

Natalie Lervåg

Å ta ungdommen på alvor

En kvalitativ studie av lavterskeltilbudet "En som lytter" i Trondheim

Hovedoppgave i Profesjonsstudiet i psykologi

Veileder: Torbjørn Rundmo

Trondheim, oktober 2018

Natalie Lervåg

Å ta ungdommen på alvor

En kvalitativ studie av lavterskeltilbudet "En som lytter" i Trondheim

Hovedoppgave i Profesjonsstudiet i psykologi
Veileder: Torbjørn Rundmo
Trondheim, oktober 2018

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet
Fakultet for samfunns- og utdanningsvitenskap
Institutt for psykologi

Forord

Vinteren 2017 fikk jeg gleden av å være med på å starte opp ”En som lytter” i Trondheim. Dette er et prosjekt som har betydd mye for meg fra dag én, da jeg har hatt stor tro på at tilbudet fyller et behov blant ungdom som ikke tidligere har blitt dekket i samme grad. Det var derfor et naturlig valg da det kom til hovedoppgave å skrive om tilbudet, da jeg har et ønske om at det skal bli så bra som mulig. For at denne oppgaven skulle bli til, er det veldig mange som fortjener en takk. Først av alt vil jeg rette en stor takk til de seks modige informantene som har stilt opp og latt seg intervjuet. Uten dere ville aldri denne oppgaven blitt til. Jeg setter stor pris på tiden dere satte av til å delta, og på alt dere har valgt å dele med meg. Min veileder, professor Torbjørn Rundmo, fortjener også en stor takk. Takk for både reflekterte og konkrete tilbakemeldinger; disse har drevet oppgaven min fremover, og motivert meg til å fortsette når tankeprosessene har stått stille. Tusen takk til Maja Granli Jensen og resten av den flotte interesseorganisasjonen Mental Helse Ungdom (MHU). Dere har hatt troen på prosjektet fra starten, og det er dette som har inspirert meg til å bruke så mye tid på oppgaven som jeg har gjort. Gjennom Extrastiftelsen har dere også gitt meg økonomisk støtte til å rekruttere deltagere. Dette har betydd veldig mye for meg og prosjektet mitt. En stor takk rettes også til psykolog Martin Schevik Lindberg, som helt fra starten av har bidratt med innspill til prosjektet. Som en av de som er mest involvert i ”En som lytter”, har det vært veldig viktig for meg med støtte fra deg, og også fra de andre veilederne i ”En som lytter”. Tusen takk til dere alle! De seks studentterapeutene i ”En som lytter” har vært uvurderlige støttespillere. Det er takket være dere at jeg har kunnet rekruttere informanter til prosjektet mitt overhodet. I tillegg har dere alltid vært støttende og kommet med oppmuntrende ord, noe som har betydd mer enn dere aner. Jeg vil også takke Kompetansesenter for brukermedvirkning og tjenesteutvikling (KBT) for nyttige innspill i utviklingen av intervjuguiden. Takk også til førsteamanuensis Berit Overå Johannesen for gode råd angående bruk av tematisk analyse. Helt til slutt: Takk til samboeren min, familien min og vennene mine, for korrekturlesing, motiverende ord og gode klemmer. En spesiell takk går da til deg, Ragna Indrevåg, for din uvurderlige hjelp når det gjelder den visuelle utformingen av oppgaven.

Natalie Lervåg, oktober 2018

Sammendrag

Forekomsten av psykiske vansker blant unge mennesker ser stadig ut til å øke, og behovet for effektive tiltak er stort. Lavterskeltilbud er et eksempel på et tiltak som har som mål å forhindre at psykiske plager utvikler seg til å bli mer alvorlige og langvarige. I Trondheim ble lavterskeltilbudet ”En som lytter”, som tilbyr psykoterapi for ungdom mellom 16-25 år, startet opp i samarbeid mellom Mental Helse Ungdom (MHU), Trondheim kommune, og NTNU. Formålet med denne studien var å undersøke hva som fungerer bra og mindre bra ved dette tilbudet, samt hva som kjennetegner en terapeutisk samtale mellom en ungdom og en terapeut. Det ble gjennomført semistrukturerte intervjuer med seks ungdommer som hadde benyttet seg av tilbudet. Dataen ble analysert ved hjelp av tematisk analyse. Fire temaer ble da identifisert: Å bli tatt på alvor, Egenskaper ved terapeutene, Intervensjoner, og Tilgjengelighet. Å bli tatt på alvor viste seg å være et overordnet tema som må ligge til grunn for at tilbudet skal fungere overhodet. ”En som lytter” er et velfungerende tilbud som har hatt stor betydning i ungdommenes liv. I den terapeutiske samtalen er det viktigste av alt å gi ungdommen følelsen av at de blir hørt og forstått. Fremtidig forskning bør undersøke om ungdommen har nytte av tilbudet også på lang sikt. Det kan også være relevant å se på hvorvidt det er sammenheng mellom type problematikk og hvilke intervensjoner som oppleves nyttige.

