



Senter for Krisepsykologi

UNGDOMMERS ERFARINGER MED HJELPEAPPARATET

Psykolog Unni G. Heltne, ugulla@online.no

Psykolog, dr. philos Atle Dyregrov

Psykolog Magne Raundalen

Rapport

Senter for Krisepsykologi, Bergen

September 2006

Dette arbeidet er finansiert av Barne- og
likestillingsdepartementet

INNHOOLD:

INNLEDNING	4
BAKGRUNN	4
MÅLSETTING MED UNDERSØKELSEN	6
PROBLEMTILLINGER	7
METODE	7
INTERVJU- UNDERSØKELSEN	7
REKRUTTERING	7
UTVALGET	9
KVALITATIVT INTERVJU	10
SPØRRESKJEMA	11
ETISKE HENSYN	11
VALIDITET, RELIABILITET OG GENERALISERBARHET	12
BIDRAG FRA ELEVER I VIDEREGÅENDE SKOLE	14
FOKUSGRUPPEINTERVJU MED HELSESØSTRE I UNGDOMSSKOLE OG VIDEREGÅENDE SKOLE	14
SPØRRESKJEMAUNDERSØKELSE TIL BEHANDLERE I SPESIALISTHELSETJENESTEN OG PRIVAT	
PRAKSIS	15
UTVALG	15
DATABEHANDLING	16
RESULTAT	16
INTERVJUUNDERSØKELSEN	16
HVILKE DELER AV HJELPEAPPARATET HAR UNGDOMMENE KONTAKT MED?	16
ERFARING FRA KONTAKT MED SKOLEHELSETJENESTEN	17
KONTAKT MED SPESIALISTHELSETJENESTEN	18
FORVENTNINGER PÅ FORHÅND	19
POSITIV ELLER NEGATIV OPPLEVELSE	21
KJENNETEGN VED HJELP SOM BLIR OPPLEVD SOM POSITIV	21
HVILKEN HJELP OPPLEVES NEGATIVT	23
ÅRSAKER TIL Å TREKKE SEG FRA KONTAKTEN:	25
ERFARINGER MED INNLEGGELSE	26
HVORDAN BØR HJELPEN VÆRE? RÅD TIL HJELPEAPPARATET:	27
HVORDAN BØR HJELPEN VÆRE? RESULTAT FRA ET GRUPPEARBEID VED VKI HELSE OG SOSIALFAG	
VIDEREGÅENDE SKOLE	28
RESULTAT FRA FOKUSGRUPPEINTERVJU MED ANSATTE I SKOLEHELSETJENESTEN	29
PROBLEMTYPE OG OMFANG AV PROBLEMENE TIL UNGDOM SOM KOMMER I KONTAKT MED	
SKOLEHELSETJENESTEN	29

Å SØKE HJELP FOR PROBLEMENE SINE ER EN PROSESS	30
HVILKEN TYPE HJELP HAR UNGDOMMENE BEHOV FOR?	32
HVORDAN ER SKOLEHELSETJENESTENS RAMMEBETINGELSER FOR Å GI BISTAND TIL UNGDOM I KRISE?	32
VURDERING AV HJELPETILBUDET SOM EKSISTERER FOR UNGDOM I KRISE	32
INNTRYKKET AV UNGDOMMENES ERFARINGER MED HJELPEAPPARATET	33
HVORDAN BØR DET GODE HJELPETILBUDET VÆRE FOR Å FUNGERE?	35
RESULTAT FRA SPØRRESKJEMA TIL BEHANDLERE I PRIVAT PRAKSIS	35
DISKUSJON	39
GENERELL ERFARING MED HJELPETILBUDET	40
HVILKE FAKTORER BIDRAR TIL EN POSITIV OPPLEVELSE	43
HVILKE FAKTORER BIDRAR TIL EN NEGATIV OPPLEVELSE?	44
SVAR FRA BEHANDLERNE I PRIVATPRAKSIS	46
OPPSUMMERING OG ANBEFALINGER	47
REFERANSER	50
APPENDIKS	49

INNLEDNING

BAKGRUNN

Unge mennesker er en stor og viktig brukergruppe innen psykisk helsevern. Forekomsten av psykiske lidelser i denne aldersgruppen anslås til å være mellom 16 og 22 % i internasjonale studier (Zachrisson et al., 2006). Nye tall fra Barn i Bergen prosjektet (Stormark, 2006) viser at 8 % av 9500 barn under 12 år har problemer som kan karakteriseres som psykiske vansker. Med det vi vet om forekomst av tilsvarende problemer i ungdomsalder, er det sannsynlig at prosentandelen vil være omtrent den samme for aldersgruppen over 13 år (Borthne, 2003). I tillegg kommer gruppen av ungdom, som har behov for hjelp og oppfølging etter å ha opplevd akutte traumer og belastninger. Noen av disse kommer til i helsevesenet, noen har allerede et tilbud når krisen rammer, mens andre opplever at hjelpen i en krisesituasjon er lite tilgjengelig, eller lite tilpasset behovene de har (Dyregrov, 2006).

Ungdom med psykiske vansker er en gruppe som i liten grad oppsøker hjelpeapparatet med sine plager. I en studie av norske 15- 16 åringers bruk av helsetjenester, finner Zachrisson og medforfattere (2006), at bare 34 % av ungdommene med de alvorligste psykiske vanskene oppsøkte hjelp. Mellom 13 og 36 % av ungdom med psykiske vansker oppsøker ikke profesjonell hjelp for plagene sine (Zachrisson et al., 2006, Zwaanswilk et al., 2003). Dette kan skyldes at ungdommens vansker ikke blir fanget opp av skolehelsetjenesten og den øvrige førstelinjetjeneste (Zachrisson et al., 2006). Det kan se ut til at mange ungdommer ikke vurderer sine psykiske plager som alvorlige nok til å søke hjelp for.

Å søke hjelp kan forstås som en prosess som starter ved at ungdommen erkjenner at han eller hun har et problem, via flere ledd av hjelpere til adekvat hjelpeinstans. På hvert steg i prosessen filtreres ungdom ut fra videre hjelpsøking (Power et al., 2005, Zachrisson et al., 2006). Dersom en del ungdom opplever skolehelsetjenesten uaktuell å henvende seg til når de har det vanskelig, og det finnes fordommer i ungdomsgruppen knyttet til å ha psykiske problemer (Corrigan, 2003, Power et al., 2005), kan dette være viktige barrierer mot å søke hjelp.

Ved vår praksis ved Senter for Krisepsykologi i Bergen ser vi at mange unge vegrer seg for å ta imot tilbud etter traumatiske opplevelser som ulykker, dramatiske dødsfall og overgrep. Det kan være vanskelig å både få motivert dem til å møte til en første samtale, og til å forsette å komme. Måten de blir møtt på i første samtale slik at de blir motivert til å fortsette ser ut til å være svært viktig.

Ungdom kommer ofte til behandling på initiativ fra foreldre, lærere eller barnevernarbeidere. Ofte opplever de at årsaken til henvisningen er at de har blitt et problem for andre, ikke at de selv opplever situasjonen som vanskelig. Dette kan være en utfordring for oppbyggingen av en tillitsfull allianse. Unge mennesker vil, med sitt ønske om større autonomi, stille andre krav til både etablering og vedlikehold av en god allianse enn voksne. For eksempel bør det legges vekt på motivering gjennom å vise at behandlingen vil gjøre den unge i stand til å hjelpe seg selv, informasjon om hva behandlingen skal bestå i, og hvorfor det er nødvendig med behandling (Creed & Cendall, 2005, Hackett & Mason, 2006).

Men også når ungdom oppsøker hjelp på eget initiativ, er det en stor utfordring å gi et tilbud som denne aldersgruppen vil og kan nyttiggjøre seg av. Mange uteblir fra avtaler og trekker seg fra behandling. Flere klinikere har pekt på at behandlingstilbudet til ungdom må organiseres på en annen måte, og må inneholde andre elementer enn behandlingstilbudet for voksne. For eksempel bør tilbudet være mer fleksibelt når det gjelder tidsrammer og aktiviteter enn tradisjonelle tilbud. Behandler bør være aktiv og ta ansvaret for innhold og dialog, og det bør være anledning til å møtes utenfor behandlers kontor (Dyregrov, 2004, Hanna et. al, 1999; Hodne, 2003). For mange gutter kan det se ut til at det er viktig at behandlingen veksler mellom direkte samtale og ulike aktiviteter (Kiselica, 2003).

Det er en sentral helsepolitisk målsetting å inkludere brukerens perspektiv. Det skal legges vekt på den enkelte brukers krav, ønsker og faktiske forståelse av egen situasjon når behandling planlegges og gjennomføres. I Sosial- og helsedirektoratets *Plan for brukermedvirkning: Mål, anbefalinger og tiltak i Opptrappingsplanen for psykisk helse* (2006) slås det fast at bruker har rett til å medvirke, og at brukermedvirkning i seg selv har en terapeutisk verdi, og er et virkemiddel for å forbedre og kvalitetssikre tjenester.

Merknad [AD1]: Skal det ikke stå stor bokstav her?

Til tross for disse føringene og de anerkjente utfordringene som er knyttet til å gi psykisk helsehjelp til ungdom, er det gjort få direkte undersøkelser av barn og unges erfaringer med

hjelpeapparatet (Clarveiole, 2004, Dyregrov, 2006, Roose & John, 2003). Få har forsøkt å kartlegge hvilke faktorer ved et hjelpetilbud som fører til positive eller negative opplevelser når ungdom utsettes for belastende opplevelser. SINTEF- helse gjennomførte i 2003 og 2004 en brukerundersøkelse av barn og unges erfaringer med psykisk helsevern. Denne studien viste at flertallet av barn og unge over 11 år var fornøyd med tilbudet de fikk ved institusjoner innen psykisk helsevern. Likevel var 29 % misfornøyd eller delvis misfornøyd med ventetiden og 10 % var misfornøyd med personalet (de eldste aldersgruppene er minst fornøyd). En av tre var misfornøyd med informasjonen de fikk, og mulighetene de hadde til å påvirke undersøkelse og behandlingsopplegg (Andersson et al., 2005). Undersøkelsen viser også at det er store variasjoner fra institusjon til institusjon når det gjelder hvor tilfredse brukerne er, og rapporten antyder at det antagelig er store variasjoner med hensyn til arbeidsform mellom institusjonene.

Ungdom som får hjelp etter traumatiske opplevelser, forteller om svært ulike erfaringer med hjelpeapparatet. Noen har gjennomgående gode opplevelser, andre forteller om hjelp som har blitt opplevd som meningsløs og lite nyttig. I en kvalitativ studie av unge etterlattes erfaringer med hjelpeapparatet etter selvmord, finner Dyregrov (2006) at 69 % av ungdommene i undersøkelsen opplevde behov for hjelp fra fagfolk, men flertallet var lite fornøyd med hjelpen de hadde fått tilbud om. Ungdommene opplevde dels at behovene de hadde for oppfølging ikke ble fanget opp, at hjelpen var lite tilgjengelig når de trengte den, og at selve innholdet i den hjelpen de fikk var lite til nytte. At behandler ikke tok tak i problemene, at de ikke fikk tillit til behandler, og at behandler signaliserte faglig og emosjonell utrygghet var de faktorene som ble oppgitt som årsaker til manglende tilfredshet med tilbudet.

MÅLSETTING MED UNDERSØKELSEN

På bakgrunn av egne kliniske erfaringer med utfordringene ved å gi hjelp til ungdom i kriser og de offentlige føringene om brukermedvirkning, gjennomførte Senter for Krisepsykologi vinteren 2006 en intervjustudie av ungdom mellom 13 og 18 år sine erfaringer med hjelpeapparatet. Målsettingen var å få bedre kunnskap om hva ungdommer opplever som et godt hjelpetilbud, og hva som oppleves som lite hjelpsomt. Vi ønsket kunnskap om hva som førte til at noen fullførte sine behandlingstilbud mens andre sluttet etter kort tid. Vi ønsket også å få vite noe om denne aldersgruppens syn på hvordan hjelp i vanskelige situasjoner burde tilrettelegges for at flere unge kunne og ville nyttiggjøre seg den. I utgangspunktet var

fokus rettet mot ungdoms erfaringer med hjelpeapparatet etter traumatiske og belastende opplevelser. Men det viste seg at flertallet av ungdommene som ønsket å delta i studien hadde sammensatte problemer, og mottok hjelp både for generelle psykiske lidelser og for reaksjoner etter traumatiske opplevelser. De kunne derfor bidra både med erfaringer fra behandling i psykisk helsevern generelt, og fra erfaringer med hjelp etter traumatiske opplevelser spesielt.

For å supplere informasjonen fra ungdomsgruppen, innhentet vi informasjon fra ansatte i skolehelsetjenesten i Bergen. Disse er ofte de første som kommer i kontakt med ungdommer med behov for hjelp, og de som tar initiativet til å henvise videre. De følger også ofte opp ungdommene etter fullført behandling hos andre instanser. Ansatte i skolehelsetjenesten kommer ofte i kontakt med ungdommer som har trukket seg fra behandlingstilbud. Gjennom et spørreskjema ville vi også innhente informasjon fra behandlere i spesialisthelsetjenesten om deres erfaringer og synspunkt på tilbudet til ungdom i krise.

PROBLEMSTILLINGER

- Hvordan opplever ungdommene møtet med hjelpeapparatet?
- Hvilke faktorer bidrar til en positiv eller negativ opplevelse av hjelpen?
- Hva mener de unge selv ville ha gjort møtet med hjelpeapparatet lettere og bidratt til oppbygging av tillit?
- Hvordan vurderer hjelperne disse problemstillingene?

METODE

INTERVJUUNDERSØKELSEN

Rekruttering

Deltagerne i intervjuundersøkelsen ble rekruttert gjennom helsesøstre ved videregående skoler og ungdomsskoler i Bergen, to av ungdomshelsestasjonene i Bergen kommune, barnevernstjenesten i Stavanger kommune, Støttesenteret mot incest og seksuelle overgrep i Hordaland (SMIH) og Voldtekstmottaket ved Bergen legevakt. Rekrutteringen ble lagt bredt opp for å få deltagere fra forskjellige situasjoner og forskjellige hjelpetiltak. Målsettingen var

å rekruttere fra henvisende instans som hadde kontakt med ungdommene før henvisning og eventuelt etterpå. Samarbeidspartnere som sa seg villig til å delta i rekrutteringen ble informert om rekrutteringsprosedyre både skriftlig (se vedlegg 1) og muntlig.

