ved BUP institusjoner i England bekrefter at metoden er nyttig i forhold til å forebygge behandlingsfrfall. Resultat fra en kvalitativ studie der helsepersonell ble intervjuet, viste at ungdom tok mer eksplisitte valg og i større grad kontroll over livet sitt etter at de fikk anledning til å bli mer involvert i beslutninger. Ungdommene kunne ta avgjørelser knyttet til oppmøte, slik som hvor ofte de skulle møte eller om en avtale skulle utsettes, framfor at de bare droppet å møte opp (Abrines-Jaume et al., 2014, s. 9). Samvalg kan på den andre siden kritiseres fordi unge er sårbare og i komplekse livssituasjoner, og det kan være ansvarsfraskrivelse å overlate valgene til unge pasienter. Samvalg betyr imidlertid ikke at helsepersonell skal overlate pasienten til seg selv, men at de likevel kan inviteres med i beslutningsprosessene (Kienlin et al., 2015). Det har også vist seg at deprimerte pasienter var mer interessert og engasjert i samvalg enn tidligere forventet (Storm & Edwards, 2013, s. 323). Selv små valg mellom ganske like alternativer, framfor at andre foretar valget og gir beskjed, har stor betydning for motivasjonen (Iyengar & Lepper, 2002, s. 74).

Brukermedvirkning og selvstendighet er avhengig av informasjon. Flere av deltakerne i studien savnet informasjon. Et tydelig eksempel på dette var de som fortalte at de først fikk informasjon om sin egen diagnose når de leste epikrisen, og den var i tillegg vanskelig å forstå. Kunnskap representerer makt, og ungdommene styrkes ved å få kunnskap (Askheim, 2007, s. 23). Det betyr i praksis at informasjon fra BUP bør, slik ungdommen etterlyser, først rettes mot dem. Det gir ungdommene samtidig en opplevelse av kontroll på behandlingen, som er nødvendig for å hindre maktesløshet (Sørensen, 2002). Ungdommene hadde derimot ingen motforestillinger mot de diagnosene som ble gitt. Alle deltakerne oppga en eller flere diagnoser. Det var et forventet at noen kunne reagerte på diagnosefokuset i BUP, men funnene viste at de fleste tvert imot var tilfreds med diagnosene. Det kan være et uttrykk for at de opplevde det som å bli tatt på alvor.

Funn i denne studien viste at de som var motvillige til å ta imot hjelp ble mer aktivt deltakende etter å ha fått informasjon og blitt invitert med til å delta i beslutninger. For eksempel i forhold til medikamentell behandling fortalte de som opplevde delaktighet i beslutningsprosessen at de hadde god nytte av medisiner, i motsetning til de som

opplevde å ikke bli invitert med i beslutningsprosessen. Dette kan forstås ut fra at samvalg støtter opp under deres autonomi. Økt selvstendighet gir en opplevelse av kontroll, og dermed blir ungdommens motivasjon for oppmøte til behandling i BUP sterkere (Ryan & Deci, 2006). Behandlingen, uavhengig av om det er snakk om hyppighet, medikamenter, eksponering eller noe annet, må ut fra selvbestemmelsesteori bygge på ungdommens premisser for å skape en indre motivasjon. Denne teorien bygger opp under funn i denne studien som peker på at samvalg vil øke ungdoms oppmøte og redusere behandlingsfravall. En kan på den andre siden spørre seg om ungdom er modne nok til å ta forsvarlige valg om hva slags behandling de bør få. Et slikt spørsmål tar utgangspunkt i et paternalistisk syn der en antar at ungdom ikke er i stand til å vite hva som er sitt eget beste, men det har vist seg at ungdom både ønsker og har forutsetninger for samvalg (Abrines-Jaume et al., 2014, s. 2).

I faglitteratur knyttes gjerne ungdoms drop-out fra poliklinikker til at de sjelden har initiert behandlingen selv (Gulliver et al., 2010; Hersoug & Ulberg, 2013). Det er naturlig å tenke at dersom henvisning ikke er selvbestemt vil motivasjon synke. Et overraskende funn i denne studien var derfor at det ikke så ut til å være noen sammenheng mellom hvem som hadde tatt initiativ til henvisning og senere oppmøte. Kun tre av ungdommene sa at de selv hadde bedt om å få hjelp. For de resterende var det foreldre, skole, barnevern eller andre som hadde sørget for å få en henvisning til BUP på ungdommens vegne. Ungdommene erfarte de samme utfordringene uavhengig av dette. De som hadde vært uenige i henvisningen hadde ikke dårligere erfaringer fra behandlingen eller droppet oftere ut. Det kan tolkes som at henvisningsprosessen har mindre betydning for senere oppmøte i BUP enn tidligere antatt, og at måten behandler møter ungdommen på har desto større betydning for oppmøtet. For å redusere behandlingsfravall bør fokus være rettet mot faktorer som kan endres underveis i behandlingen, og ikke mot faktorer som var tilstede forut for at ungdommen kom til BUP (de Haan et al., 2013).

Stigmatisering er i sosiologisk sammenheng en måte å plassere mennesker i grupper som blir betraktet som nedverdiggende og avvikende (Bergem, 2007, s. 106). I studien kom det fram at flere fryktet å bli stemplet som gale, og at de anstrengte seg spesielt

for at jevnaldrende ikke skulle få vite at de gikk til BUP. For noen påvirket dette også oppmøtet. Flere andre studier omtaler stigma som en av de største barrierene mot å ta imot hjelp, og anbefaler økt satsning på programmer som kan øke kunnskap om psykisk helse for å redusere stigma (Gulliver et al., 2010; Plaistow et al., 2014). I Norge har det vært satset på flere slike programmer, blant annet i skolen. Det kan se ut som stigmatisering er spesielt utfordrende for ungdom, mens studier med voksne legger mer vekt på demografiske og kliniske faktorer i forhold til oppmøte (Fenger et al., 2011). Dette kan forklares med at ungdom som blir oppfattet som avvikende risikerer å bli ekskludert og mister sosial tilhørighet i en periode av livet hvor sosial tilknytning og selvstendighet står i fokus. Ungdom er i spesiell beredskap overfor det de oppfatter som trusler mot deres autonomi (Plaistow et al., 2014, s. 21). De ungdommene som har psykiske lidelser har i tillegg i mindre grad en fortrolig venn, og har oftere opplevd mobbing (Hartberg & Hegna, 2014, s. 48). Det er sannsynlig at ungdommene som kommer til BUP derfor har et mindre robust nettverk, og følgelig har større behov for å beskytte seg mot rykter, slik som også noen sa i intervjuet. Ungdommene selv kom med forslag om fleksibilitet i kontakten med BUP, slik at risikoen for at jevnaldrende oppdaget at de gikk i behandling ble mindre. Hjemmebesøk kan være en måte å unngå problemstillingen på. Mest aktuelt vil det være i den første fasen som de er sårbare for drop-out. Ungdommene hadde også god erfaring med at andre former for kontakt med behandler var nyttig i denne fasen, gjennom telefon eller andre former for elektronisk kommunikasjon.

6.3 Fra offline til online

Ungdommenes erfaringer knyttet til e-helse handlet om informasjon og kommunikasjon. Informasjon er et av flere grunnleggende elementer for å bli trygg, oppleve forutsigbarhet og ikke minst og skape bevisstgjøring. E-helse henger slik sett sammen med de foregående temaene, men er skilt ut for å gjøre det mer oversiktlig. Dessuten er ikke e-helse et funn i andre studier om ungdoms erfaringer med poliklinisk behandling og oppmøte. Resultater om e-helse finner vi kun i litteratur og studier som spesifikt tar for seg dette temaet. Det kan nesten se ut som vanntette skott mellom forskning som er opptatt av tradisjonell terapi og forskning som fokuserer på teknologi.

Det kan tolkes på flere måter. Informanter i andre studier har ikke opplevd e-helse som viktig, eller studiene har ikke tatt høyde for og stilt spørsmål omkring dette temaet.