Abstract

The incidence of mental health problems among young people seems to be continuously increasing, and there is a great need for effective measures. Low-threshold services is an example of a measure that aims to prevent psychological distress from becoming more serious and long-lasting. The low-threshold service “En som lytter”, which offers psychotherapy for adolescents between the ages of 16-25 years, started in collaboration between Mental Helse Ungdom (an organization that works with mental health in adolescents), Trondheim municipality, and NTNU. The purpose of this study was to investigate what works well and what could be improved in this service, as well as define what characterizes a therapeutic conversation between a youth and a therapist. Semi-structured interviews were conducted with six young people who had utilized the service. The data was analyzed by means of thematic analysis. Four themes were identified: To be taken seriously, Attributes of the therapists, Interventions, and Availability. Being taken seriously proved to be an overall theme, and must be the basis for the service to work at all. “En som lytter” is a well-functioning service that has been of great significance in the adolescents life. In the conversations, the most important of all is to give the adolescents the feeling that they are being listened to and understood. Future research should investigate whether the adolescents will benefit from the service in the long term. It could also be relevant to study whether there are correlations between the type of distress and the interventions found to be useful.

Innholdsfortegnelse

1. Innledning	13
1.1 Presentasjon av problemstilling	13
1.2 Psykiske vansker blant unge	14
1.2.1 Lav selvfølelse	15
1.2.2 Identitetsforvirring	16
1.2.3 Vansker med emosjonsregulering	17
1.3 Konsekvenser av psykiske vansker	18
1.3.1 Redusert livskvalitet	18
1.3.2 Frafall i videregående skole	18
1.3.3 Andre samfunnsøkonomiske konsekvenser	19
1.4 Forebygging	20
1.4.1 Hvilke muligheter finnes?	20
1.5 Hjelpesøking	22
1.6 Lavterskeltilbud	23
1.7 Psykoterapiforskning	25
1.7.1 Bruk av kvalitative metoder i psykoterapiforskning	26
1.8 ”En som lytter”	27
1.9 Oppsummering	28
2. Metode	31
2.1 Informanter	31
2.1.1 Rekruttering	31
2.2 Etske refleksjoner	31
2.2.1 Informert samtykke	32
2.2.2 Potensielle emosjonelle belastninger	32
2.2.3 Anonymitet og konfidensialitet	32
2.3 Datainnsamlingen	33
2.4 Tematisk analyse	33
2.4.1 De seks stegene i tematisk analyse	34
2.5 Reliabilitet og validitet	36
2.5 Reliabilitet og validitet	36
2.5.1 Reliabilitet	36

2.5.2 Validitet	37
2.6 Begrensninger ved kvalitative metoder	37
3. Resultater	39
3.1 Å bli tatt på alvor	40
3.1.1 Å anerkjenne behovet for noen å snakke med	40
3.1.2 Rom for å snakke om alt	41
3.1.3 Validering	41
3.1.4 Unngå bagatellisering	42
3.2 Egenskaper ved terapeutene	42
3.2.1 Studenter, ikke psykologer	43
3.2.2 Likhet	44
3.2.3 En fordel at terapeuten presenterer seg	44
3.2.4 Genuint interessert	45
3.3 Intervensjoner	45
3.3.1 Psykoedukasjon	46
3.3.2 Eksponering	46
3.3.3 Affektbevissthet	47
3.3.4 Å stille de gode spørsmålene	47
3.3.5 Appen ”Headspace”	48
3.3.6 Selvomsorg	48
3.3.7 Konkrete intervensjoner gir håp	48
3.4 Tilgjengelighet	50
3.4.1 Tilgang på informasjon	50
3.4.2 Rask hjelp	51
3.4.3 Stort behov	52
3.4.4 Hjelpesøking fasiliteres	53
3.5 Oppsummering	53
4. Diskusjon	55
4.1 Hvordan ”En som lytter” kan bruke resultatene	55
4.1.1 Informasjonsformidling og kontaktetablering	55
4.1.2 Gjennom terapiforløpet	57
4.1.3 Organisering av tilbudet	60
4.2 Begrensninger ved studien	62