Kriteriet for å inkludere ungdom i undersøkelsen var i utgangspunktet at de skulle ha trukket seg fra behandling eller at de ikke ønsket å motta tilbud. De som hadde kontakt med ungdommene meldte tilbake at de hadde flere ungdommer som kunne være aktuelle for deltagelse, men at av disse var det både ungdom som hadde fullført behandling, ungdom som hadde trukket seg og ungdom som hadde erfaring fra begge deler. På bakgrunn av dette ble målgruppen utvidet til å omfatte ungdom som hadde erfaring fra hjelpeapparatet (både positive og negative) etter traumatiske og belastende opplevelser.

Traume og belastninger ble bredt definert og både ungdom som hadde opplevd belastende enkelthendelser, og ungdom som hadde opplevd kompleks vedvarende traumatisering eller belastende familiekonflikter ble inkludert i undersøkelsen. Den overordnede målsettingen var å få innhentet så mange aspekter ved ungdommers erfaringer med hjelpeapparatet som mulig. Ungdommene ble kontaktet av helsesøster, koordinator på voldtekstmottaket, ansatt i barnevernet eller fagpersoner knyttet til Støttesenteret mot incest og seksuelle overgrep i Hordaland (SMIH). De fikk skriftlig informasjon utarbeidet for prosjektet (se vedlegg 2). De som ønsket å få vite mer om undersøkelsen ga skriftlig samtykke og returnerte en svarslipp der de førte opp navn, adresse og det telefonnummeret de ønsket å bli kontaktet på. For ungdom under 16 år ble det utarbeidet et eget informasjonsskriv til foreldre (se vedlegg 3), med en svarslipp der foreldrene kunne samtykke i at ungdommen ble kontaktet og eventuelt deltok i undersøkelsen. Interesserte ungdommer ble ringt opp av prosjektleder og informert muntlig om prosjektet. Frivillighet og anledning til å trekke seg fra undersøkelsen også etter at de hadde deltatt i intervjuet ble understreket. Etter å ha fått anledning til å stille spørsmål ble de forespurt om de kunne tenke seg å delta. Samtlige som returnerte svarslippen sa ja til dette. Tre ungdommer ringte selv opp prosjektleder og uttrykte ønske om å delta etter at de hadde mottatt brevet med informasjon. Deltagerne kunne velge hvor de ville la seg intervju, hjemme, i lokalene til Senter for Krisepsykologi eller andre steder. Tre ungdommer ønsket å la seg intervju i lokalene til Senter for Krisepsykologi. De andre ønsket å bli intervjuet i lokalene til fagpersonen som hadde rekruttert dem til undersøkelsen. Intervjuene varte fra 40 til 75 minutter, alt etter hvor mye den enkelte ungdom ønsket å fortelle.

Utvalget

Det viste seg ganske snart at de ungdommene vi fikk rekruttert hadde erfaringer fra mange hjelpeinstanser og at erfaringene de hadde varierte avhengig av hvilken hjelpeinstans det var snakk om. Den enkelte kunne ha trukket seg fra én type behandling og vært misfornøyd, mens samme ungdommen var fornøyd med andre typer oppfølging de hadde fått. Mange av ungdommene kunne derfor gi bidrag og synspunkt på både positive og negative erfaringer. Flere av ungdommene i gruppen hadde takket nei til hjelpetilbud, eller trukket seg fra dette underveis, men flertallet av ungdommene hadde fortsatt over lang tid i tilbud de egentlig ikke syntes fungerte. Utvalget besto av 15 ungdommer mellom 13 til 18 år samt 2 ungdommer over 18 år. Utvalget inkluderte 15 jenter og 2 gutter.

Tabell 1: Aldersmessig fordeling av ungdommene som ble intervjuet:

Alder	Antall
13-14 år	1
15-16 år	9
17-18 år	5
> 18 år	2

De to eldste ble inkludert i utvalget etter å ha formidlet sterke ønsker om å delta i undersøkelsen for å få formidle sine erfaringer.

Tabell 2: Årsaken til kontakt med hjelpeapparatet

Årsak	Antall
Skilsmisse, alvorlig familiekonflikt	4
Psykisk sykdom eller rus i nær familie	2
Vold i familien	3
Seksuelle overgrep	3
Voldtekt	3
Andre årsaker	2

Tabell 3: Ungdommenes kontakt med ulike instanser av hjelpeapparatet

Hjelpeinstans	Antall
Helsesøster	12
Lege	11
PPT	6
BUP	12
Privatpraktiserende psykiatere/ psykolog	4
Familierådgivingskontor	4
Sengepost i psykisk helsevern	7

Alle ungdommene hadde erfaringer fra flere hjelpeinstanser, 2 hadde erfaring fra 2 hjelpeinstanser, 5 hadde erfaring fra 3 instanser, mens 5 hadde erfaring fra flere enn 3 instanser.

KVALITATIVT INTERVJU

Ungdommene ble intervjuet individuelt med et semistrukturert, kvalitativt intervju.

Målsettingen med intervjuet var å få et så bredt bilde av ungdommenes erfaring som mulig, ikke å innhente data fra et representativt utvalg. Til intervjuet var det utarbeidet en temaguide (se vedlegg 4) som tok opp spørsmål om hvilke deler av hjelpeapparatet ungdommene hadde hatt kontakt med, hvordan de vurderte den behandlingskontakten de hadde fått, og hva som hadde vært spesielt bra eller eventuelt kunne vært bedre. Hovedspørsmålene i intervjuet var åpne av typen: "Kan du fortelle om den hjelpen du fikk?", eller: "Kan du fortelle om hva som fungerte bra med hjelpen?". Svarene ble så bedt utdypet videre med oppfølgingsspørsmål.

Intervjuer sjekket hele tiden ut om hun hadde fått med den riktige meningen med ungdommenes utsagn og formuleringer. Ved avslutningen av intervjuet oppsummerte intervjuer hovedpunktene i ungdommens vurderinger for å få tilbakemelding på om dette var riktig forstått før intervjuet ble avsluttet. Intervjuene ble tatt opp på lydbånd, transkribert og analysert etter retningslinjer for behandling av kvalitative intervju (Kvale, 1996). Det ble benyttet tekstreduserende teknikker som kondensering og kategorisering. Ved kondensering reduseres lengre utsagn til kortere og mer konsise formuleringer, slik at meningen gjengis med få ord. Ved kategorisering ble noen beskrivelser kodet under kategorier, talt opp og deretter presentert som tall i tabeller eller tekst.

SPØRRESKJEMA

På slutten av intervjuet ble ungdommene bedt om å fylle ut et mindre spørreskjema konstruert for undersøkelsen, med spørsmål om alder, kjønn, kontakt med hjelpeapparatet, spørsmål om informasjon den enkelte hadde fått om hjelpen på forhånd, spørsmål om hvordan kommunikasjonen med behandler ble opplevd og spørsmål om hvorfor de eventuelt hadde trukket seg fra behandling (se vedlegg 5). Svarene ble talt opp og behandlet med deskriptiv statistikk ved hjelp av statistikkprogrammet STATISTICA.

Etiske hensyn

Det ble lagt stor vekt på å gi ungdom som var aktuelle til deltagelse grundig informasjon om prosjektets målsetting, hva som skulle skje med data og hva den ferdige rapporten skulle brukes til. Ungdommene ble informert skriftlig i forbindelse med at de ble forespurt om de ville gi tillatelse til å bli kontaktet. De ble så informert muntlig over telefon når prosjektleder tok kontakt, og de ble oppfordret til å ta kontakt med prosjektleder på mobiltelefon dersom det var noe de lurte på. De kunne også melde fra via mobiltelefon dersom de ønsket å trekke seg etter at avtale om intervju var gjort. Når de møtte til intervju, ble den muntlige informasjonen om prosjektet gjentatt, og det ble på ny anledning til å stille spørsmål før intervjuet startet. Det ble lagt særlig vekt på å informere om at intervjuet ville fokusere på ungdommenes erfaring med hjelpeapparatet og ikke på problemene eller eventuelle traumatiske opplevelser som var årsaken til denne kontakten. Dette var et viktig poeng for flere av ungdommene, som i den første telefonkontakten med prosjektleder spurte om det ville bli nødvendig å komme detaljert inn på hvorfor de var eller hadde vært i kontakt med hjelpeapparatet. Der dette ikke var kjent på forhånd (en del ungdom var rekruttert via spesielle hjelpetiltak der årsaken til at de søkte hjelp var kjent), ble det spurt om det var ok å si litt om årsaken til at de hadde søkt hjelp. Der dette ble gjort i generelle termer ble årsaken ikke utdypet nærmere av intervjuer. Denne framgangsmåten ble fulgt både for å skille tydelig mellom dette intervjuet og et terapeutisk intervju, og for å la ungdommen ha så god kontroll som mulig over den informasjonen han eller hun ønsket å bidra med.

Ingen av ungdommene ga ved avslutningen av intervjuet uttrykk for at det hadde medført en merbelastning å delta, og flere oppga at det var positivt og viktig for dem å få formidlet sine erfaringer for at tilbudet til andre ungdommer skulle bli bedre. Mange av ungdommene var

opptatt av hva resultatene skulle brukes til, og at det skulle komme noe positivt ut av undersøkelsen i form av et bedre tilbud. Et par ungdommer var i en vanskelig situasjon og ga uttrykk for dette også i intervjuet. For disse ble det sjekket ut om de hadde kontakt med hjelpeapparatet, og det ble innhentet tillatelse til å ta kontakt 1-2 uker etter intervjuet for å undersøke hvordan det gikk, og om de hadde fått det vanskeligere etter deltagelse. Heller ikke i denne kontakten gav de uttrykk for at det hadde medført en stor belastning å delta.

Validitet, reliabilitet og generaliserbarhet

Det kvalitative intervjuet hadde til hensikt å fange opp ungdommenes opplevelser med hjelpeapparatet. Spørsmålene i intervjuet var lagt opp på en åpen og ikke dirigerende måte, og fulgte opp de tema som ungdommen selv tok opp, og denne fremgangsmåten sannsynliggjør at det faktisk er ungdommenes egne vurderinger som kommer fram i undersøkelsen. Det forhold at de var positive, at de var motiverte for intervjuet, at flere meldte seg selv og at de ikke er instruert av voksne, gjør data unike og sikrer en teoretisk validitet.

Tolkninger og sammendrag av det som ble sagt i intervjuet, ble med jevne mellomrom meldt tilbake til informanten under samtalen for å sjekke ut at intervjuer hadde forstått og fanget opp det viktige i hva ungdommen ønsket å si. Ved slutten av intervjuet oppsummerte intervjuer hovedpunktene i det ungdommen hadde sagt, for å sjekke ut at dette var riktig oppfattet. Et forskningsintervju er aldri en jevnbyrdig setting og uansett hvor objektiv og lite førende intervjueren forsøker å være, vil det alltid være et ujevnt maktforhold mellom intervjuer (forsker) og informant (Malterud, 2003). I denne situasjonen innebærer også aldersforskjell og statusforskjell mellom intervjuer og informant en betydelig skjevhet. Det er mulig at dette kan ha påvirket informantenes beretninger, selv om det er vanskelig å ha klare hypoteser om hvilken retning denne påvirkningen eventuelt har gått.

Når det gjelder spørreskjemaet som ble benyttet på slutten av intervjuet, ble det klart at spørsmålene som dreide seg om behandlerens atferd og kontakten med behandler var vanskelige å fylle ut for de ungdommene som hadde både positive og negative erfaringer. Ideelt sett burde ungdommene i denne situasjonen fått anledning til å fylle ut flere spørreskjemaer, et skjema for hver behandlingskontakt. Dette ble oppfanget for sent av prosjektleder og ungdommen ble bedt om å fylle ut for den mest positive eller den mest negative opplevelsen, og dette ble så angitt på spørreskjemaet av prosjektleder. Det er mulig at dette ble forvirrende

for noen av ungdommene som fylte ut skjemaet og at svarene fra denne delen av spørreskjemaet må derfor tolkes med forsiktighet.

Spørreskjemaene fra behandlerne må anses å ha høy innholdsvaliditet. De måler det de ser ut til å måle og det er lett for den som fyller ut å se hensikten med spørsmålene. Det ble også supplert med åpne spørsmål for å kunne fange opp flere dimensjoner ved behandlernes vurderinger. Få benyttet seg imidlertid av muligheten til å svare på de åpne spørsmålene.

Utvalget av ungdom som deltok i intervjuundersøkelsen ble ikke valgt ut som et representativt utvalg, men valgt ut fra at de var ungdom som ønsket å fortelle om sine erfaringer med hjelpen de hadde fått og hvordan de hadde opplevd denne. Et kvalitativt materiales gyldighet og generaliserbarhet vil avhenge av i hvilken grad både de unge, klinikere og andre som kommer i kontakt med ungdommene gjenkjenner og bekrefter ungdommenes erfaringer (jfr. Kvale, 1996). Hensikten med undersøkelsen er å fange opp erfaringer og få ny kunnskap om hvilke faktorer som bidrar til at hjelp oppleves som positiv eller negativ. Hver beretning er unik, samtidig er det interessant å finne ut om det er erfaringer og vurderinger som deles av flere. På denne måten kan resultatene fra undersøkelsen være overførbare med ikke nødvendigvis generaliserbare til alle hjelptrengende ungdommer i statistisk forstand. Det er få gutter i dette utvalget slik at det i hovedsak gir et bilde av jenters opplevelse av hjelpetilbudet. At det er så få gutter med kan gjenspeile at det er flere jenter enn gutter som får behandling i psykisk helsevern for barn og unge i aldersgruppen 13 – 18 år (Andersson et al, 2005). Men det kan også gjenspeile at jenter er mer positive til å stille opp i denne type undersøkelse enn gutter.