Funn i denne studien viser at nesten alle brukte internett til å skaffe seg helseinformasjon, noe som også stemmer overens med en Canadisk studie (Skinner, Biscope, Poland, & Goldberg, 2003). Det var et naturlig sted å søke kunnskap om psykiske lidelser og diagnoser. Dette funnet kan sees i sammenheng med at mange også synes de hadde fått for lite informasjon fra BUP, samtidig som de la vekt på betydningen av å forstå hva som var galt. Det var flere ungdom som opplevde utredningen som det mest nyttige i kontakten med BUP. Det forteller oss noe om hvor viktig informasjonen og bevisstgjøring er. Sannsynligvis ville ungdom søkt informasjon på internett uansett, men både funn og forskning viser at helseinformasjonen der kan være overveldende (Rafla, Carson, & DeJong, 2014, s. 271). Internett kan betraktes som en informasjonsressurs i behandling av psykiske lidelser, men det forutsetter at behandler har en dialog med ungdommen om hvor det kan være lurt å søke og hva de tenker om det de har lest. Rafla et al. (2014) argumenter for at praksis innenfor psykisk helsevern må endres i tråd med den digitale utviklingen. Behandlere må være orientert om ungdommers liv online, og kunne gi råd i forhold til det. Ungdoms internettvaner forbindes gjerne med underholdning, men har flere hovedfunksjoner: Informasjon, kommunikasjon, organisering og støtte. (Skinner et al., 2003). Sosiale medier har betydning for ungdoms utvikling av identitet og sosial kontakt. E-helse har slik sett betydning for ungdoms søken etter autonomi, og kan benyttes som et hjelpemiddel parallelt med tradisjonell terapi (Birkeland et al., 2009; Kurki, Koivunen, Anttila, Hatonen, & Valimaki, 2011, s. 272).

Nesten alle ungdommene hadde oppgaver mellom timene på BUP, men de færreste fulgte dem opp. Oppgavene tok utgangspunkt i bruk av penn og papir, og det opplevdes tungvint. Dersom det hadde vært tilrettelagt på en elektronisk plattform mente de fleste at det ville vært enklere å bruke, og at de ville hatt større nytte av hjemmeoppgavene. Annen forskning viser også at ungdom ønsker å få informasjon om e-helse teknologi og applikasjoner som kan hjelpe dem (H. Skinner et al., 2003). Når det gjelder informasjon er det et problem at den ofte ikke er tilrettelagt for ungdom (Berge

& Repål, 2012, s. 53). Dersom informasjonsmateriell gjøres tilgjengelig elektronisk kan det være en hensiktsmessig måte og tilrettelegge for ungdom.

Flere av ungdommene hadde elektronisk kommunikasjon med annen ungdom med psykiske plager. På den måten kunne de finne ut hvordan andre opplevde det, og hjelpe hverandre. Sosial kontakt gjennom internett kan være støttende og gi vikarierende mestringserfaring. På den andre siden kan det også ha motsatt virkning, og senke motivasjonen for behandling dersom de ikke opplever å få støtte og introduseres for nederlag framfor suksess. Funn viste at ungdom ønsket at BUP var tilgjengelig gjennom internett. For det første synes mange ungdom det er lettere å kommunisere om vanskelige ting gjennom internett (Kurki et al., 2011, s. 271). Dersom hjelpeapparatet var tilgjengelig online øker sjansen for å komme i kontakt med ungdom som har behov for behandling. For det andre savnet flere ungdommer en alternativ kommunikasjonskanal underveis i behandlingsforløpet, spesielt i perioder der det var vanskelig å møte på BUP. Funnene tyder på at oppmøte ville vært høyere dersom det var en rask og direkte kommunikasjonskanal tilgjengelig. De som hadde mulighet til å bruke tekstmeldinger hadde god erfaring med det, men det forutsatte gjerne at behandler brukte sin private mobil. Flere fortalte at kommunikasjonen med BUP avgrenset seg til telefonsamtaler med sekretærene hvis de ikke klarte møte til timene. Dersom potensialet ved e-helse ble utnyttet bedre av BUP kan det sannsynligvis bidra til å forebygge behandlingsfravall.

E-helse omfatter utvikling og bruk av informasjons og kommunikasjonsteknologi tilpasset for å forbedre og utvikle helsetjenestene. Pasientens behov er med på å bestemme utvikling og design, med mål om å styrke brukerens egenmakt. Pasientens delaktighet og påvirkning i informasjonsteknologien kan også knyttes til myndiggjøring (Wikman, 2012, s. 17,26).

6.4 Metodekritikk og generelle betraktninger

Antall deltakere, rekrutteringen og at de representerte et stort geografisk område er en av styrkene ved denne studien. Angst og depresjon er de vanligste diagnosegruppene for ungdom, og var også de vanligste diagnosene blant deltakerne i denne studien. Men

det er også en stor andel ungdom med autismspekterforstyrrelser og atferdsforstyrrelser som får behandling i BUP. En noe mindre andel har psykoselidelse eller tilknytningsforstyrrelser (Mathiesen et al., 2009). Ungdommene som deltok oppga ikke disse diagnosene. Studien har undersøkt ungdoms erfaringer i et fenomenologisk perspektiv, uavhengig av diagnoser. Det er likevel naturlig å stille spørsmål om andre erfaringer ville kommet fram dersom for eksempel ungdom med Asperger syndrom hadde deltatt. Alle deltakerne var etniske nordmenn, og studien gir derfor heller ingen kunnskap om eventuelle særskilte forhold for ungdom med fremmedkulturell bakgrunn.

Noen studier indikerer at jenter i mindre grad dropper ut, i hvert fall tidlig i et behandlingsforløp. Guttene er vanskeligere å få til behandling, men har til gjengjeld mer regelmessig oppmøte når de først er kommet i behandling (Block & Greeno, 2011, s. 413). Datamaterialet var ikke stort nok til at denne studien har vektlagt sammenheng mellom kjønn og erfaringer, men det var ingen synlige forskjeller mellom kjønnene.

Et forventet funn var at ungdommene skulle reagere negativt på ventetid og oppleve det som en barriere for behandlingen, ettersom tidligere studier har beskrevet at det som en negativ pasienterfaring (Sverdrup et al., 2007). Majoriteten av ungdommene sa imidlertid at de var fornøyde fordi de opplevde å få rask hjelp etter at henvisning var sendt. De som derimot hadde erfart at de måtte vente lenge, reagerte svært negativt på dette. Det ble ikke funnet en sammenheng mellom ventetid og behandlingsfravall, men ventetiden kunne se ut til å være en prediktor for pasienttilfredsheten.

Relasjon og tillit er sentrale funn i studien uten at allianseforskning er vektlagt. Teorien om myndiggjøring favner likevel både relasjons- og opplevelseperspektivet, og har fellestrekk med selvbestemmelsesteori som er tatt med for å bedre forstå hva som skaper motivasjon til å fortsette behandling i BUP. Studien har med utgangspunkt i teori og empiri fokusert på individuell myndiggjøring og autonomi, og kan kritiseres for at faktorer knyttet til familie og nettverk i liten grad er belyst i diskusjonen.

En metodesvakhet er at det har ikke har deltatt flere forskere i studien. Det er samtidig vanlig ved et mastergradsprosjekt, og veileder har derfor fulgt hele forskningsprosessen. Det er redegjort grundig for hele denne prosessen, og studiens pålitelighet og gyldighet i kapittel 4.

7 Konklusjon

Denne studien har undersøkt ungdoms erfaringer med poliklinisk behandling i BUP. Hovedmålsettingen var å samle kunnskap om hva som bidrar til oppmøte og hva som kan forebygge behandlingsfracfall for ungdom i poliklinisk behandling. Av de 14 deltakerne var det fire ungdommer som hadde drop-out erfaring, og nesten alle hadde uteblitt fra timer underveis i behandlingen. Det kom fram mange ulike erfaringer, selv om ungdommene i hovedsak var fornøyde med BUP sitt behandlingstilbud. Det ble funnet en rekke faktorer som både hemmer og fremmer oppmøtet. De fleste av funnene samsvarer med tidligere forskning på området, men det ble også gjort noen nye funn.