4.3 Fremtidig forskning	62
5. Konklusjon	65
Referanseliste	67
Appendiks	
Appendiks 1: Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjekt	
Appendiks 2: Godkjenning fra NSD	
Appendiks 3: Intervjuguide	

1. Innledning

Psykiske vansker blant unge ser ut til å være et stadig økende samfunnsproblem i Norge (Folkehelseinstituttet, 2011), og behovet for effektive tiltak som ikke er altfor ressurskrevende, er derfor stort. Et eksempel på et slikt tiltak er lavterskeltilbud. Dette er tilbud innenfor psykisk helsevern som har som formål å forebygge og å fange opp psykiske plager tidlig, før de utvikler seg til å bli mer alvorlige og langvarige (Brunstad, 2016). En viktig komponent i mange av disse lavterskeltilbudene, er psykoterapi. Studier som omhandler lavterskeltilbud med psykoterapi for unge er viktig, slik at det kan opprettes tilbud som både er effektive, ressursbesparende, og som sørger for at de unge får den hjelpen de har behov for.

1.1 Presentasjon av problemstilling

Denne oppgaven har tatt utgangspunkt i lavterskeltilbudet ”En som lytter” i Trondheim, hvor unge mennesker mellom 16-25 år (heretter referert til som ungdommer) tilbys samtaler med studentterapeuter. Hovedformålet med oppgaven er å undersøke hvordan tilbudet oppleves ut i fra ungdommens perspektiv. Hva fungerer godt i tilbudet, og hva kan gjøres bedre/annerledes? Hva er det som kjennetegner en terapeutisk samtale mellom en ungdom og en terapeut? Ved å belyse disse spørsmålene, er målet å tilføre kunnskap om hvordan man kan skape et lavterskeltilbud som ved bruk av psykoterapi kan avhjelpe psykisk uhelse blant ungdom. Merk at denne studien omhandler ”En som lytter” i Trondheim. Det finnes også andre ”En som lytter”-filialer, men disse arbeider ikke nødvendigvis på samme måte som i Trondheim. Funnene i studien kan derfor ikke automatisk generaliseres til ”En som lytter” andre steder i landet.

For å gi en mer helhetlig forståelse av problemstillingen, presenteres først noen av de viktigste årsakene til utvikling og opprettholdelse av psykiske vansker blant unge, samt hvilke konsekvenser disse vanskene kan ha både for enkeltindivid og samfunn. Videre gjennomgås ulike former for forebygging. Deretter vises det til empiri som omhandler hjelpesøking blant unge, samt empiri som illustrerer hvordan lavterskeltilbud kan bidra til å forebygge psykiske vansker. I den forbindelse drøftes det også hvordan nytten av psykoterapi innenfor slike tilbud kan undersøkes. Til slutt gis en kort presentasjon av tilbudet ”En som lytter”. Med dette som

bakgrunnsinformasjon, vil det være lettere å sette seg inn i ungdommenes opplevelse av det konkrete lavterskeltilbudet som resten av denne oppgaven omhandler.

1.2 Psykiske vansker blant unge

Psykiske vansker er et vidt begrep, og omfatter både psykiske plager og psykiske lidelser. Psykiske plager er mindre alvorlige psykologiske symptomer som ikke er store nok til å fylle diagnosekriteriene til en psykisk lidelse, men som like fullt er plagsomme for den som opplever dem (Folkehelseinstituttet, 2011). Dersom disse plagene vedvarer, kan de bli mer alvorlige, og på sikt utvikle seg til å oppfylle diagnosekriteriene til en eller flere psykiske lidelser (Folkehelseinstituttet, 2011). Her er det viktig å påpeke at overgangen mellom psykiske plager og lidelser er flytende, og kan være vanskelig å definere. Derfor brukes psykiske vansker her som et samlebegrep, som både innebefatter psykiske plager og lidelser.

Prevalensen av psykiske vansker blant unge mellom 16-24 år er høyere enn i noen annen aldersgruppe (Mykletun, Knudsen & Mathiesen, 2009). Hos hele 3/4 av de som har en psykisk lidelse, starter den før fylte 25 år (Kessler, Berglund, Demler, Jin, Merikangas & Walters, 2005). I Norge er det hele 8 % av barn og unge som har en diagnostiserbar psykisk lidelse. I tillegg er det ca. 15-20 % av unge mennesker som har psykiske plager som på sikt kan føre til utvikling av en psykisk lidelse (Mykletun et al., 2009). Den vanligste psykiske lidelsen blant unge er angst, tett fulgt av depresjon. Angst og depresjon er emosjonelle vansker hvor symptomene oftest er mest merkbart for individet selv, som for eksempel engstelse og nedstemthet (American Psychiatric Association, 2000). Eksternaliserende lidelser, som atferdsforstyrrelser, forekommer også hyppig. Dette er lidelser hvor atferden ofte er preget av irritasjon og aggresjon rettet mot andre (Skogen & Torvik, 2013).