Fortolkninger og generaliseringer ble sjekket ut mot kliniske erfaringer, informasjon fra andre kilder (jfr. fokusgruppeintervju) og andre undersøkelser på området. Det var høy grad av sammenfall mellom relevante tema fra analysen av ungdomsintervjuene og andre data.

Merknad [AD2]: Skal det ikke stå "ble" i denne setningen?

Spørreskjemaundersøkelsen til behandlere omfattet alle behandlere i poliklinikkene innen psykisk helsevern for barn og unge, men hadde en så lav svarprosent at den ikke kunne tillegges noe vekt. Spørreskjemaundersøkelsen til behandlere i privatpraksis oppnådde til slutt en svarprosent på 34 som er lavt, men ikke uvanlig i undersøkelser av denne typen. Likevel er svarprosenten så lav at resultatene må tolkes med forsiktighet.

Bidrag fra elever i videregående skole

For å supplere informasjonen fra brukergruppen med synspunkt fra flere ungdommer i samme aldersgruppe ble det hentet inn informasjon om 17 til 18 åringers oppfatning av hva som ville være god hjelp til ungdom i krise. Spørsmålet ble formidlet til 30 elever i videregående skole i forbindelse med en fordypningsdag for videregående kurs II, helse og sosialfag ved en av de videregående skolene i Bergen. De ble delt inn i grupper med 5 elever i hver og spurt om de kunne tenke seg å gi noen råd om hvordan hjelp til unge i krise burde være. Samtlige grupper leverte skriftlige svar og resultatene ble sammenfattet og oppsummert.

FOKUSGRUPPEINTERVJU MED HELSESØSTRE I UNGDOMSSKOLE OG VIDEREGÅENDE SKOLE

Det ble gjennomført et fokusgruppeintervju med fire helsesøstre og en vernepleier med videreutdanning i psykisk helsevern, ansatt i skolehelsetjenesten i Bergen kommune. Helsesøstrene hadde ansvaret for hver sine ungdomsskoler og/eller videregående skoler og var også tilknyttet en av helsestasjonene for ungdom i Bergen. Vernepleieren hadde som oppgave å følge opp ungdom som helsesøstrene ved de enkelte skolene henviste til henne. I praksis vil dette si ungdommer som etter helsesøstrenes vurdering hadde store og alvorlige problemer, og som de mente trengte tettere oppfølging enn det de kunne gi selv. En av vernepleierens oppgaver var å vurdere behov for henvisning til spesialisthelsetjenesten og motivere ungdom for slik henvisning. Deltagerne ble rekruttert til intervjuet på bakgrunn av lang og bred erfaring fra skolehelsetjenesten.

Målsettingen med intervjuet var å supplere informasjonen fra ungdommene med informasjon fra de som henviser og følger opp ungdommer etter behandling, samt å få informasjon fra fagfolk som kommer i kontakt med ungdommer som har droppet ut av behandling.

Det ble utarbeidet en temaguide for intervjuet (se vedlegg 6) som tjente som en "huskeliste", ellers ble temaene som informantene kom med fulgt opp og utdypet.

Hovedproblemstillinger for intervjuet var:

- Hvilke problemer har ungdommene som kommer i kontakt med skolehelsetjenesten? Er det mulig å anslå noe om omfanget av problemene? Hvordan presenterer ungdommene problemene sine?

- Er det spesielle utfordringer knyttet til det å komme i kontakt med disse ungdommene?
- Hvilken type hjelp har ungdommene behov for?
- Hvordan er skolehelsetjenestens rammebetingelser for å gi bistand til ungdom i krise?
- Hvordan vurderer ansatte i skolehelsetjenesten hjelpetilbudet som eksisterer for ungdom i krise?
- Hvordan bør hjelpetilbudet være for å fungere?

Intervjuet ble tatt opp på lydbånd, transkribert og analysert etter retningslinjer for analyse av kvalitative intervju (Kvale, 1996).

SPØRRESKJEMAUNDERSØKELSE TIL BEHANDLERE I SPESIALISTHELSETJENESTEN OG PRIVAT PRAKSIS

Samtlige behandlere i poliklinikkene innen Avdeling for psykisk helsevern for barn og unge i Helse Bergen fikk tilsendt et spørreskjema om sine erfaringer med ungdom i krise, hvilke typer kriseintervensjon de hadde erfaring fra, hvilke aspekter ved en behandlingssituasjon de anså som viktig for ungdom i krise, og om hva de anså som de største utfordringene med å gi et tilbud til ungdom i traumatiske situasjoner (se velegg 7). En tilpasset utgave av det samme skjemaet (se vedlegg 8). ble også sendt ut til privatpraktiserende psykologer og psykiatere med driftstilskudd fra Helse-Vest, med unntak av medarbeiderne ved Senter for Krisepsykologi og privatpraktiserende som drev ren nevropsykologisk praksis, til sammen 84. Spørreskjemaene til behandlerne i Psykisk helsevern for barn og unge ble sendt ut via e-post med mulighet for å svare elektronisk eller trykke ut skjema og svare pr. post. Spørreskjemaene til privatpraktiserende ble sendt ut som brev med vedlagt adressert og frankert svarkonvolutt.

Uvalg

Av 73 behandlere i poliklinikkene innen Avdeling for psykisk helsevern for barn- og unge, svarte 5, en svarte elektronisk og 4 svarte pr brev. Dette er så få svar at resultatene ikke presenteres. Av 84 privatpraktiserende leger og psykologer svarte 23 på spørreskjemaundersøkelsen, mens 4 skjema kom i retur på grunn av ukjent adresse, 3 returnerte skjemaet ubesvart fordi de ikke arbeidet med ungdom og ytterligere 2 ringte for å

informere om at de ikke arbeidet med ungdom og derfor ikke anså det som relevant å besvare skjemaet.

Av de 23 som besvarte spørreskjemaet oppga ytterligere 5 å ikke arbeide med ungdom, men valgte å besvare skjemaet fordi de hadde erfaringer og synspunkt på kriseintervensjon. Behandlerne hadde gjennomgående lang erfaring, 20 hadde over 20 års erfaring og 3 hadde 10-20 års erfaring.

Tolv oppga at de hadde noe erfaring med krise/ traumebehandling, 5 oppga at de hadde stor erfaring, 2 oppga svært stor erfaring og 3 oppga at de hadde liten erfaring. En hadde ikke besvart spørsmålet.

Femten behandlere hadde erfaring fra ulykker som rammet enkeltpersoner eller enkelt familier, 5 hadde erfaring fra store ulykker/ katastrofer med mange involverte, 21 hadde erfaring fra dødsfall eller sykdom i nærmeste familie, 20 hadde erfaring fra vold og overgrep i familien, 19 erfaring med vold og overgrep utenfor familien og 3 hadde erfaring fra oppfølging av krigsopplevelser og andre traumer hos flyktninger i ungdomsalder. Det var 4 leger og 19 psykologer som besvarte spørreskjemaet.

Databehandling

Spørreskjema ble nummerert, kodet, punchet og talt opp ved hjelp av statistikk programmet STATISTICA, mens åpne spørsmål ble registrert og talt opp.

RESULTAT

INTERVJUUNDERSØKELSEN

Hvilke deler av hjelpeapparatet har ungdommene kontakt med?

Ungdommene i denne undersøkelse hadde hatt kontakt med flere deler av hjelpeapparatet; 12 hadde hatt kontakt med helsesøster, 11 hadde hatt kontakt med lege, 12 hadde hatt kontakt med psykisk helsevern for barn og unge, 6 hadde hatt kontakt med behandlere i privatpraksis, 7 hadde erfaring fra innleggelse. Ungdommenes erfaringer var i hovedsak knyttet til

oppfølgingen de hadde fått i skolehelsetjenesten og i psykisk helsevern. Fagfolkene de hadde vært i kontakt med var i hovedsak psykologer og helsesøstre, noen fortalte om kontakt med allmennleger og psykiatere. Flere av ungdommene hadde hatt kontakt med Pedagogisk psykologisk rådgivingstjeneste (PPT), men bare en hadde fått direkte oppfølging for sine emosjonelle vansker her.

Erfaring fra kontakt med skolehelsetjenesten

Når ungdommene snakket om skolehelsetjenesten, var det kontakt med helsesøster på skolen eller vernepleier ved helsestasjon for ungdom de fortalte om. Få hadde hatt omfattende kontakt med skolelege eller fastlege. Der de ble spurt om denne kontakten fortalte de fleste at fastlegen hadde dårlig tid og derfor ble en fagperson de hadde lite kontakt med.

Skolehelsetjenesten forbandt de med helsesøster og helsestasjon for ungdom. Denne kontakten opplevdes som svært positiv for de som hadde kontakt med den. Mange av ungdommene opplevde helsesøster som den eneste hjelpeinstansen som var stabil over tid, som det var lett å komme i kontakt med og som var tilgjengelig både ved å være tilstede på skolen, og ved å ha tid til å lytte og ta ungdommene alvorlig. Flere ungdommer fortalte om kontakt over år med vernepleier ved helsestasjon for ungdom.

”Hun har vært der hele tiden, hun stiller alltid opp”

”Kontakten med helsesøster er ikke så formell som hos psykologen, men du kan føle at hun bryr seg. At dersom det er noen så kan du ta kontakt”

”Hun gir råd og hjelper deg videre i systemet, og så er det lett å få kontakt med henne, selv om hun skal gi tilbud til så mange”

”Det som er så bra med helsesøster er at hun ikke skal sitte der hele tiden og finne ut hva som er galt med meg, hun skal sitte der og høre på og på en måte komme med oppmuntrende ting, og bare sånn være en å snakke med”

Ungdommene beskriver en kontakt som er uformell og som gir trygghet.

Et par ungdommer hadde fått tilbud om oppfølging av psykolog i regi av skolehelsetjenesten. Denne kontakten ble også vurdert som positiv og som en hjelp det skulle vært mer av. Den ble vanskelig gjort fordi psykologen bare var tilgjengelig en gang i uken på skolen som hadde 650

elever. Elever som hadde behov for kontakt kunne derfor bare få time med flere ukers mellomrom.

”Jeg synes det er for dårlig at det bare er en behandler på en så stor skole, jeg får bare gå annen hver eller tredjehver uke”

”Jeg går til psykologen her på skolen og synes det er bra tilbud”

Kontakt med spesialisthelsetjenesten

Flertallet av ungdommene som hadde hatt kontakt med spesialisthelsetjenesten, hadde et inntrykk av et tilbud som var lite tilgjengelig og vanskelig å benytte seg av, både fordi det var vanskelig å komme til, og bare var tilgjengelig innen for bestemte tidspunkt og faste timeavtaler, men også fordi det kunne være vanskelig tilgjengelig på grunn av reise og avstand. Det vanlige var å få et tilbud ved den barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikken man hørte til etter bostedsadresse. For ungdom i videregående skole som gjerne har reise til skolen, og som oppholder seg på et helt annet sted enn bostedsadressen på dagtid, opplevdes det fort som upraktisk og utilgjengelig å skulle reise tilbake til bydelen der en bodde midt i skoletiden. Flere av ungdommene pekte på dette når de skulle fortelle om sine opplevelser med hjelpen de hadde fått. For ungdom over 18 år førte også egenandelen på tjenesten til at tilbudet opplevdes lite tilgjengelig. Mange hadde ikke egen økonomi til å betale egenandelen og flere opplevde det som en barriere å skulle gå til foreldrene for å få penger. For dem som ikke ønsket at foreldrene skulle vite at de hadde kontakt med hjelpeapparatet var dette også en barriere mot å skulle ta i mot hjelp. Et par ungdommer hadde opplevd at de hadde henvendt seg til sin fastlege og opplevd at vedkommende var uenig i behovet for videre henvisning til psykisk helsevern. En annen hadde opplevd at det var vanskelig å ta opp spørsmålet om psykiske vansker fordi vedkommende hadde så dårlig tid.

Flere av ungdommene i dette utvalget hadde erfaringer med å ønske hjelp og bli avvist fordi problemene deres ikke var store nok, eller fordi de aldersmessig var på grensen til å være for gamle til psykisk helsevern for barn og unge og akkurat for unge til psykisk helsevern for voksne. Flere ungdommer hadde opplevd å bli sendt fra instans til instans uten å få tilbud noe sted.

”Først var jeg til legen min og han henviste meg til den psykiatriske legevakt og de henviste meg videre til... (Institusjon innen psykisk helsevern for voksne) som henviste meg videre til BUP som sa jeg var for gammel”

”Har vært innom BUP til intervju da på en måte, til en time der de skulle se om jeg var kvalifisert til å få hjelp, men det var jeg visst ikke. Først satt de og stilte en hel masse spørsmål, de brukte bare 25 minutt, og etter de 25 minuttene så fant de ut at jeg var ressurssterk siden jeg gikk på skolen og hadde jobb” (Ungdom som søkte hjelp etter en voldtekt noe tilbake i tid)

”Det kan jo ikke være slik at du må ha lyst til å ta livet ditt for å få hjelp. Jeg fikk avslag først (søkte på nytt via fastlege etter 2 mnd) og det avslaget var ikke bra for meg. Hadde jeg kommet til første gangen hadde jeg unngått de største problemene”

Ungdommene er innforstått med at det finnes et prioriteringssystem som gjør at de med størst problemer blir prioritert, men flere peker på dilemmaer med et system som ikke har kapasitet til alle som ønsker hjelp:

”Selv om du er suicidal og du har lyst til å ta livet av deg, så vil det ikke si at du er mer krisetilfelle enn en som ikke har lyst til det. For hvis du har tenkt på det, men ikke har lyst å si det, så er det lettere å opparbeide den følelsen av at du har lyst til det, hvis du ikke får hjelp”

”Det at du får avslag, at problemene dine ikke er store nok, kan være det som fører til at du vil ta livet ditt, selv om det kanskje ikke var hovedproblemet da du søkte”

Ungdom beskriver at det er en spesielt vond opplevelse å bli avvist når de tar mot til seg og ber om hjelp, etter kanskje å ha gått mange runder med seg selv for å tørre å gå med på en henvisning til spesialisthelsetjenesten.

Merknad [AD3]: Her mangler det noe i setningen

Forventninger på forhånd.