Ungdommene synes det var skummelt å komme til BUP, og de trengte tid på å bli kjent med behandler og bygge et tillitsforhold før de var klare til å snakke om vanskelige ting. Det ble beskrevet to former for tillit: En spontan form for tillit som ble kalt kjemi, og en gjensidig tillit som bygde seg opp i en relasjon mellom ungdom og behandler. Begge formene bygde på åpenhet, ærlighet og respekt. En asymmetrisk pasient-behandler relasjon reduserte tilliten, mens en opplevelse av jevnbyrdig relasjon med et følelsesmessig bånd mellom ungdom og pasient styrket tilliten. Ungdommene ønsket en behandler som var en aktiv samtalepartner, og delte egne erfaringer og tanker.

Tillit gir håp som skaper forventninger, og forventninger skaper i neste omgang aktivitet som realiserer håpet. Uten at tillit er på plass vil en ikke nå andre behandlingsmål. Dersom ungdommene ikke opplevde en allianse bygd på tillit var det viktig for dem å få bytte behandler. De som hadde etablert et tillitsforhold med behandler la vekt på at de måtte få beholde behandleren. Den tydeligste fasilitatoren for oppmøte var de ungdommene som hadde en god relasjon med sin behandler gjennom hele behandlingen.

Ungdommene la vekt på konfidensialitet og egenkontroll, og ønsket primært at BUP skulle forholde seg til dem og ikke foreldrene. De ønsket informasjon som var rettet direkte mot dem, og fortrinnsvis individuelle samtaler. I den grad foreldre ble involvert la ungdommene vekt på at de skulle ha kontroll på hva som ble sagt til foreldrene.

Forståelse av egen psykisk lidelse økte opplevelsen av kontroll. De fleste savnet tilrettelagt informasjon, og søkte etter det for egenhånd på internett. Ungdommene var generelt positive til bruk av e-helse, men hadde ikke erfaring med at det ble brukt i forbindelse med behandlingen. Ungdommene savnet også en direkte kommunikasjonskanal med behandler utover terapitimene. Utredning og diagnose ble opplevd som positivt fordi det ga en bekreftelse og økte forståelsen hos andre, spesielt skole.

De fleste ungdommene var fornøyd med at ventetiden ved BUP var kort. De som hadde ventet lenge synes derimot det var veldig negativt, og opplevde det som å ikke bli tatt på alvor. Ungdommene trengte å føle at de blir lyttet til, tatt på alvor og forstått. Ungdoms motstand mot behandling og lav motivasjon for behandling er tidligere ofte tolket som at de ikke er enige i henvisningen og bekymringene de voksne rundt de har. Funnene i denne studien peker ikke i den retning, men understreker at behovet for autonomi gjør det nødvendig å få påvirke behandlingsavgjørelser. Økt selvstendighet gir økt opplevelse av kontroll og styrker indre motivasjon, som igjen øker oppmøtet.

7.1 Implikasjoner for praksis

Funnene kan ha nytteverdi i utforming av helsetjener som er tilpasset ungdoms behov og ønsker, og dermed kan bidra til at flere får hjelp. Økt oppmøte vil kunne gi en mer effektiv drift av helsetjenesten, og en samfunnsøkonomisk gevinst. Studien indentifiserer flere faktorer som fremmer og hemmer oppmøtet, og som kan ha en nytteverdi for BUP poliklinikker. Tabellen på neste side viser faktorer knyttet til ungdommens oppmøte.

Tabell 3
Oversikt over funn relatert til oppmøte

Faktorer som fremmer oppmøte	Faktorer som hemmer oppmøte
<ul style="list-style-type: none"> -Bruke tid på å bli kjent, tålmodighet hos behandler. -Behandler deler egne erfaringer og tanker. -Informasjon rettet direkte mot ungdommen. -Konfidensialitet, ungdommen får ha kontroll over kontakt mellom BUP og foreldre. -Mulighet til å påvirke valg av behandler. -Fleksibilitet i forhold til hvor behandlingssamtalene finner sted (ambulant). -Behandler ringer eller sender melding ved manglende oppmøte. -Mulighet til å bruke mobil /direkte kommunikasjon mellom ungdom og behandler. -Støtte og tilrettelegging fra foreldre sin side. -SMS-varsling om timer på BUP. -Ungdommen regulerer når og hvor ofte de har behandlingssamtaler/ terapi. 	<ul style="list-style-type: none"> -Ungdommen har negative erfaringer og tror ingen kan hjelpe. Lav mestringsforventning. -Ikke etablert et tillitsforhold mellom pasient og behandler. -Lite informasjon. -Det tas ikke tilstrekkelig høyde for ungdommens behov for autonomi i behandlingen. -Behandlerbytte som ikke er ønsket. -Ikke mulighet til selv å velge behandler. -Jevnaldrende kan oppdage at ungdommen går til BUP. -Angst /fysiske symptomer. -Ikke mulighet til direkte kommunikasjon med behandler mellom timene. -Ungdom opplever ikke delaktighet i avgjørelser knyttet til egen behandling. -Behandling går ut over skolegangen.

Flere av disse faktorene er kjent gjennom tidligere forskning og faglitteratur, og henspiller på brukermedvirkning og den terapeutiske alliansen mellom ungdom og behandler. Brukermedvirkning forutsetter at det jobbes med individuelle og strukturelle forhold parallelt.

På bakgrunn av studien anbefales følgende tiltak på systemnivå:

- Innføre bruk av samvalg (shared decision-making) som metode for å involvere ungdom i behandlingsbeslutninger. Spesielt i forhold til regulering av tidspunkt og hyppighet av samtaler og i valg av behandler kan samvalg bidra til å redusere behandlingsfravall.

- Der var mange ungdommer som opplever at behandling ved BUP gikk ut over skolegangen, og en utvidelse av åpningstid utover ettermiddagen kan bidra til at flere fullfører et behandlingsforløp.
- Det kan med fordel brukes informasjonsmateriell utformet for ungdom, gjerne i kombinasjon med elektroniske løsninger. Potensialet som ligger i e-helse kan i større grad utnyttes.

7.2 Videre forskning

Studiet har kun undersøkt ungdom sine erfaringer med e-helse i forbindelse med et poliklinisk behandlingsforløp. Funn peker i retning av at e-helse kan utgjøre et nyttig supplement i behandlingen med tanke på informasjon, hjemmeoppgaver og kommunikasjon mellom pasient og behandler. Det er behov for mer forskning på dette området.

Et av studiens funn er at ungdom ønsker brukermedvirkningsformen samvalg. De som hadde slik erfaring opplevde det som nyttig, var mer tilfredse og droppet i mindre grad ut av behandlingen. Studien hadde imidlertid ikke spesifikt fokus på å undersøke erfaringer med brukermedvirkning og samvalg, og en slik studie anbefales som videre forskning. Pårørende og helsepersonell sine erfaringer er ikke undersøkt, og kunne tilført nye perspektiver.

Referanser

- Aarø, Leif Edvard, & Klepp, Knut-Inge. (2009). Helserelatert atferd og livsstil i kontekst. I K.-I. Klepp & L. E. Aarø (Red.), *Ungdom, livsstil og helsefremmende arbeid* (s. 19-40). Oslo: Gyldendal akademisk, 2009.
- Abrines-Jaume, N., Midgley, N., Hopkins, K., Hoffman, J., Martin, K., Law, D., & Wolpert, M. (2014). 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*, 1359104514547596. doi: 10.1177/1359104514547596
- Andersson, Helle Wessel. (2009). Pasienter og behandlingstilbud i psykisk helsevern for barn og unge. *Oslo: SINTEF teknologi og samfunn*.
- Askheim, Ole Petter. (2007). Empowerment -ulike tilnærminger. I O. P. Askheim, B. Starrin & C. H. Heyerdahl (Red.), *Empowerment: i teori og praksis* (s. 21-33). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Askheim, Ole Petter. (2012). *Empowerment i helse- og sosialfaglig arbeid : floskel, styringsverktøy, eller frigjøringsstrategi?* Oslo: Gyldendal akademisk.
- Askheim, Ole Petter, & Starrin, Bengt. (2007). utfordringer innenfor det sosialfaglige arbeidet. I O. P. Askheim & B. Starrin (Red.), *Empowerment i teori og praksis* (s. 189-197). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Bakke, Toril. (2009). Virksomme faktorer i terapi. *Oppsummert forskning*. Retrieved 2015.01.26, from <https://www.helsebiblioteket.no/kvalitetsforbedring/brukermedvirkning/oppsummert-forskning/virksomme-faktorer-i-terapi>
- Bandura, Albert. (1997). *Self-efficacy : the exercise of control*. New York: Freeman.
- Bate, Paul, & Robert, Glenn B. (2007). *Bringing user experience to healthcare improvement: the concepts, methods and practices of experience-based design*. Oxford: Radcliffe Publ.
- Berge, Torkil, & Repål, Arne. (2012). Veiledet selvhjelp ved depresjon. [Guided self-help for depression]. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 49(1), 49-58.
- Bergem, Randi. (2007). Medborgarskap og myndiggjering. I T.-J. Ekeland & K. Heggen (Red.), *Meistring og myndiggjering: Reform eller retorikk?* (s. 102-120). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Binder, Per-Einar, Holgersen, Helge, & Nielsen, Geir Høstmark. (2009). Why did i change when i went to therapy? a qualitative analysis of former patients' conceptions of successful psychotherapy. *Counselling and Psychotherapy Research*, 9(4), 250-256. doi: 10.1080/14733140902898088
- Birkeland, Marianne Skogbrott, Rimehaug, Tormod, Arefjord, Kjersti , & Jøraas, Terje (2009). Klienters erfaringer med e-terapi som tillegg til vanlig psykoterapi. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 46(4), 348-354.