Flere av ungdommene oppgir at de grudde seg på forhånd og at det å skulle ha kontakt med psykolog eller psykiater var skremmende, både fordi de forbandt kontakt med psykisk

helsevern med noe stigmatiserende og bare for dem som har store psykiske vansker, og fordi de var redde for at foreldre og venner skulle finne ut at de hadde slik kontakt.

Alle ungdommene oppga at de gruet seg på forhånd, og at de syntes det var skummelt fordi de ikke visste hva de kunne vente seg og fordi det var skremmende å skulle snakke med et fremmed menneske om private og personlige ting. Mange av ungdommene forteller også om en barriere mot å søke hjelp hos psykologer og psykiatere fordi de tenker at denne type hjelp bare er for mennesker med svært alvorlige psykiske lidelser og at de ikke tenker på egne problemer som så alvorlige.

”Dersom folk går til psykolog, tenker du att de har problemer i hodet, at de har utrolig store problemer, jeg synes jo ikke mine problemer var så store”

Ungdommene forteller om ulike forventninger til behandlingskontakten:

”Jeg forventet å skulle bli frisk, slutte å skade meg, ..., trodde de kunne finne ut hvorfor jeg var slik jeg var”

”Jeg hadde tenkt det skulle blitt litt roligere hjemme, men etter hver time kranglet vi bare mer”

Resultatet fra spørreskjema viser at et flertall av ungdommene vurderte informasjonen de fikk før behandlingen som dårlig og uklar:

Tabell 4: Hva synes du om informasjonen du fikk på forhånd og hjelpen du skulle få?

Tilfredshet med informasjon	Antall
Dårlig/ uklar	9
Middels	2
God og tydelig	5

Tre av ungdommene erfarte at hensikten med hjelpen var uklar og at den forble uklar gjennom hele behandlingskontakten, 8 ungdommer opplevde at hensikten var uklar til å begynne med, men ble klarere etter hvert, mens 5 ungdommer opplevde at hensikten med hjelpen var klar og tydelig hele tiden. De 5 som opplevde informasjonen som god og tydelig opplevde gjennomgående kontakten med behandler som positiv.

Positiv eller negativ opplevelse

De fleste ungdommene hadde erfaringer fra flere hjelpetilbud og flere behandlere. Flere fortalte både om positive og negative erfaringer. Fire ungdommer ga uttrykk for å være gjennomgående fornøyde med hjelpen de hadde fått. Tre ungdommer hadde både positive og negative erfaringer mens 10 ungdommer hadde negative erfaringer fra tilbudet i spesialisthelsetjenesten. De hadde opplevd tilbud som de syntes hadde vært til lite hjelp. Til tross for at ungdommene hadde hatt kontakt med hjelpeapparatet av ulike årsaker og var i ulike livssituasjoner, var det stor grad av overensstemmelse mellom hva de opplevde som god hjelp, og hjelp som ble vurdert som negativ.

Kjennetegn ved hjelp som blir opplevd som positiv

Ikke uventet var relasjonen til behandler en meget viktig faktor for om hjelpen ble opplevd som positiv. En positiv relasjon til behandler ble knyttet til flere forhold:

- At "kjemien" mellom ungdom og behandler stemte. Med kjemi mente mange av ungdommene at behandler var lett å få kontakt med og opplevdes som lett å snakke med. At behandler kunne være litt uformell og kunne snakke om dagligdagse ting bidro også til en positiv kjemi:

"Det skal på en måte være litt venneaktig og ikke så formelt"

"Han begynte å snakke om hva jeg likte å gjøre på og begynte ikke å snakke om det vanskelige med en gang, fikk tid til å bli kjent"

"Hun viste at hun brydde seg, at hun virkelig hørte på det jeg fortalte "

- At behandler er aktiv når det gjelder å komme med tilbakemeldinger, stille spørsmål og komme med synspunkt og råd framheves også av mange:

"Jeg liker at psykologen snakker, ellers blir det bare jeg som babler i vei liksom..."

”Han er aktiv, vi kan snakke om ting og så kommer han med sine synspunkt på det jeg sier, han kommer ikke med negative ting, bare ting som kan hjelpe meg ”

”Det er veldig viktig at de hører på det du sier og viser at de forstår det du sier, ... Det er viktig at en føler en blir trodd”

”Behandleren min er vel mest aktiv, han sier hvorfor han gjør ting, og hvis han har noen tanker om det jeg sier så sier han det”

- At behandler er i stand til å kommunisere respekt for ungdommens opplevelse og ungdommens grenser. En jente sier det sånn:

”Sånn i starten når jeg ikke var så flink til å fortelle om ting så var han (behandler) veldig tydelig på mine grenser og å overholde dem.

- At ungdommen får anledning til å gå i sitt eget tempo. Samtidig understreker flere at det er viktig at behandler tar ansvaret for å snakke om det som er vanskelig. Særlig framheves dette av ungdommer som har opplevd overgrep:

”Hun går direkte inn og snakker om det jeg har opplevd, samtidig går hun gradvis fram og lar det gå i mitt tempo”

”Hjelpen har vært veldig bra, han (behandler) har hele tiden pushet på slik at jeg har fått snakket om det som skjedde, men har fått gå i mitt eget tempo”

- At behandler gir informasjon om hva som er vanlige reaksjoner og gir råd om takling av følelsemessig ubehag. Ungdommene sier følgende om dette:

”Det har vært godt å få vite litt om hva som er vanlig, hvordan en reagerer når en opplever det som jeg har opplevd”

”(Behandler) har brukt forskjellige metoder for ting som jeg har vært redd for, klart å dempe det så ikke jeg er så redd lenger”

”Å gå til psykologen er godt, jeg har lært at det går an å snakke ting ut av hodet”

- At kontakten er stabil over tid

”Jeg har fått ha den samme psykologen hele tida, det har vært bra, jeg vet ikke hvordan det hadde vært dersom jeg hadde måttet skifte mange ganger”

Noen av ungdommene i utvalget som hadde opplevd overgrep, hadde deltatt i et gruppetilbud med psykolog som var spesielt tilrettelagt for overgrepsoffer. Deres opplevelse av dette var meget positiv. Noe av det de mente var spesielt hjelpsomt var informasjon om vanlige reaksjoner, råd om hvordan de skulle takle vanskelige situasjoner, forklaring på hvorfor mange reagerte som de gjorde og anledning til å treffe andre i samme situasjon. Følgende sitat er representativt for flere utsagn om dette:

”Nyttig å være i gruppen, å lære at jeg ikke er aleine med problemene mine, få informasjon om hva som gjør at en har de plagene en har, hva en kan gjøre for å takle problemene sine”

Hvilken hjelp oppleves negativt

Ungdommene som hadde negativ erfaring med hjelpen nevnte mange av de samme årsakene til at hjelp ikke opplevdes som god og nyttig:

- Hyppig skifte av behandler

”Jeg har byttet psykolog en del ganger, fordi hun ene ble gravid, han andre flyttet, det har vært veldig mye styr”

”Har hatt mange psykologer, 3-4 stykker”

”Jeg byttet vel psykolog flere ganger det første året”

- En behandler som sier lite og som i for stor grad overlater til ungdommen å definere hva som skal være målsetting og fokus opplevdes som svært negativ. Følgende er sitat som forteller noe om dette:

”Kontakten med psykologen hjalp veldig lite, de har bare sittet og hørt på, sagt mm og ja..., har snakket veldig lite”

”Det er egentlig vanskelig når de kommer inn og sier at ja, nå kan du fortelle, i stedet for at de spør litt om forskjellige ting, for da kommer du i gang...”

”Det er jo sånn at psykologen spør av og til om det er noe du selv vil jobbe med, men det kan jo være veldig vanskelig å bare legge ut at jeg har lyst å jobbe med det ... som kanskje er det verste du kan tenke deg (å snakke om)”

”Jeg skulle bestemme hva jeg skulle jobbe med, men jeg visste jo ikke hva det skulle være, jeg hadde ikke gått til psykolog før, jeg visste ikke hvordan det skulle foregå”

”Det kan jo ikke bare være en person som snakker, jeg kan jo ikke bare snakke hele tiden, de må jo snakke litt de også.”

”De bare satt der og sånn: Hvordan går det i dag, også bare satt de der og ventet på at jeg skulle svare liksom. Og da bare lurte du på: ” hva skal jeg begynne med, skal jeg begynne å snakke?” Av og til startet de samtalen, og da var det liksom: hvordan går det i dag...(det samme om og om igjen)...”

- At behandler hele tiden stiller de samme generelle spørsmålene og ikke fokuserer på hovedproblemet, det som er vanskelig. Som nevnt er mange ungdommer klare på at det er viktig å få nærme seg det som er vanskelig i sin egen takt, og at det er viktig at behandler viser respekt for ungdommenes egne grenser og ikke presser den enkelte til å snakke om noe han eller hun ikke er klar til å fortelle. Samtidig påpeker mange at det er viktig at det er behandler som tar initiativet til å ta opp, og holde fokuset på det som er vanskeligst, enten dette gjelder traumet eller den vanskelige livssituasjonen. Dersom dette ikke blir gjort kan en lett oppleve at hjelpen mister mening og det blir uklart hva som er målsettingen med kontakten.

”Hun (behandler) var grei, det var greit å snakke med henne..., men det var ikke noe hjelp i det liksom...”

”Skjønte ikke vitsen med å gå der i det hele tatt, det samme om og om igjen, det ble for kjedelig”

”Vi snakker ikke så mye om traumet i dag, men det er fordi jeg får bestemme hva vi skal snakke om. Det er vel ingen som har opplevd en vond opplevelse som frivillig begynner å fortelle om den, jeg begynner ikke å fortelle om det. Andre må ta initiativ til det”

”Da overgrepene ble oppdaget var det veldig lite samtaler om det som hadde skjedd, det var mer samtaler om hvordan det gikk på skolen og sånn. Det var veldig koselig, men det var liksom ikke hjelp i det”

Fåttallet av ungdommene oppgir å ha fått direkte råd og informasjon om vanlige reaksjoner på traumatiske opplevelser innen for det vanlige behandlingstilbudet:

”Det er sånn typisk terapeuter, de vil vi skal finne egne svar, kan ikke gi direkte svar på sånne spørsmål (om hva som er vanlige reaksjoner og hva som kan hjelpe), fordi det liksom er et definisjonsspørsmål, du skal finne ut om det stemmer for deg. Men i en slik situasjon (i en krise) tror jeg at det er viktig å få vite hva som er normalt”

”Jeg hadde veldig mye angst (etter traumet), torde ikke gå ut, torde ingenting. Trodde jeg var unormal, at jeg reagerte på feil måte. Hadde trengt å få vite fra en eller annen lege eller psykolog at det var normalt, en setning hadde vært nok.”

”Før jeg begynte i gruppen (for overgrepsoffer, vår anmerkning) hadde ingen fortalt meg om hvordan det var vanlig å reagere på det som jeg hadde opplevd”

Merknad [AD4]: skriv overgrepsoffer i et ord, du liker å dele opp ord som ikke skal deles

Årsaker til å trekke seg fra kontakten:

Sju ungdommer hadde trukket seg fra et behandlingstilbud fordi de ikke syntes de hadde fått noe ut av det. Disse krysser av på følgende årsaker til dette på spørreskjemaet (det var anledning til å krysse av for flere alternativ).

Tabell 5: Årsaken til å takke nei/ avslutte kontakten tidlig

Årsak	Antall
Jeg opplevde at jeg ikke fikk hjelp til det som var vanskelig	2
Jeg fikk for lite informasjon om hva det gikk ut på	2
Jeg fikk ikke god nok kontakt med behandleren	3
Det var for kjedelig	1
Vi kom ikke inn på det jeg synes var vanskelig	3

Noen av ungdommene opplevde at kontakten med behandler gjorde situasjonen verre for dem:

”Først kom jeg til en psykolog og skulle fortelle og så kom jeg til en psykolog til som skulle vite det samme, så var det så leit å fortelle og så satt jeg med en knip i magen - for det kom opp igjen og igjen, når jeg fortalte om problemene så kom problemene opp igjen. Etter at jeg hadde vært der var jeg deprimert da jeg gikk.”

”Det ble så mye krancling etterpå, det ble så mye konflikt og bråk av det (etter fellestimer med foreldrene). Jeg sa det, men de sa vi skulle prøve en gang til, men jeg takket jo nei til det, jeg ville ikke”

Erfaringer fra innleggelse

Sju ungdommer hadde erfaringer med å være innlagt i døgninstitusjon enten i psykisk helsevern for barn og unge eller i psykisk helsevern for voksne eller begge deler. To av ungdommene fortalte at dette hadde vært positive opplevelser som hadde hjulpet den, mens 5 ungdommer fortalte om negative eller svært negative opplevelser. De som hadde opplevd oppholdet eller oppholdene som positive hadde opplevd å få ro og skjerming under innleggelse, og de hadde opplevd god oppfølging av personalet og at personalet hadde hatt tid til dem, de hadde følt seg trygge på institusjonen. En ungdom syntes også at det hadde vært positivt at hun og foreldrene hadde fått klar og direkte informasjon.

De andre 5 beskrev gjennomgående negative erfaringer med innleggelse i form av at de hadde blitt skremt av uro og utagering fra medpasienter, hadde utagert selv og hadde opplevd å bli holdt nede av personalet (opplevd som spesielt belastende av ungdom med tidligere overgrepserfaringer), hadde opplevd at personalet ikke hadde tid til å snakke med dem og at de ble mye overlatt til seg selv. To hadde inntrykk av at mange andre ved avdelingen trengte hjelpen mer enn de gjorde og dette hadde ført til at de ikke syntes de kunne be om hjelp og oppmerksomhet for sine ting. Samtlige 5 med negative erfaringer hadde opplevd å bli snakket til på måter de hadde oppfattet som nedlatende, respektløse og krenkende. En ungdom stilte spørsmål ved om dette var overlatt for å få henne til å reagere:

”Det var kanskje en del av behandlingen, å snakke på den måten, men for meg fungerte det dårlig”

En annen ungdom har slitt mye med tankene på hva som ble sagt i ettertid:

”(Behandler) kjeftet på meg og spurte om jeg var klar over hva jeg hadde gjort mot foreldrene mine og familien min. (Behandler) sa at jeg ikke kunne reise hjem fordi foreldrene mine ikke ville ha meg hjem.”

Flere av ungdommene forteller også at de opplevde informasjonen før innleggelse som dårlig både når det gjaldt regler og retningslinjer på institusjonen, og om hva som egentlig skulle være innholdet og målsettingen med oppholdet.

”Viktig at du får mye informasjon om hvordan det er der, hvordan det fungerer, om grunnen til reglene (på sengeposten), og at de som jobber der tar hensyn til hver enkelt. Jeg ble veldig redd...da jeg kom (til avdelingen), de skulle gå gjennom bagen min...Det kom helt uventet på meg, følte jeg la meg inn på helt falske premisser, alle hadde jo bare sagt at alt var så fint der”

Relasjon til pårørende:

En del ungdommer hadde opplevd å få problemer fordi behandlingen hadde vært organisert som felles samtaler med foresatte og at dette hadde ført til store konflikter dem i mellom etter timene. Andre ungdommer oppgav at det var svært viktig å kunne motta behandling uten at foreldrene ble informert og at foreldrene en del ganger var årsaken til problemene. På den andre siden ønsket flere ungdommer at foreldrene skulle bli mer aktivt involvert i behandlingen. De hadde reagert på at det ofte kunne være vanskelig for foreldrene å bli oppdatert og få informasjon som var viktig for å kunne hjelpe og støtte ungdommene videre.

”Det de kunne gjort bedre var å informere familien, det er de som skal støtte. Når de blir holdt utenfor vet de ikke hva de skal gjøre. De (foreldrene) har måttet presse på for å få informasjon”

Merknad [AD5]: her mangler ”få”

”Viktig at foreldre får informasjon, at de får masse informasjon om hva som skjer, om hvordan barnet har det og om reaksjoner og sånn”

Hvordan bør hjelpen være? Råd til hjelpeapparatet

Ungdommene ble spurt om de hadde noen mening om hvordan hjelpetilbudet til ungdom i krise burde være for å fungere godt. Følgende oppsummerer ungdommenes råd:

- Hjelpen bør være gratis slik at ungdommer slipper å ha penger til egenandel (gjelder dem like over 18 år)
- Hjelpen bør være lokalisert på, eller i nærheten av skolen der ungdommer tilbringer det meste av sine hverdager
- Informasjon om hvor og hvordan man kan få hjelp bør være lettere tilgjengelig
- De som skal hjelpe ungdommer må snakke slik at det er mulig for unge mennesker å forstå dem og opptre litt uformelt og ledig slik at det blir mulig å bli kjent med dem
- De som skal gi hjelpen må forklare på en tydelig måte hva hjelpen skal bestå av og hva som er målsettingen. Dersom det er lagt opp til at ungdommer skal velge hva han eller hun skal jobbe med, må det gis alternativ og forklares hva disse alternativene går ut på
- Hjelperen må ikke være for passiv og tilbaketrent, han eller hun må kunne gi råd og svare på spørsmål om hva som er normale reaksjoner, for eksempel i en krisesituasjon
- En bør ikke stille de samme generelle spørsmålene om og om igjen, for eksempel om hvordan det går på skolen og hvordan det går hjemme
- Det er viktig å oppleve at noe hjelper og at en kommer videre i forhold til det som er vanskelig
- Det bør være anledning til å treffe andre i samme situasjon, gjerne i et gruppetilbud
- Det bør være mulig å få hjelp uten at foreldrene vet det, noen ganger er de årsaken til problemene
- Det er viktig å få beholde den samme behandleren over tid
- Behandleren bør ta initiativet til kontakt dersom det har vært en pause i kontakten og ikke vente på at ungdommen skal gjøre det
- Der det er ønskelig at foreldrene skal være involverte, bør informasjonen til dem være bedre, det er foreldrene som i mange tilfeller skal hjelpe ungdommen videre og der ungdommen ønsker det må foreldrene bli godt og regelmessig informert.

Hvordan bør hjelpen være? Resultat fra et gruppearbeid ved VKII Helse og sosialfag videregående skole

Følgende oppsummerer rådene fra 30 elever på VK II helse og sosialfag:

- God informasjon om hvor du kan henvende deg for å få hjelp i en krise
- Ta kontakt, men gi også ungdommer tid til å ta kontakt selv
- Ikke ta nei for et nei når du tilbyr hjelp, spør en gang til

- Mulighet for samtalegrupper med jevnaldrende som har opplevd kriser (det samme som deg), gjerne i grupper på 3-5 personer
- Viktig med noen å snakke med, kanskje noen som har vært i samme situasjon. Gi anledning til å treffe dem i en uformell situasjon
- Det må være trygghet i samtalen, viktig å gi tid til å etablere tillit og skape trygghet
- Gi informasjon flere ganger
- Gi anledning til å uttrykke følelser gjennom musikk
- Bruke enklere ord i samtaler med ungdommen
- Understreke taushetsplikten slik at de skjønner at du ikke sier noe videre

Flere av punktene som er satt opp samsvarer med punkter som ungdommene i de individuelle intervjuene fremhevet, for eksempel, god informasjon om hvor du skal henvende deg i en krise, positive opplevelser med gruppetilbud og anledning til å bli trygg og få tillit til behandler.

RESULTAT FRA FOKUSGRUPPEINTERVJU MED ANSATTE I SKOLEHELSETJENESTEN

De fem deltagerne i intervjuet hadde i stor grad de samme erfaringene. Problemstillinger og erfaringer som en deltager fremførte ble gjenkjent og bekreftet av de andre i gruppen. Enkeltutsagn og tema som oppsummeres her er langt på vei dekkende for alle som deltok.

Problemtype og omfang av problemene til ungdom som kommer i kontakt med skolehelsetjenesten

Både helsesøstrene og vernepleieren opplever at omfanget og alvorlighetsgraden av psykiske vansker hos ungdom er store. Problemene de kommer i kontakt med varierer fra mistriksel, konsentrasjonsvansker og konflikter med medelever, til problemer med selvskading, alvorlig depresjon, spiseforstyrrelser, selvmordstanker og ettervirkninger av traumatiske enkelthendelser. Eksepler på traumatiske opplevelser er voldtekt og annen type vold, selvmord og overgrep i familien.

”De kommer gjerne med sånne små ting til å begynne med...og så kan det være problemer på skolen som har årsak i hjemmeforholdene som gjerne medfører selvskading, dårlig

konsentrasjon og mistriivsel generelt. Men det er så sammensatt, de som sliter de sliter virkelig.”

”Det går vel ikke en dag uten at 1-2 kommer med tunge, alvorlige ting”

”Synes det er veldig mye familieproblemer, også enkelthendelser som har skjedd, selvmord, noen har blitt slått ned...”

”Tristhet, depresjon, mange går rundt med tanken om at de ikke har lyst å leve, mens andre har problemer med intriger i venneflokken...”

Helsesøstre som har en dag i uken på ”sine” skoler karakteriserer problemene som alvorlige hos rundt 3 til 4 av de 10 til 12 de møter pr dag. Vernepleieren som følger opp ungdom individuelt, og som sannsynligvis arbeider med de alvorligste tilfellene, har minst 20 samtaler i uken med ungdom med store og kompliserte problemer.

En helsesøster som jobber i forhold til 2 videregående skoler forteller at hun ikke er noen uke på jobb uten å snakke med ungdom som har problemer med selvskading, seksuelle overgrep og selvmordstanker.

”Jeg er vel ingen uke på jobb uten å ha oppe seksuelle overgrep som tema, selvskading og selvmordstanker, de problemene er der hele tiden..”

Helsesøstre forteller at de møter selvmordstanker i ulik alvorsgrad og hyppighet og at de ofte blir sittende som den eneste med mulighet for å følge opp ungdommen i forhold til disse tankene. De opplever å forhandle med ungdommer fra dag til dag om de har lyst til å leve eller ei.

”Jeg sitter med suicidalitet i forskjellige grader, forhandler fra dag til dag med enkelte om de har lyst å leve, du kan sitte i en alvorlig samtale og så gå videre til den neste, og det er ganske tungt...”

Å søke hjelp for problemene sine er en prosess

Helsesøstre beskriver ungdommens måte å søke hjelp på som en prosess. Den enkelte ungdom, kommer gjerne først med små enkle spørsmål og problem, som de kan komme med flere ganger, før de til slutt kommer med det som er den egentlige grunnen til at de tar

kontakt. Helsesøstrene forstår dette som at de blir prøvd ut, at ungdommen prøver å finne ut om helsesøster er en person de kan snakke med og stole på.

”De kommer med små ”ondter” og små, uskyldige spørsmål. Så går de igjen og så kommer de tilbake med samme spørsmål, eller noe annet, også plutselig kommer det som tynger veldig mye. Du ser gjerne at de blir sittende litt lengre, de vil ikke gå, du ser at det er noe de gnager på.”

”De tester deg ut, om det går an å snakke med deg...”

Helsesøstrene understreker viktigheten av å være tilgjengelige når ungdommene har mannet seg opp til å fortelle om problemene sine. De peker på at unge mennesker er impulsive og handler her og nå. Dersom de må vente eller utsette å fortelle, ombestemmer de seg lett eller mistet motet.

”De er impulsive, det er viktig å være tilgjengelig når de kommer på at nå har jeg mot til å gå og snakke om det. Det er ikke alltid de kommer igjen...(dersom du ikke har tid der og da)”

Det er derfor et dilemma at helsesøstrene bare er til stede på skolen en til to dager i uken, og at de da som regel har hele dagen belagt med avtaler. Dette gjør det vanskelig å være tilgjengelig for impulsive henvendelser. Ofte blir det nødvendig å be eleven komme tilbake seinere samme dag, eller i uken etter. Dette fører til at flere ungdommer ikke kommer tilbake. Tid og muligheter til å kalle inn ungdom som dropper ut av avtaler er også begrenset på grunn av tidspress og mange oppgaver.

Helsesøstrene bekymrer seg generelt for manglende kapasitet til å kalle inn ungdom de vet er i risikosonen. Tiden går med til å følge opp de som tar initiativ til kontakt selv, samtidig som det er en stor risiko for at de som sliter med de aller største problemene ikke tar kontakt på egenhånd.

”Frustrasjonen går på at de som oppsøker oss får bedre service enn de vi ikke får kalt inn som like gjerne kan ha store problemer”

”Det er bare de få ”heldige” som får oppfølging.”

Hvilken type hjelp har ungdommene behov for?

Deltagerne i intervjuet ser at mange av ungdommene de kommer i kontakt med har behov for et bredt spekter av tilbud, som praktisk hjelp og veiledning, hjelp til å komme i kontakt med hjelpeapparat og offentlige kontorer, omsorg og strukturering av hverdagen, og direkte behandlingsbehov. Ofte blir helsesøstrene sittende også med rene behandlingsoppgaver fordi ungdommene vegrer seg for å bli henvist videre til andre instanser.

”Det er en sånn terskel, ofte så vil de ikke henvises videre, etter en stund kan vi kanskje få dem videre til vernepleier (med ansvar for ungdom med psykososiale problemer, vår anmerkning) men videre derfra går det ikke...”

”Også skal foreldrene informeres, og fastlegen..., det går bare ikke”

Hvordan er skolehelsetjenestens rammebetingelser for å gi bistand til ungdom i krise?

Alle i fokusgruppen karakteriserer rammebetingelsene til skolehelsetjenesten som dårlige når det gjelder å følge opp ungdom i krise. I hovedsak er det et kapasitetsproblem. Tiden strekker ikke til, men det er også et problem at helsetjenesten ikke har direkte tilgang på fagkompetanse som psykologer og sosionomer. I intervjuet kommer det også fram til dels store ulikheter mellom de forskjellige skolene innen Bergen kommune, noen skoler har tilknyttet psykiatrisk sykepleier og sosionom, en skole har tilknyttet psykiatrisk sykepleier og psykolog. På andre skoler er helsesøster eneste fagperson som skal ivareta ungdommer med store vansker.

”Vi (på vår skole) har ingen tilbud utover helsesøster”

”Jeg jobber i videregående skole som har tilknyttet psykiatrisk sykepleier som kan ta de tyngste sakene og sosionom i en høy stillingsprosent.”

Vurdering av hjelpetilbudet som eksisterer for ungdom i krise

Samtlige deltakere i fokusgruppen karakteriserte tilbudet i spesialisthelsetjenesten som utilgjengelig og komplisert å henvise til. De beskriver henvisningsrutinene til psykisk helsevern for barn og unge som en stor barriere mot at ungdom kan søke hjelp der. Både at

foreldrene må informeres og at ungdommen må gå via fastlegen for å bli henvist, fører til at det blir vanskelig å motivere ungdommer for videre henvisning.

”Foreldrene må jo informeres, jeg bruker mye tid på å motivere ungdommer til å fortelle foreldrene sine om problemene, også må fastlegen på banen – det blir for komplisert, de vil ikke.”

”Det blir så fjernt fra ungdommene, BUP og det systemet der, det skulle ha vært en lavere terskel. BUP skulle ha kommet ut til skolen.”

Ved noen barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikker må henvisende lege ha tatt en rekke blodprøver og undersøkelser før en henvisning blir godtatt. Dette fører i praksis til at ungdommen ikke kan henvises via skolelegen, men må gå til sin fastlege. Fastlegen er gjerne den samme legen som foreldrene benytter, og også dette kan være utslagsivende for at ungdommene vegrer seg mot videre henvisning.

”Det skal jo gjøres en del prøver og gjøres en del undersøkelser før henvisning til BUP. Vi er ikke utstyrt til å gjøre sånne undersøkelser, så fastlegen må på banen.

For en del ungdommers vedkommende er det et stort nok steg å bli henvist videre innen skolehelsetjenesten, til vernepleier som kan følge dem opp individuelt. Ofte vegrer de seg for videre henvisning herfra, og skolehelsetjenesten ved helsesøster og vernepleier blir den eneste instansen som er i posisjon til oppfølging. Dette medfører at både helsesøster og vernepleier blir sittende med krevende behandlingsoppgaver som egentlig burde ha blitt behandlet innen spesialisthelsetjenesten.