- Bjertnæs, Ø A, Garratt, A, Helgeland, J, Holmboe, O, Dahle, K A, Hanssen-Bauer, K, & Røttingen, J-A. (2008). Foresattes vurdering av barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikker. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 128(9), 1041-1045.
- Block, Azadeh Masalehdan, Gjesfjeld, Christopher D., & Greeno, Catherine G. (2013). Adolescent perspectives of outpatient mental health treatment. *Best Practices in Mental Health*, 9(2), 22.
- Block, Azadeh Masalehdan, & Greeno, Catherine G. (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
- Dalen, Monica. (2011). *Intervju som forskningsmetode: en kvalitativ tilnærming*. Oslo: Universitetsforlaget.
- de Haan, Anna M., Boon, Albert E., Vermeiren, Robert R. J. M., de Jong, Joop T. V. M., & Hoeve, Machteld. (2013). A meta-analytic review on treatment dropout in child and adolescent outpatient mental health care. *Clinical Psychology Review*, 33(5), 698-711. doi: 10.1016/j.cpr.2013.04.005
- Deci, Edward L, & Ryan, Richard M. (1985). *Intrinsic motivation and self-determination in human behavior*: Springer Science & Business Media.
- Deci, Edward L., & Ryan, Richard M. (2002). *Handbook of self-determination research*. Rochester, N.Y: University of Rochester Press.
- Dittmann, Ingeborg. (2010). *Opplevelser av å gå i terapi: en kvalitativ intervjuundersøkelse med traumatiserte barn og deres foreldre*. Universitetet i Oslo, Oslo.
- Donker, T., Griffiths, Km, Cuijpers, P., & Christensen, H. (2009). Psychoeducation for depression, anxiety and psychological distress: a meta-analysis. *BMC Med.*, 7. doi: 10.1186/1741-7015-7-79
- Duncan, Barry L., Sparks, Jacqueline, & Miller, Scott D. (2004). *The heroic client: a revolutionary way to improve effectiveness through client-directed, outcome-informed therapy* (Rev. ed. ed.). San Francisco: Jossey-Bass.
- Duncan, Barry, Ystanes, Oddny, Tuseth, Anne-Grethe, Fjeldstad, Tor, & Sparks, Jacqueline. (2008). *I fellesskap for endring : en håndbok i klient- og resultatstyrt praksis*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Ebert, David Daniel, Zarski, Anna-Carlotta, Christensen, Helen, Stikkelbroek, Yvonne, Cuijpers, Pim, Berking, Matthias, . . . Wallander, Jan L. (2015). Internet and Computer-Based Cognitive Behavioral Therapy for Anxiety and Depression in Youth: A Meta-Analysis of Randomized Controlled Outcome Trials. *PLoS ONE*, 10(3). doi: 10.1371/journal.pone.0119895
- Ekeland, Tor-Johan. (2007). Kommunikasjon som helseressurs. I T.-J. Ekeland & K. Heggen (Red.), *Meistring og myndiggjering: - reform eller retorikk?* (s. 29-52). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Fenger, Morten, Lau, Marianne, Mortensen, Erik Lykke, & Poulsen, Stig. (2011). No-shows, drop-outs and completers in psychotherapeutic treatment: Demographic

- and clinical predictors in a large sample of non-psychotic patients. *Nordic Journal of Psychiatry*, 65(3), 183-191. doi: 10.3109/08039488.2010.515687
- Fog, Jette. (1994). *Med samtalen som udgangspunkt : det kvalitative forskningsinterview*. København: Akademisk Forlag.
- Forandringsfabrikken. (2014). *Psykisk helseProffene: Unge med råd til psykisk helsevern* (M. Sanner Red.). Oslo: Forandringsfabrikken Forlag.
- Forskningsetiske komiteer. (2010). *Veiledning for forskningsetisk og vitenskapelig vurdering av kvalitative forskningsprosjekt innen medisin og helsefag* Hentet fra <https://www.etikkom.no/globalassets/documents/publikasjoner-som-pdf/kvalitative-forskningsprosjekt-i-medisin-og-helsefag-2010.pdf>
- Frafjord, Erlend. (2014, 06.10.2014). Skal koste mer å droppe sykehustimer, *Stavanger Aftenblad*, s. 4-5.
- Garland, Af, Haine, Ra, & Boxmeyer, Cl. (2007). Determinates of youth and parent satisfaction in usual care psychotherapy. *Eval. Program Plan.*, 30(1), 45-54. doi: 10.1016/j.evalprogplan.2006.10.003
- Gulliver, Amelia, Griffiths, Kathleen M., & Christensen, Helen. (2010). Perceived barriers and facilitators to mental health help-seeking in young people: A systematic review. *BMC Psychiatry*, 10. doi: 10.1186/1471-244X-10-113
- Gullslett, Monika Knudsen, & Ekeland, Tor-Johan. (2012). Autonomiens betydning og vilkår ved ambulante akutteam. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 9(01).
- Hart, Susan, & Schwartz, Rikke. (2009). *Fra interaksjon til relasjon : tilknytning hos Winnicott, Bowlby, Stern, Schore og Fonagy*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Hartberg, Silje, & Hegna, Kristinn. (2014). *Hør på meg: ungdomsundersøkelsen i Stavanger 2013* (Vol. nr. 2/14). Oslo: Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring.
- Hein, Helle Hedegaard. (2009). *Motivation : motivationsteori og praktisk anvendelse*. København: Hans Reitzels Forlag.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2010). *Samspill 2.0 - Nasjonal strategi for elektronisk samhandling i helse- og omsorgssektoren 2008 – 2013*. (I-1135NB). Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet Hentet fra <http://helsedirektoratet.no/publikasjoner/samspill-20-nasjonal-strategi-for-elektronisk-samhandling-i-helse--og-omsorgssektoren-2008-2013-kortversjon/Sider/default.aspx>.
- Helse Stavanger HF. (2013). Generell serviceerklæring for BUPA. Stavanger: Helse Stavanger HF.
- Helse Stavanger HF. (2014). Antall møtt/ikke møtt 01.01.14 - 30.06.14. Stavanger.
- Helsedirektoratet. (2008). *Veileder for poliklinikker i psykisk helsevern for barn og unge*. Oslo: Helsedirektoratet.
- Helseforskningsloven. (2008). *Lov om medisinsk og helsefaglig forskning*. Hentet fra <http://lovdata.no/dokument/NL/lov/2008-06-20-44>.