For ungdom over 18 år er egenandelen er stor barriere mot å la seg henvises videre.

Merknad [AD6]: Skal det ikke være avsnitt her?

”Det er jo det som ofte stopper det (henvisning videre) at de ikke har penger, og hvis de skal ha penger så må de fortelle det hjemme og det vil de i alle fall ikke gjøre.”

Inntrykket av ungdommenes erfaringer med hjelpeapparatet

Helsesøstre er ofte vitne til at ungdom som går med på å henvises videre dropper ut av behandlingen etter kort tid, gjerne etter bare 1-2 ganger. Særlig er dette tilfelle for ungdom over 18 år som henvises til psykisk helsevern for voksne. Flere helsesøstre har erfaring for at dette tilbudet fungerer så dårlig for denne aldersgruppen at de ikke ønsker å henvises ungdommene hit. Systemet oppleves som rigid og for krevende for ungdom i krise. Unge

mennesker med behov for omsorg og strukturering møtes ofte av krav til frammøte og til motivasjon, som ungdommer med store problemer ikke er klare til å nyttiggjøre seg.

”De blir møtt med krav, dersom du ikke kommer på 2 ganger så er det ut av systemet... og det er det ikke alle unge som er modne for. Det er ikke alle unge som er klar til å gå inn i det vanskeligste med en gang, de trenger mer omsorg. Og hvis du da blir møtt med en ovenfra og ned holdning..., eller du ikke skjønner hva fagfolkene sier. Da trekker de seg.

At kjemien ikke stemmer og at de føler seg behandlet på en nedlatende måte er viktige årsaker til at ungdommer trekker seg fra behandling i psykisk helsevern for voksne.

Helsesøstrene sitter igjen med mye av det samme inntrykket av unges møte med psykisk helsevern for barn- og unge:

”Det er mye det samme (som innen psykisk helsevern for voksne). Foreldrene må informeres, vi bruker mye tid på å motivere til å fortelle om problemene hjemme, fastlegen må på banen - det blir for komplisert, for vanskelig. Og når de kommer til BUP så er det jo det med å holde tider og møte opp, og så møter de ikke og så sklir de ut av systemet. Det er ikke et system på ungdommens premisser. Ungdom er ikke som voksne og en er nødt til å ta hensyn til at de er annerledes. Det er ikke et tilgjengelig tilbud for dem slik det er nå”

Helsesøstrenes inntrykk er at mange ungdommer også avslutter behandlingen i psykisk helsevern for barn og unge fordi de ikke synes at kontakten er til hjelp, eller at de også her opplever at de blir behandlet med en ovenfra og ned holdning. De som trekker seg fra behandling føler at de ikke blir møtt på det de synes er vanskelig og det de opplever som det egentlige problemet. Selv om de har informert ungdommene grundig om hva de kan forvente seg i møte med BUP og hva som er hensikten, opplever de likevel ofte at ungdom trekker seg fra behandling fordi de ikke har skjønt vitsen med behandlingen og hvor dette fører henne. Som forventet kommer helsesøstrene også i kontakt med flere av ungdommene i gruppen som trekker seg eller uteblir fra behandling.

”Jeg har fått mange tilbakemeldinger om at de ikke skjønner det, at det er det som gjør at de velger å droppe ut, at de ikke møter opp, eller kanskje avlyser i siste sekund, og så til slutt sier at de ikke vil mer... Fordi de skjønner ikke vitsen med å gå der. Også prøver jeg å motivere og sier at om noen år skjønner du kanskje at det har hjulpet deg. Men det er ikke så ofte det hjelper fordi de ser ikke poenget der og da”

Flere helsesøstre opplever det som krevende å hjelpe ungdom som venter at noe skal skje med en gang, når problemene de strever med er kompliserte og tidkrevende.

Helsesøstrene synes også det er viktig å få fram at flere ungdommer opplever god hjelp fra spesialisthelsetjenesten, spesielt dersom problemstillingen de ønsker og får hjelp med er klar og avgrenset og målsettingen er tydelig for ungdommen.

Hvordan bør det gode hjelpetilbudet være for å fungere?

Når deltagerne i fokusgruppeintervjuet blir bedt om å si noe om hvordan et godt fungerende hjelpetilbud til ungdom i krise bør være, kan det oppsummeres i følgende punkter:

- Et tilbud som er mer tilgjengelig, både økonomisk (for ungdom over 18), geografisk og i form av enklere henvisningsrutiner
- Mulighet for å henvise eller for å tilby vurderingssamtale til ungdom uten å gå via lege
- Fagkompetanse som psykolog og sosionom tilgjengelig for skolene, gjerne organisert som et tverrfaglig team
- En spesialisthelsetjeneste som også kan jobbe utadrettet i forhold til den enkelte skole, gå ut og drive veiledning, ha timer på skolene og drive gruppetilbud der.
- Et tilbud som er stabilt med mulighet for å ha kontakt med den/ de samme personene over tid.

RESULTAT FRA SPØRRESKJEMA TIL BEHANDLERE I PRIVAT

PRAKSIS

Tabell 6: Behandlers rangering av viktige behandlingsaspekter for ungdom i krise

Aspekter ved en behandlingssituasjon	Meget viktig	Noe viktig	Lite viktig	Ikke svart
Hjelp så raskt som mulig etter hendelsen	20	2	1	0
Formidling av tydelig informasjon	21	2	0	0
Anledning til å snakke om det som har skjedd	20	3	0	0
Informasjon om vanlige reaksjoner	20	3	0	0
Grundig kartlegging av tilstand	2	10	11	0
Formidling av spesifikke metoder	10	9	3	1

Vi ser av tabellen at hjelp så raskt som mulig etter hendelsen, formidling av tydelig informasjon, anledning til å snakke om hendelsesforløpet og informasjon om vanlige reaksjoner i en krisesituasjon blir vurdert som viktige. Grundig kartlegging av tilstand og formidling av spesifikke metoder blir vurdert som mindre viktige. I tillegg til de oppsatte aspektene nevner en behandler mobilisering av sosialt nettverk og tverrfaglig samarbeid.

Tabell 7: Behandlers syn på viktigheten av forskjellige virkemiddel som kan bidra til å etablere en god relasjon til ungdom i behandling

Utsagn om virkemiddel	Meget viktig	Noe viktig	Lite viktig	Ikke svart
Konkret og tydelig informasjon om hva hjelpen skal bestå av i første time	17	6	0	0
Klar og tydelig informasjon om hensikten med behandlingskontakten	20	3	0	0
Tid og ro til å reflektere over sin situasjon uten at terapeuten leder for mye	12	8	3	0
Terapeuten bør være tilbakeholden med å si noe og overlate til ungdommen å snakke	2	6	14	1
Terapeuten bør være aktiv og fortelle litt om seg selv og våge å være personlig	12	9	1	1
Terapeuten bør være aktiv og gi råd og veiledning	7	11	4	1
Ungdommen bør allerede i første time få konkret hjelp eller råd til selvhjelp for sine plager	11	12	0	0
Terapeuten må ta tiden til hjelp slik at ungdommen får tid til å bli kjent med sin behandler	10	8	4	1

Konkret og tydelig informasjon om hva hjelpen skal bestå av i første time, klar og tydelig informasjon om hensikten med behandlingskontakten og at ungdommen allerede i første time bør få konkrete hjelp eller råd til selvhjelp, blir av flest behandlere vurdert som de viktigste virkemiddel for å etablere en god relasjon til ungdommen. (n =23). At terapeuten bør være aktiv og fortelle litt om seg selv vurderes også som viktig av flertallet (n =21). Å være aktiv og gi råd og veiledning vurderes som viktig av 19 respondenter. Det er altså de aktive og

direkte intervensjonsformene som vurderes som de viktigste. At terapeuten bør være tilbakeholden med å si noe og overlate til ungdommen å snakke, blir vurdert som et lite viktig virkemiddel av 14 respondenter. Samtidig vurderes tid og ro til å reflektere over sin situasjon uten at terapeuten leder for mye som viktig av 20 respondenter. Ut i fra disse resultatene ser det ut til at behandlerne legger vekt på både direkte og aktive virkemidler i kombinasjon med mer tilbakeholdne strategier som gir rom for refleksjon, samtidig som flere vil være tilbakeholdne med å gi direkte råd og veiledning.

Behandlerne ble spurt om hvilken teoretisk forankring de mente ga best utgangspunkt for oppfølging etter kriser og traumer. Her nevner respondentene et rikt utvalg av retninger og teoretiske orienteringer og en del av disse går igjen hos flere:

- Kognitiv atferdsterapi 5
- Sosial læringsteori 5
- Atferdsteori 4
- Kommunikasjonsteori 1
- Systemanalyse 1
- Eklektisk tilnærming 2
- Psykodynamisk teori 2
- Familieteori 1
- Spesifikke teorier for traume ved kriser og traumebehandling 2
- Selvpsykologi 3
- Kroppsorientert teori 2
- Psykoedukativ teori 2
- Affektsbevissthetsteori 1
- Nevroprosessuell forståelse 1
- Eksistensialistisk teori 1
- Mestringsteori 1

Denne listen viser at det er et vidt spekter av teoretiske retninger som vurderes som utgangspunkt for kriseintervensjon. Men noen peker på at det er viktigere med klinisk erfaring og klokskap, samt kunnskap om krisereaksjoner, enn teori..

Tabell 8: Behandleres syn på hvilke utfordringer som kan virke inn på mulighetene for å få gitt et godt tilbud til ungdom etter traumatiske hendelser

Utfordringer	Meget viktig	Noe viktig	Lite viktig	Ikke svart
Å få ungdom til å møte opp til timene	6	10	4	3
A etablere en trygg relasjon	9	7	4	3
Å motivere ungdom for behandling	9	9	2	3
Å få gitt tilbud raskt nok	12	8	0	3
Å få gjort en god nok vurdering av hva som er problemet	7	8	5	3
Å velge riktig metode	4	8	8	3
Å få skoling og oppdatering i relevante metoder	7	9	4	3
Å ha mulighet til å prioritere traumatiserte ungdommer innenfor rammebetingelsene på mitt arbeidssted	8	6	6	3

Vi ser at å få gitt tilbud raskt nok (n =20) og motivere ungdom for behandling, (n =18) vurderes som viktige av flest behandlere, men også de andre utfordringene i tabellen vurderes som viktige eller meget viktige. En behandler skriver:

”Ofte kommer de (traumatiserte ungdommer) til oss etter at de har levd med sine plager over år, og de er ikke alltid innstilte på å rote opp i tidligere opplevelser. De er preget av at de vil ha forandring med en gang til det bedre, uten for store omkostninger eller arbeid fra deres side, vanskelig å motivere”

Riktig valg av metode vurderes som meget viktig av færrest av behandlerne (n=4) og denne utfordringen er den som oftest vurderes som lite viktig (n = 8).

Tabell 9: Behandlers vurdering av tilbudet som finnes innen hjelpeapparatet (både første- og andrelinjetjeneste) for ungdom etter kriser og traumer

Vurdering	Antall
Meget bra	0
Bra	5
Mindre bra	13
Dårlig	1
Ikke svart	4

Vi ser av tabellen at flertallet av behandlerne som har besvart spørreskjemaet vurderer dette tilbudet som mindre bra eller dårlig.

Behandlerne ble i et åpent spørsmål bedt om å angi hva som fungerte godt med hjelpetilbudet til ungdom i krise. Få svarte, men felles for disse svarene er at de oppgir helsesøstertjenesten og kriseteam i kommunene.

På spørsmålet om hva som kunne fungert bedre, oppgir mange tilgjengelighet som et viktig punkt sammen med mulighet for å fange opp ungdom med problemer tidligere. Større fleksibilitet og bedre traumespesifikk kompetanse nevnes også som viktige forbedringsområder. En behandler skriver:

”Denne type hjelp burde være å få i 1.linjen. Prioriteringsforskriften sikrer i for dårlig grad hjelp til disse ungdommene. Det er også for liten traumespesifikk kompetanse blant oss hjelpere”

”Generelt er tilbud om behandling til ungdommene lite tilgjengelig, ofte med kronglete henvisning, ventetid etc.”

DISKUSJON

Resultatene i denne undersøkelsen har sine klare begrensninger når det gjelder generaliserbarhet. Ungdommene som har deltatt er ikke en homogen gruppe, de har hatt ulik grad av problembelastning, det er ulike årsaker til at de har hatt kontakt med hjelpeapparatet og de har hatt ulike behov. Flere av ungdommene er rekruttert fra skolehelsetjenesten og er

dermed en forhåndsselektert gruppe når det gjelder å kjenne til og benytte dette tilbudet. Den opprinnelige målsettingen med undersøkelsen var å få kunnskap om ungdoms erfaringer med hjelpeapparatet etter kritiske hendelser og opplevelser. Flertallet av ungdom som deltok hadde erfaringer med hjelp etter sammensatt problematikk over lengre tid og fokuset for intervjuet ble dermed rettet mot erfaringer med behandlingsapparatet generelt og ikke avgrenset til erfaringene med hjelp etter enkeltstående traumer. Dette har gitt informasjon om mange tema knyttet til erfaringer med hjelpeapparatet generelt, men har samtidig gjort det vanskeligere å trekke klare og entydige konklusjoner.

Vi ser imidlertid at det er stor grad av sammenfall mellom ungdommenes vurdering av hjelpetilbudet generelt, og av hvilke faktorer de mener utgjør en positiv eller negativ opplevelse av hjelpen. Resultatene fra intervjuene med ungdommene og resultatene fra fokusgruppeintervjuet med ansatte i skolehelsetjenesten, er sammenfallende på svært mange punkt. Ungdommene i videregående skole som ble bedt om å gi råd om hvordan hjelpetilbudet til ungdom i krise burde være, ga også råd som på mange punkter var sammenfallende med erfaringene til ungdommene som deltok i intervjuundersøkelsen.

Generell erfaring med hjelpetilbudet

Ungdommene beskriver flere barrierer mot å søke hjelp i spesialisthelsetjenesten. Disse gjelder både for ungdom som har opplevd traumatiske enkelthendelser og ungdom som har mer sammensatte problemer: Foreldrene må få vite at de går i behandling, frykt for stigmatisering, forestillinger om at deres egne problemer ikke er store nok og opplevelsen av å ikke tilhøre den gruppen av mennesker som ”hører hjemme” i psykisk helsevern. Et par ungdommer oppgir også fastlegen som en barriere mot videre hjelpsøking, enten ved at vedkommende ikke har vært enig i at de trengte hjelp i psykisk helsevern, at vedkommende har hatt så liten tid at ungdommen ikke har følt at det har ligget til rette for å fortelle om problemene sine, eller at han/hun er i kontakt med foreldrene. De som har fylt 18 år opplever egenandelen som en barriere. Slik samsvarer funnene i denne undersøkelsen med funn og tidligere framsatte hypoteser om barrierer mot å søke hjelp. (Corrigan, 2003, Zahrisson et al., 2006).

Der ungdommene aktivt har ønsket kontakt med spesialisthelsetjenesten har denne delen av hjelpeapparatet blitt opplevd som lite tilgjengelig. Noen har opplevd å bli sendt fra den ene

instansen til den andre på grunn av at de snart var for gamle for psykisk helsevern for barn og unge og akkurat for unge for psykisk helsevern for voksne. Flere ungdommer har opplevd å bli satt på venteliste eller bli avvist fordi problemene deres ikke ble vurdert som alvorlige nok. De forteller at dette lett kan tolkes som at de ikke blir trodd eller ikke blir tatt på alvor. De peker også på at selv om en ungdom blir prioritert foran en annen i køen på grunn av uttrykt suicidalitet, kan tankene om selvmord være like sterke hos en annen lengre bak i køen som ikke uttrykker dette like tydelig. I verste fall kan opplevelsen av avvisning føre til en akutt forverring av en allerede vanskelig situasjon.

Noen ungdommer peker på at det er for lite informasjon om hvor unge mennesker i krise kan henvende seg for å få hjelp. Selv om det blir gitt en del rutinemessig informasjon om dette, peker disse ungdommene på at informasjonen ikke er god nok, og at det fremdeles er behov for mer informasjon om hvem som kan få hjelp av fagpersoner innen psykisk helsevern og hvem som kan få hjelp av andre tiltak, for eksempel gjennom skolehelsetjenesten. Dette er i samsvar med de erfaringene som kommer fram i undersøkelsen av unge etterlatte etter selvmord (Dyregrov, 2006). Dersom det er mange myter og fordommer knyttet til hvem som kan trenge hjelp fra psykisk helsevern er det trolig ikke tilstrekkelig med kortfattet og generell informasjon om ulike hjelpetilbud for eksempel i et informasjonsskriv, da vil det trolig fungere bedre med informasjon gitt i direkte dialog med ungdomsgruppen, der disse fordommene kan fanges opp og nyanseres.

Merknad [AD7]: Rart med to direkte i samme setning

Helsesøstre og vernepleier i skolehelsetjenesten opplever henvisningsrutiner og krav til undersøkelser som skal være gjort på forhånd som store barrierer mot at ungdom går med på å bli henvist videre til et mer spesialisert behandlingsnivå. Dette en av flere forklaringer på hvorfor at ungdom med problemer ikke kommer videre til spesialisthelsetjenesten. I tillegg til at problemer ikke avdekkes i skolehelsetjenesten, ser det ut til at flere av ungdommene med problemer ikke henvises videre fordi de vegrer seg for det. Det er et kjent fenomen at ungdom kan vegre seg for kontakt med helsetjenesten, men resultatene fra denne undersøkelsen er en påminner om at psykisk helsevern for barn og unge er utilgjengelig for flere ungdommer enn de som når fram til ventelistene. De ansatte i skolehelsetjenesten uttrykker bekymring for alle de som ikke tar kontakt og som sannsynligvis burde oppsøkes og kalles inn for å få den hjelp de har behov for. Bekymringen er særlig stor for at de med de største problemene befinner seg i nettopp denne gruppen. Det er altså grunn til å frykte at også skolehelsetjenesten er utilgjengelig for en stor gruppe ungdom, ikke nødvendigvis på grunn av arbeidsform,

henvisningsrutiner og manglende kompetanse til å se problemene, men på grunn av manglende ressurser. Flere undersøkelser har vist at det nettopp er ungdom med store sosiale vansker og ungdom med lite sosial støtte og alvorlig og sammensatt problematikk, som i minst grad oppsøker hjelpetilbudet på egen hånd (Ciarrochi et al., 2002). Disse ungdommene må oppsøkes og aktivt kalles inn dersom skolehelsetjenesten skal få kontakt med dem. I følge de ansatte i skolehelsetjenesten er det ikke ressurser til dette i dag.

De ansatte i skolehelsetjenesten har også erfaring for at det er de mest problembelastede ungdommene som i minst grad nyttiggjør seg tilbudet de får i psykisk helsevern, og som hyppigst trekker seg fra behandling når de først kommer til. Ungdom som har opplevd vanskjøtsel, overgrep eller mishandling, vil være svært spesielt sensitive for avvising i kontakten med behandlere. Sannsynligvis er det disse ungdommene som både har de største problemene med å søke hjelp, og som når de får hjelp har det største behovet for å møte et fleksibelt system som fungerer oppsøkende. Et slikt system må ha toleranse for at enkelte avtaler brytes, og være fleksibelt nok til å fange opp ungdommenes individuelle behov når det gjelder grad av aktivitet og styring hos behandler. Dersom disse ungdommene blir møtt av et system som både er lite tilgjengelig og lite fleksibelt i form og innhold, er det fare for at de ikke vil ha nytte av tilbudet.

Helsesøstrene i undersøkelsen beskriver ungdommenes hjelpsøkende atferd som en prosess, der den enkelte gradvis forteller om problemene sine etter hvert som de får tillit til og blir tryggere på den de snakker med. Å bli avvist eller måtte vente for lenge på å få fortelle når de først er motiverte for dette, betyr at mange ombestemmer seg eller mister motet. Et lavterskeltilbud med god nok kapasitet til å kunne ta imot ungdom når de henvender seg, og som kan kalle ungdom inn til samtale også uten at de henvender seg, kan avhjelpe dette. Et slikt tilbud vil være tilpasset den gradvise måten å søke hjelp på som de ansatte i skolehelsetjenesten beskriver. Denne måten å yte hjelp på er det tradisjon for i skolehelsetjenesten. Ungdommene i vår undersøkelse opplever tilbudet de får av helsesøster og vernepleier som godt og meningsfullt, men flere i begge grupper opplever dette som utilstrekkelig og savner tilstedeværelse av faggrupper som psykiatriske sykepleiere og psykologer. Det er et viktig poeng at tilbudet er lett tilgjengelig geografisk, at kontakten varer ved over tid, og at ungdommene selv kan ta kontakt direkte uten å gå via mellomledd. En måte å oppnå dette på som vil kunne bidra til at flere blir fanget opp, er å ruste opp skolehelsetjenesten ressursmessig til i større grad enn i dag både kunne avdekke og følge opp

ungdommer uten at de i første omgang må henvises videre. Dersom ungdommene ikke vil eller kan komme til hjelpen, må hjelpen kunne komme til ungdommene. De ansatte i skolehelsetjenesten anbefaler at skolehelsetjenesten både utvides kapasitetsmessig og styrkes med tverrfaglig kompetanse fra sosionomer og psykologer, og at spesialisthelsetjenestens arbeidsform blir mer fleksibel i form av fagfolk som i større grad går ut til skolene og driver veiledning og setter i gang gruppetilbud, gjerne i samarbeid med de ansatte på helsestasjonene. Dette er også sammenfallende med flere av ungdommens syn på dette.

Merknad [AD8]: Skal det ikke være linjeavstand mellom avsnittene?

Helsesøstrene i vår undersøkelse uttrykker bekymring for det tilbudet som de som nettopp har fylt 18 år får i psykisk helsevern for voksne. De tenker da først og fremst på det polikliniske tilbudet. De vurderer dette tilbudet som så lite tilpasset denne aldersgruppens behov at de unnlater å henvise ungdom til det. Ungdom forteller om opplevelser av å falle utenfor alle tjenestetilbud og opplever seg som kasterbatter. Dette er et område som bør kartlegges bedre for å finne ut om dette er representativt for gruppen av de yngste brukerne av psykisk helsevern for voksne.

Hvilke faktorer bidrar til en positiv opplevelse?

Det er stor grad av sammenfall i hvordan ungdommer vurderer et godt hjelptilbud. Ikke overraskende er relasjonen til hjelperen det viktigste. Faktorer som bevirker en god relasjon er at hjelperen kommuniserer respekt og tar ungdommens opplevelser på alvor, at behandler lar ungdommen ta opp vanskelige tema i sitt eget tempo, samtidig som han eller hun tar ansvaret for å bringe vanskelige tema på bane. En kontakt som er stabil og varer ved over tid er også viktig. Dette er komponenter som gjelder for de fleste grupper som søker hjelp i psykisk helsevern, men som vil være spesielt viktige i forhold til ungdom der det er vanskelig å oppnå en god allianse.

For ungdommene som har vært utsatt for traumatiske enkelthendelser har det vært til spesielt god hjelp å få vite hva som er vanlige reaksjoner på de opplevelsene de har hatt, og få konkrete råd om hva som kan dempe emosjonelt ubehag. I tillegg synes de som har fått delta i gruppetilbud at det har vært til god hjelp å møte andre i samme situasjon. Disse funnene er sammenfallende med våre kliniske erfaringer når det gjelder traumebehandling og med internasjonal litteratur på området. (Cohen et al., 2000, Dyregrov, 2001)

Hvilke faktorer bidrar til en negativ opplevelse?

På tvers av ungdom og årsaker til at de har søkt hjelp, fremheves de samme faktorene å bidra til en negativ opplevelse av hjelpen. En passiv behandler som sier lite og som spør de samme spørsmålene om og om igjen oppleves som negativ. Flere ungdommer opplever det som frustrerende å ikke få konkrete og klare svar på hva som er vanlige reaksjoner. Flertallet av ungdommer oppgir å ha fått liten eller ingen informasjon om tilbudet de skulle få på forhånd, de opplever også at de, i alle fall til å begynne med, opplevde at hensikten med behandlingen var uklart for dem. Dette er også sammenfallende med SINTEFs brukerundersøkelse (Andersson et al., 2005). SINTEF påpeker forbedringspotensialet i hjelpeapparatet på dette området. Mange av ungdommene i vår undersøkelse sier at de mangler klar og tydelig informasjon om målsetting og innhold i behandlingen, og om hvor lenge den skal vare. Ungdommene peker på at dersom det er meningen at de selv skal velge ut hva de skal arbeide med i timene, må de få et bilde av valgalternativene. For mange vil det være umulig å foreta et slikt valg uten å ha erfaring med et tilsvarende tilbud på forhånd. De trenger veiledning og råd om hva som vil kunne hjelpe i deres situasjon.

Ungdommene angir både i intervju og gjennom spørreskjema at det oppleves som lite meningsfullt dersom behandler blir for forsiktig med å ta opp det som er vanskelig. Det er i følge de unge i denne undersøkelsen for mange terapeuter som ikke går inn på det de unge selv presenterer som problemer. Det blir lett oppfattet som meningsløst dersom timens innhold går med til å snakke om hvordan de har hatt det siden sist, hvordan det går på skolen og hva de har gjort. Da blir fremdriften for dårlig. Dette kan lett føre til at ungdommenes motivasjon reduseres. En del kan synes dette er greit nok fordi det er godt å oppleve at noen vil høre på en. Men flere oppgir å føle seg snytt dersom behandler ikke går direkte inn på de reelle problemene, som for eksempel selvskading, problemer etter overgrep, søvn- og konsentrasjonsvansker. Ungdommene opplever både at de selv og terapeuten unngår å snakke om "det verste". Når behandler ikke tar ansvaret for å bringe dette på banen, blir det som kanskje skulle ha vært hovedfokuset for behandlingen liggende uberørt. Dette kan kjennes godt i første omgang men fører på sikt til at poenget med behandlingen blir uklart. Dersom ungdommene ikke får tydelig informasjon om hva behandlingen skal bestå i og hvorfor det er viktig å arbeide med det som oppleves som vanskeligst, mangler de også motivasjon for å gå inn på tema som vekker mye ubehag (Hackett & Mason, 2006).

For at det skal være et poeng i å snakke om det verste og vanskeligste, må den som søker hjelp oppleve at det faktisk hjelper, og ikke som en av ungdommene forteller i denne undersøkelsen at det bare blir verre etter samtalene med behandler, da blir det fort slutt på motivasjonen. Forklaring på hvorfor ubehag oppstår, innføring i teknikker som kan dempe dette ubehaget og trening på selvhjelpsteknikker er sentrale komponenter både for å oppnå bedring og for å vedlikeholde motivasjon. Å forklare terapi som egenomsorg og gi stressmestring for å få en bedre hverdag, kan både styrke opplevelse av autonomi og motivasjon for å gå inn på det som er vanskeligst. Det er avgjørende at unge mennesker får en klar forståelse for hva de skal gjøre hos behandleren og at denne forståelsen stemmer overens med det de faktisk gjør i timene (Panichelli et al., 2003). Svarene fra behandlerne i privat praksis tyder på at mange behandlere også er enige i dette. Samtidig kan den forholdsvis lave vektleggingen av opplæring i spesifikke metoder tyde på at denne siden ved behandling ikke tillegges nok vekt.

Det er en utfordring å kombinere brukermedvirkning og individuell tilpassning av behandling med bruk av kunnskapsbaserte metoder og behandlingsstrategier. For at barn og unge skal kunne delta aktivt i utformingen av sitt eget hjelpetilbud, er det nødvendig at de har en viss grunnkunnskap, både om sin egen tilstand og om de mulighetene som er tilgjengelige for å avhjelpe denne tilstanden. Erfaringene til de av våre respondenter som har deltatt i gruppetilbud for ungdom som har opplevd overgrep bekrefter dette. De forteller at nettopp kunnskapen om hvorfor de har reagert som de har gjort, og hva som kan hjelpe mot disse reaksjonene, har vært spesielt nyttig. Slik formidling av informasjon anbefales som god hjelp ved traumatiske opplevelser og står sentralt innenfor psykoedukative og kognitive behandlingsmodeller (Cohen et al., 2000). Informasjon er et sentralt virkemiddel blant annet for å gi oversikt, gjenopprette kontroll og dermed dempe uro og aktivering (Dyregrov, 2001). Brukermedvirkning på ungdommers premisser betyr ikke nødvendigvis at man avstår fra å bruke standardiserte og utprøvde behandlingsprogram, men at ungdommene får informasjon om innholdet i hjelpen og begrunnelsen for å bruke bestemte metoder.