- Hersoug, Anne Grete, & Ulberg, Randi. (2013). Å bli forstått - og forstå seg selv: om utvikling av allianse i ungdomsterapi. *Mellanrummet*(29), 31-38.
- Hofgaard, Tor Levin. (2011). Mindre rutiner – mer menneske. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 48(3), 286.
- Ingram, David, & Moreno, Megan. (2012). A computerized self-help intervention is as effective as face-to-face counseling for adolescents seeking help for depression. *The Journal of Pediatrics*, 161(5), 967-968. doi: 10.1016/j.jpeds.2012.08.050
- Iyengar, Sheena S., & Lepper, Mark R. (2002). Choice and Its Consequences: On the Cost and Benefits of Self-Determination. In A. Tesser, D. A. Stapel & J. V. Wood (Eds.), *Self and motivation : emerging psychological perspectives* (s. 71-96). Washington, DC: American Psychological Association.
- Jensen, Kit Lisbeth. (2014). *Fra offline til online: internettbasert rådgivning og terapi*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Jensen, Steffen A. Furberg, Federici, Roger Andre, & Buset, Lena. (2014). *Veien er ikke A4 for alle: En fenomenologisk studie av hva tre lærere tilknyttet BUP-klinikk mener kan gjøres for å legge til rette for mestring og motivasjon hos elever med depresjon*. Norges Teknisk-Naturvitenskapelige Universitet, Trondheim.
- Jøraas, Terje, Rimehaug, Tormod, Birkeland, Marianne Skogbrott, & Arefjord, Kjersti. (2009). E-terapi som supplement i poliklinisk oppfølging av ungdom: en kvalitativ studie av terapeuterfaringer. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 46(4), 348-354.
- Kazdin, Alan E. (2000). *Psychotherapy for children and adolescents directions for research and practice*. New York: New York: Oxford University Press.
- Kienlin, Simone, Kløvtveit, Rune, & Winje, Øistein (2015). Beslutninger på pasientens premisser. *Dagens Medisin*(03).
- Klein, David C., Fencil-Morse, Ellen, & Seligman, Martin E. (1976). Learned helplessness, depression, and the attribution of failure. *Journal of Personality and Social Psychology*, 33(5), 508-516. doi: 10.1037//0022-3514.33.5.508
- Kurki, M., Koivunen, M., Anttila, M., Hatonen, H., & Valimäki, M. (2011). Usefulness of Internet in adolescent mental health outpatient care. *J. Psychiatr. Ment. Health Nurs.*, 18(3), 265-273. doi: 10.1111/j.1365-2850.2010.01661.x
- Kvale, Steinar, & Brinkmann, Svend. (2009). *Det kvalitative forskningsintervju* (T. M. Anderssen & J. Rygge, Trans. 2. utg. red.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Kåver, Anna. (2012). *Allianse : den terapeutiske relasjonen i KAT*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Malterud, Kirsti. (2011). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning: en innføring* (3. utg. red.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Mathiesen, Kristin Schjelderup, Karevold, Evalill, & Knudsen, Ann Kristin. (2009). *Psykiske lidelser blant barn og unge i Norge*. Oslo: Folkehelseinstituttet.
- Molven, Olav. (2012). *Helse og jus* (7. utg. ed.). Oslo: Gyldendal juridisk.

- Myklemyr, Anita. (2012). Slik er motivasjonen vår skrudd sammen, *Ukeavisen Ledelse*. Hentet 27.01.2015 fra <http://www.dagensperspektiv.no/slik-er-motivasjonen-v%C3%A5r-skrudd-sammen>
- Nes, Ragnhild Bang, & Clench-Aas, Jocelyne. (2011). *Psykisk helse i Norge: tilstandsrapport med internasjonale sammenligninger* Vol. 2011:2. Rapport (Nasjonalt folkehelseinstitutt : trykt utg.)
- Nilsen, Toril Sørheim. (2011). Fra unntaket til regelen. Hentet 27.01.2015 fra <http://www.nordlys.no/kronikk/article5440331.ece>
- Nordgreen, T., & Havik, Oe. (2011). Use of Self-Help Materials for Anxiety and Depression in Mental Health Services: A National Survey of Psychologists in Norway. *Prof. Psychol.-Res. Pract.*, 42(2), 185-191. doi: 10.1037/a0022729
- Oltedal, Sigve, Garratt, Andrew, & Johannessen, Jan Olav. (2007). Psychiatric outpatients' experiences with specialized health care delivery. A Norwegian national survey. *Journal of Mental Health*, 16(2), 271-279. doi: 10.1080/09638230701279832
- Oruche, U. M., Draucker, S., Downs, E., Holloway, C., & Aalsma, M. (2014). Barriers and facilitators to treatment participation by adolescents in a community mental health clinic. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 21(3), 241-248. doi: 10.1111/jpm.12076
- Parson, M, Radford, P, & Horne, Ann. (1999). Traditional models and their contemporary use. I M. Lanyado & A. Horne (Red.), *The handbook of child and adolescent psychotherapy psychoanalytic approaches*. London ; New York: London ; New York: Routledge.
- Plaistow, James, Masson, Kim, Koch, Damaris, Wilson, Jon, Stark, Rosemary M, Jones, Peter B, & Lennox, Belinda R. (2014). Young people's views of UK mental health services. *Early intervention in psychiatry*, 8(1), 12-23.
- Rafla, Malak, Carson, Nicholas, & DeJong, Sandra. (2014). Adolescents and the Internet: What Mental Health Clinicians Need to Know. *Current Psychiatry Reports*, 16(9), 1-10. doi: 10.1007/s11920-014-0472-x
- Rambøll. (2013). Helsetilbud til ungdom og unge voksne. I Helsedirektoratet (Red.), *Rapport IS-2044*.
- Richter, J., Halliday, S., Grømer, L.I., & Dybdahl, R. (2009). User and Carer Involvement in Child and Adolescent Mental Health Services: A Norwegian Staff Perspective. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 36(4), 265-277.
- Rickwood, Debra, & Bradford, Sally. (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.
- Rickwood, Debra J., Deane, Frank P., & Wilson, Coralie J. (2007). When and how do young people seek professional help for mental health problems? *Med. J. Aust.*, 187(7), S35-S39.

- Ryan, R. M., & Deci, El. (2006). Self-regulation and the problem of human autonomy: Does psychology need choice, self-determination, and will? *J. Pers.*, 74(6), 1557-1585. doi: 10.1111/j.1467-6494.2006.00420.x
- Ryan, Richard M., & Deci, Edward L. (2008). A self-determination theory approach to psychotherapy: The motivational basis for effective change. *Canadian Psychology*, 49(3), 186-193. doi: 10.1037/a0012753
- Rønning, Rolf. (2007). Brukermedvirkning og empowerment: gammel vin på nye flasker? I O. P. Askheim, B. Starrin & C. H. Heyerdahl (Red.), *Empowerment: i teori og praksis* (s. 34-46). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Skinner, Ellen, & Edge, Kathleen. (2002). Self-Determination, Coping, and Development. I E. L. Deci & R. M. Ryan (Red.), *Handbook of self-determination research* (s. 297-337). Rochester, N.Y: University of Rochester Press.
- Skinner, Harvey, Biscope, Sherry, Poland, Blake, & Goldberg, Eudice. (2003). How adolescents use technology for health information: Implications for health professionals from focus group studies. *Journal of Medical Internet Research*, 5(4), 53-68.
- Slettebø, Åshild. (2012). En fenomenologisk inngang til profesjonsetikken. Tillit i praksis – forutsetning eller fortjeneste? *Nordisk sygeplejeforskning*, 2(02), 148-155.
- Sosial- og helsedirektoratet. (2005). *-og bedre skal det bli!: nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i sosial- og helsetjenesten (2005-2015) : til deg som leder og utøver.* (9788280810724). Oslo: Sosial- og helsedirektoratet.
- Sosial- og helsedirektoratet. (2007). *-og bedre skal det bli!: hvordan kommer vi fra visjoner til handling? : praksisfeltets anbefalinger for å oppnå god kvalitet på tjenestene i sosial- og helsetjenesten.* Oslo: Sosial- og helsedirektoratet.
- St.meld nr.16. (2011). *Nasjonal helse- og omsorgsplan: 2011-2015.* Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- St.meld nr.25. (1997). *Åpenhet og helhet: om psykiske lidelser og tjenestetilbudene.* Oslo: Sosial- og helsedepartementet.
- Stoltenberg, Signy Marie Kværneng. (2007). Kasusbeskrivelser og forandringsprosesser i terapi med barn: Bidrag til en kunnskapsbasert klinisk praksis. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 44(1), 11-16.
- Storm, M., & Edwards, A. (2013). Models of User Involvement in the Mental Health Context: Intentions and Implementation Challenges. *Psychiatr. Q.*, 84(3), 313-327. doi: 10.1007/s11126-012-9247-x
- Storm, Marianne, Rennesund, Åslaug Botnevik, & Jensen, Målfrid Frahm. (2009). *Brukermedvirkning i psykisk helsearbeid.* Oslo: Gyldendal akademisk.
- Svenaesus, Fredrik. (2011). *Sykdommens mening : og møtet med det syke mennesket.* Oslo: Pensumtjeneste.
- Sverdrup, Sidsel, Myrvold, Trine Monica, & Kristofersen, Lars B. (2007). *Brukermedvirkning i psykisk helsearbeid : idealer og realiteter* (Vol. 2007:2). Oslo: Norsk institutt for by- og regionforskning.

- Syse, Aslak (red). (2013). *Norges lover: lovsamling for helse- og sosialsektoren: 2013-2014* (23. utg. ed.). Oslo: Gyldendal juridisk.
- Sørensen, Marit. (2002). "Empowerment" i helsefremmende arbeid. *Tidsskrift for Den norske legeforening* (trykt utg.).
- Sørensen, Marit, & Graff-Iversen, Sidsel. (2001). Hvordan stimulere til helsefremmende atferd? *How to stimulate health behavior?*, 121(6), 720-724.
- Sørensen, Tove, Andreassen, Hege K, & Wangberg, Silje C. (2013). *e-helse i Norge 2013* Vol. Nasjonalt Senter for samhandling og telemedisin, Rapport: 01-2014. Hentet fra <http://telemed.no/e-helse-i-norge-2013.5333271-247951.html>
- Tanggaard, Lene, & Brinkmann, Svend. (2012). Samtalen som forskningsmetode (W. Hansen, Trans.). I L. Tanggaard & S. Brinkmann (Red.), *Kvalitative metoder: empiri og teoriutvikling* (s. 17-45). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Tesser, Abraham, Stapel, Diederik A., & Wood, Joanne V. (2002). *Self and motivation : emerging psychological perspectives*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Thagaard, Tove. (2009). *Systematikk og innlevelse: en innføring i kvalitativ metode* (3. utg. red.). Bergen: Fagbokforlaget.
- Thornquist, Eline. (2003). *Vitenskapsfilosofi og vitenskapsteori: for helsefag*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Tuseth, Anne-Grethe. (2007). Når klienten styrer behandlingen. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 44(10), 1218-1219.
- Volden, Odd. (2009). Den som er veldig sterk, må også være veldig snill. Et brukerperspektiv på menneskerettigheter og psykisk helse. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 46(12), 1182-1185.
- Waldenstrøm, Britta Fällman. (2007). *Å tenke det, ønske det, ville det og, men gjøre det...! : en utredning av praksis med å kvalitetsvurdere behandling innen psykisk helsevern for barn og ungdom i Norge : med hovedfokus på hva som gjøres for å måle resultat*. Universitetet i Oslo, Oslo.
- Wikman, Anita Melander. (2012). Definitioner och modeller för e-hälsa. I G. Gard & A. M. Wikman (Red.), *E-hälsa: innovationer, metoder, interventioner och perspektiv* (s. 17-29). Lund: Studentlitteratur.
- World Medical Association. (2013). Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects. In J.-J. A. M. Assoc. (Ed.), *Declaration of Helsinki* (Vol. 310, s. 2191-2194). Retrieved from <http://www.wma.net/en/30publications/10policies/b3/index.html>. doi: 10.1001/jama.2013.281053
- Økland, Katrine. (2013). *Motivasjon for å fortsette med golf blant deltakere i prosjektet Golf som Terapi : en spørreundersøkelse basert på selvbestemmelsesteori (SDT) og mestringsforventningsteori (self-efficacy)*. Norges idrettshøgskole, Oslo.

VEDLEGG 1 (2 sider)

Vedlegg 1: Avtale i forbindelse med masteroppgave knyttet til offentlig og/eller privat virksomhet (jmf. s 4)



Masterstudium i helsevitenskap

Avtale i forbindelse med masteroppgave knyttet til offentlig og/eller privat virksomhet.

Rammer for masteroppgaven:

Målsetting med masteroppgaven er at studenten skal tilegne seg vitenskapelig tenkesett og arbeidsmåte, kunne formidle vitenskapelige funn og beherske det vitenskapelige språket knyttet til helsefaget som vitenskapelig område.

Masteroppgaven utgjør 50 studiepoeng og er et selvstendig, individuelt vitenskapelig arbeid, enten i form av en monografi eller artikkelformat. En monografisk oppgave skal være på ca. 22.500 ord. Velges artikkelformat må der i tillegg skrives en kappe som utdyper de teoretiske og metodologiske overveielser som ligger til grunn for artikkelen. Artikkelen har en ramme på ca 5000 ord, og kappen en ramme på 10 000 ord.

Student..... *Stig Bjørnæss* på Masterstudium i helsevitenskap er gitt mulighet til å skrive masteroppgave i samarbeid med følgende

virksomhet..... *Stavanger Universitetssjukehus, Psykiatrisk divisjon, Barne- og ungdomspsykiatrisk avdeling*

Studentens kontaktperson(er) i virksomheten er..... *Lars Larsrud Moe*

Tema for masteroppgaven:..... *Ungdoms. erfaring med politisk behandling*

Arbeidet forventes slutført i henhold til normal studieprogresjon..... *Våren 2015*


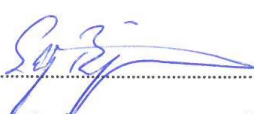

Universitetet i Stavanger tilbyr veiledning i tilknytning til arbeidet. Veileder(e) er:

..... *Marianne Storm, PhD*

Følgende vilkår aksepteres:

1. Oppgaven må være i tråd med de rammer og retningslinjer som gjelder ved Universitetet i Stavanger og det aktuelle masterprogrammet, inkludert regler for konsesjon fra Datatilsynet og eventuell godkjenning fra NSD (Norsk Samfunnsvitenskapelig Datatjeneste) og/eller Regional Etisk Komité.
2. Virksomheten forplikter seg til å bistå studentene med tilgang til aktuelt datamateriale. (for eksempel informanter, dokumenter, etc.).
3. Datamaterialet studenten er gitt tilgang til skal i perioden det arbeides med oppgaven, fritt kunne anvende av studenten i masteroppgave i samsvar med forskningsetiske regler.
4. Arbeidet skal være i tråd med forskningsetiske regler, bl.a. når det gjelder informantenes rett til anonymitet, oppbevaring og sletting av data, publisering, etc.
5. Studentene har selv ansvar for oppgavens innhold, kvalitet og resultat. Universitetet i Stavanger kan ikke garantere for dette. Oppgaven vurderes ved universitetet etter vanlige regler for karaktersetting.
6. Funnene i oppgaven er studentenes eiendom og kan fritt publiseres.
7. Universitetet i Stavanger står ikke til ansvar for eventuelle forsinkelser når det gjelder ferdigstilling av arbeidet.
8. Masteroppgaver avlagt ved Universitetet i Stavanger skal kunne gjøres tilgjengelige i universitetsbiblioteket.
9. Universitetet i Stavanger har ingen økonomiske midler til rådighet for masteroppgaver.

Stavanger, den 30.10.2014

Virksomhet Student Emneansvarlig, masteroppgaven v/UIS

Avtalen underskrives i 3 eksemplarer, ett til hver av partene.

Veileder får kopi av avtalen.

Forespørsel om deltakelse i mastergradsprosjektet:
**«Ungdoms erfaringer med behandlingstilbud ved BUP
poliklinikker»**

Mitt navn er Stig Bjønness. Jeg er mastergradsstudent ved Universitetet i Stavanger ved institutt for helsefag. Jeg er også ansatt på en poliklinikk ved barne- og ungdomspsykiatrisk avdeling (BUPA). Dette er en forespørsel om du ønsker å delta i en mastergradsstudie som jeg gjennomfører ved Stavanger universitetssjukehus, Helse Stavanger HF. Du blir spurt om dette fordi du har mottatt et behandlingstilbud ved barne- og ungdomspsykiatrisk avdeling.

Hensikt med masterstudien

Mange ungdommer som strever med psykiske problemer får et behandlingstilbud fra en poliklinikk ved BUPA. Hensikten med studien er å få kunnskap om hvordan ungdom opplever et slikt helsetilbud. Målet er å få vite mer om hva ungdom opplever nyttig og gjør at de møter opp ved poliklinikken.