Så mange som 7 av ungdommene i utvalget har erfaring fra innleggelse i sengepost innen psykisk helsevern og 5 av disse beskriver dette som ubehagelige eller svært ubehagelige opplevelser. Det de har opplevd som vanskelig er uro og for lite skjerming i sengeposten, og for lite informasjon om hva de kan vente seg av oppholdet på forhånd. Flere ungdommer opplever det også som meget ubehagelig å bli snakket til på en respektløs og irettesettende

måte, selv om som noen er inne på, at det kanskje er en faglig hensikt med å gjøre det. Det er mulig at behandlere anvender paradoksale teknikker i forhold til ungdommene, men for flere av dem som har deltatt i denne undersøkelsen, har denne måten å bli møtt på blitt opplevd som krenkende og smertefull.

Vi vet ikke om dette er spesielt for inneliggende tilbud og om dette er forskjellig fra polikliniske tilbud, men vi observerer at det utelukkende er de i vårt utvalg som har erfaringer fra døgnopphold som forteller om akkurat disse erfaringene. Ungdom som legges inn i psykisk helsevern vil være i en spesielt sårbar situasjon og vil kanskje også på grunn av oppholdets karakter være negativt innstilt til tilbudet. Men eksemplene som ungdommene gir på slik respektløs behandling deles av ungdom med forskjellige problemer som har blitt innlagt av ulike årsaker. Ubehaget de har opplevd knyttet til dette har vært så stort for flere av dem, at det er all grunn for dem som er ansvarlige for denne type behandling å vurdere dette virkemidlet. At ungdom er spesielt sårbare når de må legges inn, gir ekstra grunn til å tenke over dette. Dersom den røffe verbale behandlingsformen er en del av en planlagt behandlingsstrategi, kan det være grunn til å vurdere de faglige kriteriene for hvilke ungdommer en slik strategi fungerer i forhold til og hvilke ungdommer den ikke fungerer overfor.

Behandlernes perspektiv

I utgangspunktet var målsettingen å hente inn informasjon fra behandlere i privat praksis og i psykisk helsevern for barn og unge. Siden flertallet av ungdommene som deltok i intervjuundersøkelsen fortalte om erfaringer med det offentlige hjelpeapparatet og bare et mindretall fortalte om erfaringer med behandlere i privat praksis, hadde informasjon fra behandlere i offentlige deler av psykisk helsevern for barn og unge vært viktige data. Når så få respondenter valgte å besvare undersøkelsen, mens et relativt større antall av behandlere i privatpraksis besvarte skjema, er det grunn til å stille spørsmål ved om den måten spørreskjema ble distribuert på var årsaken til den store forskjellen i svarprosent. Spørreskjema til behandlerne i offentlig helsevesen ble sendt ut pr e-post, mens spørreskjemaene til behandlere ble sendt ut på tradisjonell måte via post med vedlagte og frankerte svarkonvolutter.

Resultatet av spørreskjemaundersøkelsen til behandlere i privat praksis viser at dette er en gruppe med lang klinisk erfaring. Flertallet av de som har besvart undersøkelsen har erfaring

fra oppfølging etter traumatiske opplevelser og hendelser, og selv om ikke alle har erfaring med ungdom, har flere likevel valgt å besvare spørreskjemaet. Svarene på spørreskjema tyder på at denne gruppen av behandlere på mange områder deler ungdommenes oppfatning av hva som er god oppfølging etter traumer og belastende opplevelser, og at behandlerne deler vurderingen de ansattes i skolehelsetjenesten gir av at tilbudet til ungdom i krise som utilfredsstillende. Flertallet vurderte tilbudet til ungdom i krise som mindre bra.

OPPSUMMERING OG ANBEFALINGER

Selv om vi ikke vet i hvilken grad disse resultatene er representative for andre ungdommers positive og negative erfaringer med hjelpeapparatet, er hovedtrekkene i tråd med både norsk og internasjonal litteratur på området. Resultatene bekrefter vår kliniske erfaring fra kontakt og arbeid med traumatisert ungdom. Barn og unge er en gruppe som sjelden kommer til orde som brukere av helsehjelp. På bakgrunn av de erfaringer og synspunkter som ungdommer og ansatte i skolehelsetjenesten har fremført, og vår erfaring fra arbeid på dette området vil vi komme med følgende anbefalinger og vurderinger:

- Det er viktig at ungdom vet hvor de kan henvende seg for å få hjelp både når de opplever akutte kriser og ved langvarige belastninger. Selv om de mottar informasjon om hjelpetilbud, vil det for mange ikke være tilstrekkelig til å ta kontakt. Fordommene mot å søke hjelp i psykisk helsevern kan enda være store blant ungdommer. God motivering fra voksne de har tillit til og som de møter i sin hverdag vil sikre at flere gjør seg nytte av eksisterende tilbud. Informasjon om tilbudet bør gjentas, gjerne med utfyllende informasjon om hva tilbudet går ut på.
- Det er viktig med et tilbud som er lett tilgjengelig, at det er lett å komme dit geografisk og at det er lett å komme til når en først er motivert. Det er også viktig at tilbudet kan være oppsøkende; mange vil trenge å bli kontaktet for ta del i hjelpetilbudet. Det er bekymringsfullt at mange av de ungdommene som sliter mest har de største problemene både med å søke hjelp og å nyttiggjøre seg hjelpen de får tilbud om. For disse blir det ekstra viktig med et oppsøkende tilbud.

Merknad [AD9]: Blant ungdommer??

- Spesialisthelsetjenesten oppleves av mange som utilgjengelig og for langt borte fra ungdommenes hverdag. Både ungdom og ansatte i skolehelsetjenesten ønsker at dette tilbudet skal være lettere å nå, for eksempel ved at spesialister med barnefaglig kompetanse i større grad samarbeider med ansatte i skolehelsetjenesten ute på skolene. Samtidig formuleres det også et sterkt ønske om at skolehelsetjenesten selv skal bli bedre i stand til både å oppsøke, kalle inn og følge opp flere ungdommer. Styrking av skolehelsetilbudet til ungdom med for eksempel psykolog eller psykiatrisk sykepleier og tettere samarbeid med spesialisthelsetjenesten kan gjøre dette mulig.
- Unge mennesker trenger tydelig og forståelig informasjon om innholdet i den hjelpen de får tilbud om, hvor lenge den skal vare og hva som er målsettingen med hjelpen. Dette er spesielt viktig for å etablere og vedlikeholde ungdommers motivasjon for behandlingen.
- Behandling som er målrettet og behandlere som klarer å gi ungdommene tid til å bli kjent med dem, samtidig som de tar ansvaret for aktivitet og innhold i timene, oppleves positivt. Passive, tilbaketente behandlere oppleves lett negativt, og ungdommene får problemer med å skjønne hensikten med behandlingen. Kombinasjonen mellom at behandler raskt tar ansvar for å fokusere på det ungdommen opplever som viktig og samtidig gir tid til å bygge opp en relasjon, har stor betydning.
- Det er behov for mer systematisk og nyansert kunnskap om hvordan ungdom med ulik grad av problembelastning opplever hjelpetilbudet. Rådene overfor vil sannsynligvis være tilpasset ungdom som har relativt god kontaktfunksjon, og som er i stand til å takle et visst emosjonelt ubehag. En del ungdom som får behandling innen psykisk helsevern vil ha store vansker både med å etablere og vedlikeholde en stabil relasjon til behandler, og til å tolerere at behandlingen vekker emosjonelt ubehag. For disse kan det oppleves som for overveldende å fokusere på vanskelige opplevelser. De vil ha behov for langvarig kontaktetablering og en gradvis hjelp til å bygge opp kontroll over følelsemessig ubehag. For rask og dirkete fokusering på det ”vanskeligste” uten en trygg relasjon vil føre til så mye ubehag at de ikke orker å delta i behandlingen. Samtidig vil også disse ungdommene ha forventninger om at hjelpen skal gi raske

Merknad [AD10]: innhold ikke innholdet

Merknad [AD11]: bare ulik ikke ulike

resultat, og de vil lett miste motivasjonen for å fortsette dersom dette ikke skjer. Disse ungdommene vil ha ekstra store behov for å bli møtt på en fleksibel måte, og hjelp for å opprettholde motivasjon. For de dårligste ungdommene vil det trolig bare være mulig å behandle belastende opplevelser i en døgnet. Mer kunnskap om hvordan ungdom med ulike diagnoser opplever både sine egne vansker og hjelpen de får, kan gjøre det lettere for behandlere å balansere mellom en direkte intervensjon og en mer gradvis tilnærming.

Merknad [AD12]: ungdommene ikke ungdommen

Merknad [AD13]: lettere ikke letter

- Vi vil foreslå at det utvikles et kurstilbud til behandlere som arbeider med ungdom med ulik grad av problembelastning, med fokus på motivering, relasjonsoppbygging og aktivitet, i kombinasjon med spesifikke hjelpemetoder og selvhjelpsmetoder som kan benyttes på traumeområdet. Et slikt tilbud bør utvikles gjennom et samarbeid mellom fagpersoner med traumekompetanse og fagpersoner med erfaring fra arbeid med kontaktsvake ungdommer og ungdom med alvorlig psykopatologi.

Merknad [AD14]: ulik ikke ulike

REFERANSER

- Andersson, H. W., Ose, S. O., & Sitter, M. (2005). *Psykisk helsevern for barn og unge – Behandlernes og brukernes vurderinger av behandlingstilbudet*. Rapport, SINTEF- Helse, Oslo/ Trondheim
- Bolton Oetzel, K., & Scherer, D., G. (2003). Therapeutic Engagement with Adolescents in Psychotherapy. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 40, 215-225.
- Borthne, R. (2003). Screening for psykiske plager i skolehelsetjenesten – et forsøk verdt? *Tidsskrift for den norske lægeforening*, 123, 2043–2044
- Ciarrochi, J., Deane, F. P., Wilson, C. J. & Wilson, D. R.. (2002). Adolescents who need help the most are the least likely to seek it: the relationship between low emotional competence and low intention to seek help. *British Journal of Guidance and Counselling*, 30, 173-188.
- Claveirole, A. (2003). Listening to young voices; Challenges of research with adolescent mental health service users. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 11, 253–260.
- Cohen, J. A., Berliner, L. & March, J. S. (2000). Treatment of Children and Adolescents. In Foa, E. B., Keane, T. M. & Friedman, M. J. (Eds.), *Effective Treatments for PTSD. Practice Guidelines from the International Society for Traumatic Stress Studies* (pp. 106–138). New York: The Guildford Press.
- Corrigan, P. (2004). How stigma Interferes with Mental Health Care. *American Psychologist*, 59, 614–625.
- Creed, T. A., & Kendall, P. C. (2005). Therapist Alliance-Buildning Behavior Within a Cognitive-Behavioral Treatment for Anxiety in Youth. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73, 498–505.
- Dyregrov, A. (2001). Telling the truth or hiding the facts. An evaluation of current strategies for assisting children following adverse events. *Association for Child Psychology and Psychiatry Occasional papers nr 17*, 25–38.
- Dyregrov, A. (2004). De tause behandlerne – Hvordan få bedre kontakt med ungdommer. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 41, 723–724.
- Dyregrov, K. (2006). Hvordan ønsker unge selvmordsutsatte å bli møtt av psykolog? *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 43, 787–794.

- Garcia, J. A., & Weisz, J. R. (2002). When Young mental health care stops: Therapeutic relationships problem and other reason for ending youth outpatient treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 70*, 2, 439–443.
- Hackett, S., & Masson, H. (2006). Young People who have Sexually Abused: What do they (and their parents) want from Professionals? *Children and Society, 20*, 183–195.
- Hanna, F. J., Hanna, C.A., & Keys, S. G. (1999). Fifty Strategies for Counselling Defiant, Aggressive Adolescents: Reaching, Accepting, and Relating. *Journal of Counselling and Development, 77*, 395–404.
- Hodne, I. (2003). Å nå frem og vise seg hjelpsom: Terapi med ungdommer og foreldre. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening, 40*, 379–389.
- Kvale, S. (1996). *Interviews. An introduction to qualitative research interviewing*. London: Sage publications.
- Kiselica, M. (2003). Transforming psychotherapy in order to succeed with adolescent boys. Male-friendly practices. *Journal of Clinical Psychology, 59*, 1225–1236.
- Malterud, K. (2003) *Kvalitativ metode i medisinsk forskning. En innføring*. Tano Aschehoug, Oslo.
- Power, T. J., Eiraldi, R. B., Clarke, A. T., Mazzuca, L. B., & Krain, A. L. (2005) Improving mental health service utilization for children and adolescents. *School Psychology Quarterly, 20*, 187–205.
- Roose, G. A., & John, A. M. (2003). A focus group investigation into young children's understanding of appropriate services for their age group. *Child: Care, Health & Development, 29*, 545–550.
- Sosial- og helsedirektoratet (2006). *Plan for brukermedvirkning – Mål, anbefalinger og tiltak i Opptrappingsplanen for psykisk helse*. Plan. IS-1315.
- Stormark, P. M. (2006) *Hvert 4. barn i krise uten hjelp*. Kronikk i Bergens Tidende, 08.05. 06.
- Zachrisson, H. D., Rødje, K., & Mykletun, A. (2006). Utilization of health services in relation to mental health problems in adolescent: A population based survey. *BMC Public Health, 34*, 6.
- Zwaanswijk, M., van der Eij, Verhaak, P. F., Bensing, J. M., & Verhulst, F. C. (2003). Factors associated with adolescent mental health need and utilization. *Journal of American Academy of Children and Adolescent Psychiatry, 45*, 692–700.