Hva innebærer deltakelse i studien?

Kriterier for deltakelse er at du er over 16 år og har avsluttet et behandlingsforløp ved en av BUPA sine poliklinikker i Sør-Rogaland. Individuelle samtaler /individualterapi må ha vært en del av behandlingen. Å delta i studien innebærer at du vil delta i et intervju når du har avsluttet behandlingen ved BUPA. Jeg vil snakke med deg om hvordan du har opplevd kontakten med poliklinikken. Samtalen vil vare ca. en time og tas opp på bånd dersom det er i orden for deg. Du kan selv bestemme om intervjuet skal foregå på poliklinikken eller et annet sted.

Intervjuene vil finne sted i perioden januar til mars 2015. Planlagt avslutning av prosjektet er juli 2015.

Mulige fordeler og ulemper

Din deltakelse medfører overhodet ingen risiko for deg. Det får ingen konsekvenser for deg hverken nå eller i framtiden om du deltar eller ikke. Dersom du ikke ønsker å være med, trenger du ikke oppgi noen grunn.

Hva skjer med og informasjonen om deg

Informasjonen som hentes inn fra deg skal kun brukes til masterstudiet, slik det er beskrevet i dette informasjonsskrivet. Informasjonen du gir under intervjuet anonymiseres. Det vil si at ditt navn ikke vil bli brukt etter intervjuet, og det du sier kan ikke knyttes til deg. Når prosjektet er ferdig (senest ved utgangen av 2015) vil lydbånd bli slettet. Det vil ikke være mulig å identifisere deg i resultatene av studien når disse publiseres.

Frivillig deltakelse

Det er frivillig å delta i studien. Dersom du ønsker å delta fyller du ut samtykkeskjema og leverer det til sekretær ved poliklinikken, eller sender det inn (adresse står under kontaktinformasjon). Du vil da bli kontaktet via telefon slik at vi kan avtale tid for intervju. Hvis du sier ja, kan du når som helst ombestemme deg og trekke tilbake samtykket uten noen spesiell grunn. Det vil ikke få noen konsekvenser for deg.

Kontaktinformasjon

Dersom du har andre spørsmål kan du kontakte:

Stig Bjønness på mobil 95800345 eller e-post sbjo@sus.no

Marianne Storm, førsteamanuensis ved Universitetet i Stavanger og veileder for oppgaven, mobil 48133750, e-post marianne.storm@uis.no

Adresse for å eventuelt sende inn samtykkeskjema: BUPA, Sentrum poliklinikk ved Stig Bjønness, Postboks 8100, 4068 Stavanger.

Ytterligere informasjon om dine rettigheter

Personvern

Opplysninger som registreres om deg er kun de opplysningene som blir gitt under intervjuet. Ingen andre vil få lytte til opptakene fra intervjuene uten ditt samtykke. Det vil ikke bli hentet informasjon fra pasientjournal, og informasjon blir ikke gitt tilbake til din behandler ved BUPA. Når intervjuet skrives ned vil det ikke bli brukt navn eller andre gjenkjennende opplysninger.

Rett til innsyn og sletting av opplysninger om deg

Hvis du sier ja til å delta i studien har du rett til å få lese intervjumaterialet som er innhentet fra deg. Du har videre rett til å få korrigert eventuelle feil. Dersom du trekker deg fra studien, kan du kreve å få slettet de innsamlede opplysningene.

Informasjon om utfallet av studien

Deltakere har rett til å få informasjon om resultatet av studien. Dette kan fås ved å henvende seg til kontaktperson.

Nødvendige godkjenninger foreligger, og studien er godkjent av personvernombudet og forskningsansvarlig ved Helse Stavanger HF (MA40).

Samtykke til deltakelse i masterstudie

«Ungdoms erfaringer med behandlingstilbud ved BUP poliklinikker»

Jeg er villig til å delta i studien

Navn:..... Telefon:.....

Signatur /dato.....

(Signert av prosjektdeltaker)

VEDLEGG 3 (3 sider)

Intervjuguide *Ungdoms erfaringer med poliklinisk behandling i psykisk helsevern*

Intervju nr.	
--------------	--

Bakgrunnsinformasjon

Kjønn		Alder		Diagnose	
Poliklinikk		Varighet av kontakt BUP			
Sted og dato for intervju					

Innledning (Informasjon som blir gitt til deltaker før intervjuet jf. egen huskeliste.)

1 Henvisning og tidligere erfaringer med helsehjelp

1.1 Henvisning:

Hvordan kom du i kontakt med BUP? Hvis det var andre som tok initiativet, hvem var det? Hva synes du om det? Opplevde du selv at du hadde et problem? Hvor lang tid hadde det gått før du søkte hjelp?

1.2 Tidligere møter med helsepersonell:

Har du fått hjelp av noen andre eller vært i kontakt med BUP tidligere –Kan du si noe om denne erfaringen? Hvordan kom du i kontakt med dem? Hvordan opplevde du det? Var det nyttig?

1.3 Erfaringer med bruk av e-helse:

Hva slags erfaring har du med bruk av data for å finne helseinformasjon? Har du brukt internett til å lete etter informasjon? Diskusjonsforum eller chat? Selvhjelp? Helseapp til mobil? Brukt noe av dette til å komme i kontakt med helsepersonell? Nyttig?

2 Det første møtet med BUP

2.1 Ventetid:

Hva synes du om ventetiden før du fikk time ved poliklinikken? Måtte du vente lenge? Ble du spurt om å svare på spørsmål på et skjema eller over internett i forkant av oppstart? Hva synes du om det?

2.2 Førstintrykket:

Kan du si litt om førsteinntrykket da du kom til poliklinikken? Lokalene? ansatte? Hva husker du fra første møtet med din behandler? Ble du tatt på alvor?

2.3 Informasjon:

Hvordan var informasjonen du fikk om poliklinikken og tilbudet der? Var det forståelig? For mye eller for lite informasjon? Informasjonens form? Ble det anbefalt nettsider eller lignende?

2.4 Forslag til endring:

Når du ser tilbake, er det noe som kunne gjort det første møtet og ventetiden bedre eller lettere?

3 **Behandlingsforløpet**

3.1 Medvirkning:

Hvordan opplevde du å delta i planleggingen av behandlingen? Ble det laget en plan? Har du hatt innflytelse på hva slags tilbud du har fått? Hva synes du om varighet og hyppighet av kontakten med BUP? Hva synes du om informasjonen du har fått underveis?

3.2 Relasjon:

Hvordan vil du beskrive relasjonen til din behandler? Har du byttet behandler underveis? Ble du selv spurt eller hadde mulighet til å påvirke valg av behandler? Vil du si at dette har hatt betydning for oppmøte –på hvilken måte?

3.3 Familie:

Hvordan har samarbeidet med foresatte vært? Har det vært felles samtaler med foreldre /familie? Hvordan opplevde du det? Hadde de en egen ansatt å snakke med eller samme behandler som deg? Kan kontakt med foreldre hatt betydning for oppmøtet ditt –på hvilken måte?

3.4 E-terapi:

Brukte du e-helse (informasjons-/kommunikasjonsteknologi) eller e-terapi underveis i behandlingen (bruk av nettressurser, apper eller annet), og hva synes du om det? Fikk du hjemmeoppgaver? Hvordan fungerte det? Hva slags betydning ville det hatt om dette var tilrettelagt på en elektronisk plattform (internett eller smarttelefon)?

4 Oppmøte og kommunikasjonsformer

4.1 Oppmøte:

Har du uteblitt fra avtaler /samtaler? Kan du si noe om bakgrunnen for det? Kan du komme på ting som hadde gjort det lettere å møte opp til samtaler? Ev. betydning for avslutningen (drop-out)?

4.2 Få tak i:

Har du forsøk å få tak i/ hatt kontakt med behandler mellom timene? Hva var dine erfaringer med det? Bruk av telefon (mobil, sykehustelefon med direktelinje eller sekretær), SMS eller mail? Noe du savnet som kunne gjort en slik kommunikasjon lettere?

4.3 SMS-varsel:

Hva synes du om elektronisk varsling av avtaler/ SMS-varsel? Har det hatt betydning for oppmøte?

4.4 Tilgjengelighet:

Hva synes du om beliggenheten og åpningstidene til poliklinikken? Hadde det hatt betydning for oppmøtet dersom dette var annerledes? Noe annet du kan komme på som du tror har betydning for oppmøte?

5 Oppsummering

5.1 Viktigst:

Hva vil du si har vært viktigst i din kontakt med BUP? De beste og dårligste erfaringene? Kan du si noe om hva som oppleves nyttig eller unyttig?

5.2 Råd til behandlere:

Har du noen råd du kunne tenke deg å gi til de som jobber med ungdom her? På bakgrunn av din erfaring, hva ville du forandret ved helsetilbudet ved poliklinikken?

5.3 Råd til ungdom:

Hvis en ungdom som strevde psykisk spurte deg om råd, hva ville du sagt?

5.4 Totalt sett:

Hvor fornøyd er du med den behandlingen du har fått ved poliklinikken? Hvis du skulle si hvor fornøyd du er med tilbudet, alt i alt, på en skala fra 1 til 5, der 1 er svært misfornøyd og 5 er svært fornøyd? 1-----2-----3-----4-----5

Tusen takk for din hjelp!

VEDLEGG 4 (2 sider)



Region: REK nord	Saksbehandler: Veronica Sørensen	Telefon: 77620758	Vår dato: 17.11.2014	Vår referanse: 2014/1894/REK nord
			Deres dato: 28.10.2014	Deres referanse:

Vår referanse må oppgis ved alle henvendelser

Marianne Storm
Institutt for helsefag

2014/1894 Ungdoms erfaringer med poliklinisk psykiatrisk behandling

Søknaden er behandlet av Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK nord) ved sekretariatet på fullmakt meddelt av komiteen med hjemmel i forskningsetikkforskriften § 10 annet ledd. Søknaden er vurdert med hjemmel i helseforskningsloven (hfl.) § 10, jf. forskningsetikklovens § 4. Søknaden er forelagt komiteens leder.

Forskningsansvarlig institusjon: BUPA, Universitetet i Stavanger, Universitetet i Stavanger
Prosjektleder: Marianne Storm

Prosjektleders prosjekttale (original):

Studien er et mastergradsprosjekt med problemstillingen "Hvordan opplever ungdom et behandlingstilbud ved BUP poliklinikker?" Tre forskningsspørsmål belyses: 1)Hva vurderer ungdommen selv som mest nyttig i et behandlingstilbud? 2) Hva opplever ungdommen er viktig i kontakten med BUP for at de skal fortsette i behandlingen? 3).Hva slags erfaringer har ungdommen med e-helse /e-terapi? Formålet med studien er å bidra med ny kunnskap knyttet til ungdommenes opplevelse av et poliklinisk behandlingstilbud, og kaste lys over faktorer som kan påvirke oppmøte ved poliklinikker. Det benyttes en kvalitativ, induktiv metode. For å få fram ny kunnskap er det et eksplorerende design. Det benyttes semistrukturerte forskningsintervju som metode for datainnsamling, og det er utarbeidet egen intervjuguide. Utvalget rekrutteres fra poliklinikker fordelt over Sør-Rogaland. Deltakere er ungdom mellom 16 og 18 år som har avsluttet et behandlingstilbud med individualterapi.

Framleggingsplikt

De prosjektene som skal framlegges for REK er prosjekt som dreier seg om "medisinsk og helsefaglig forskning på mennesker, humant biologisk materiale eller helseopplysninger", jf. helseforskningsloven (h) § 2. "Medisinsk og helsefaglig forskning" er i h § 4 a) definert som "virksomhet som utføres med vitenskapelig metodikk for å skaffe til veie ny kunnskap om helse og sykdom". Det er altså formålet med studien som avgjør om et prosjekt skal anses som framleggelsespliktig for REK eller ikke.

I dette prosjektet er formålet å beskrive hvordan enkeltmennesker opplever sin livsverden. Fenomenet vil i dette tilfellet være ungdommens erfaring med et behandlingstilbud i BUP. For å danne er forståelse av fenomenet må det skape en forståelse gjennom fortolkning av mening. Studien vil derfor ha en fenomenologisk-hermeneutisk tilnærming. Videre beskrives det i informasjonsskrivet at «Kunnskap om ungdom sine erfaringer er viktige bidrag når helsetjenester skal utvikles, derfor vil din tilbakemelding være til stor hjelp.»

Selv om dette er en helsefaglig studie og funnene i studien indirekte vil kunne gi en helsemessig gevinst faller ikke prosjektet inn under definisjonen av de prosjekt som skal vurderes etter helseforskningsloven.

Besøksadresse:
MH-bygget UiT Norges arktiske
universitet 9037 Tromsø

Telefon: 77646140
E-post: rek-nord@asp.uit.no
Web: <http://helseforskning.etikkom.no/>

All post og e-post som inngår i
saksbehandlingen, bes adressert til REK
nord og ikke til enkelte personer

Kindly address all mail and e-mails to
the Regional Ethics Committee, REK
nord, not to individual staff

Godkjenning fra andre instanser

Det påhviler prosjektleder å undersøke hvilke eventuelle godkjenninger som er nødvendige fra eksempelvis personvernombudet ved den aktuelle institusjon eller Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD).

Vedtak

Etter søknaden fremstår prosjektet ikke som et medisinsk og helsefaglig forskningsprosjekt som faller innenfor helseforskningsloven. Prosjektet er ikke fremleggingspliktig, jf. hfl § 2 og § 9, samt forskningsetikkloven §4.

Klageadgang

Du kan klage på komiteens vedtak, jf. forvaltningsloven § 28 flg. Klagen sendes til REK nord. Klagefristen er tre uker fra du mottar dette brevet. Dersom vedtaket opprettholdes av REK nord, sendes klagen videre til Den nasjonale forskningsetiske komité for medisin og helsefag for endelig vurdering.

Med vennlig hilsen

May Britt Rossvoll
sekretariatsleder

Veronica Sørensen
rådgiver

Kopi til: lars.conrad.moe@sus.no; troels.jacobsen@uis.no ; marianne.storm@uis.no

VEDLEGG 5 (2 sider)

Notat

Til:
Stig Bjønness

Fra:
Fagsjef Kirsten Lode

Kopimottakere:
Divisjonsdirektør Inger Kari Nerheim
Juridisk rådgiver Ina Trane

Dato: 16.12.2014
Arkivref: 2011/4660 - 99721/2014

Godkjennelse masterprosjekt MA40 - Stig Bjønness

Mastergradsprosjektet: «Ungdoms erfaringer med behandlingstilbud ved BUP poliklinikker»

Det vises til søknad vedrørende oppstart av ovennevnte mastergradsprosjekt. Prosjektet har vært vurdert av forskningsansvarlig og prosjektet er registrert i vår database med intern id: MA40.

Nødvendige tillatelser foreligger. Basert på disse og forskningsprotokoll godkjennes oppstart av mastergradsprosjektet.

Forskningsavdelingen ønsker å minne om at som ved alle forskningsprosjekter gjelder:

- prosjektet må gjennomføres i henhold til protokollen og ved endringer må endringsmelding sendes
- dersom prosjektet er godkjent av REK, må søknad og godkjennelse av REK følges
- foreligger det godkjennelse fra Personvernombud må likeledes denne følges
- behandling av helse- og personopplysninger skjer i samråd med og innenfor det formål som er beskrevet
- ved tilgang til registre, skjer dette i overensstemmelse med taushetspliktbestemmelsene
- data lagres aidentifisert på helseforetakets forsknings/kvalitetsserver etter de regler som gjelder for bruk av denne
- dersom innhenting av pasientopplysninger baserer seg på samtykke, må samtykkeskjemaet oppbevares
- data skal slettes eller anonymiseres ved prosjektslutt

Dersom prosjektet ikke starter og/eller blir avbrutt må melding sendes til Forskningsavdelingen. Likeledes sendes en kort sluttrapport.

Tillatelsen gjelder bruk av data i utarbeidelse av mastergrad. Ved eventuell publisering av våre data, må tillatelse fra Forskningsavdelingen innhentes.

Forskningsavdelingen ønsker lykke til med gjennomføring av prosjektet.