Det kan være mange årsaker til utvikling av psykiske vansker blant unge, og det er svært sjelden bare én årsak. I stedet er det et komplekst samspill mellom ulike faktorer som påvirker hverandre gjensidig (Patel, Flisher, Hetrick & McGorry, 2007). For eksempel kan lav sosioøkonomisk status føre til dårligere levevilkår eller manglende mulighet for utdanning, noe som øker sjansene for utviklingen av psykiske vansker (Earls, 2001). Omsorgssvikt og mistrivsel på skolen er eksempler på andre risikofaktorer (Patel et al., 2007). Dette er forhold som i stor grad må arbeides med på samfunnsnivå, og som ofte kan involvere instanser som skole, barnevern og lignende. Her gjennomgås imidlertid noen av de viktigste

individorienterte årsakene til psykiske vansker: lav selvfølelse, identitetsforvirring, og manglende emosjonsregulering. Kunnskap om disse faktorene kan være viktig i utviklingen av individuelle samtaletilbud, slik at relevante intervensjoner kan igangsettes så tidlig som mulig. Det skal like fullt understrekes at i et helhetlig tilbud må en også alltid ta med de samfunnsmessige forholdene i vurderingen av hjelpetiltak. For eksempel vil en, dersom det er snakk om omsorgssvikt og ungdommen er under 18 år, være lovpålagt å varsle om slike forhold (Barnevernloven, 1992).

1.2.1 Lav selvfølelse

Mange unge i dag har lav selvfølelse, og dette er ofte nært knyttet til psykiske vansker (Harter, 1993). Å ha lav selvfølelse innebærer en manglende opplevelse av egenverdi, samt tanker om å ikke være bra nok (Øiestad, 2009). Slike oppfatninger om å være verdiløs og mislykket, er et tankemønster som er typisk for de som er i ferd med å utvikle depresjon. Det kan se ut til at det er den lave selvfølelsen som forårsaker depresjonen, og ikke omvendt (Sowislo & Orth, 2013). Lav selvfølelse kan også øke faren for suicid (Harter, 1993).

Det er også andre negative konsekvenser knyttet til lav selvfølelse. Selv om det er noe mer inkonsistens i funnene som omhandler sammenhengen mellom lav selvfølelse og angstproblematikk, viser en metaanalyse at lav selvfølelse i alle fall til en viss grad kan predikere angstlidelser, som for eksempel generalisert angstlidelse og sosial fobi (Sowislo & Orth, 2013).

Både depresjon, generalisert angstlidelse og sosial fobi kan på sin side føre til tilbaketrekning og sosial isolasjon. Manglende sosial kontakt kan videre føre til at ungdommen går glipp av viktig sosial støtte fra venner og familie (Kawachi & Berkman, 2001). Sosial støtte gis gjennom positiv sosial interaksjon med andre mennesker, og det er en av de viktigste beskyttende faktorene for å unngå psykiske vansker (Cohen & Wills, 1985). Å arbeide med unges selvfølelse kan altså være forebyggende for både senere depresjon, suicid, og ulike angstlidelser. I tillegg kan det øke tilgangen på sosial støtte. Det bør derfor være en viktig del av arbeidet med unge mennesker.

1.2.2 Identitetsforvirring

At overgangen mellom barndom til ungdom og tidlig voksen alder er vanskelig, understrekes blant annet av Erikson (1963). Eriksons modell for psykososial utvikling presenterer åtte stadier man går gjennom i løpet av livet, hvor hvert stadium har en såkalt utviklingsoppgave som må løses (Erikson, 1963). I ungdomstiden er ungdommens utviklingsoppgave å finne sin identitet. Løses oppgaven dårlig, vil man oppleve det Erikson kaller en krise. I ungdomstiden vil denne krisen være identitetsforvirring.

Erikson regnes som grunnleggeren av moderne identitetsteori. Han hevder at vår identitet består av tre like viktige deler: den biologiske, den psykologiske og den sosiale delen. Disse tre komponentene virker sammen i et komplekst samspill, og utgjør vår opplevelse av hvem vi er, altså vår identitet. Erikson anser det å finne sin identitet som en av de mest omfattende utviklingsoppgavene mennesker skal gjennom i løpet av livet. Kroppslige endringer som følge av puberteten må aksepteres (det biologiske aspektet); man må finne ut hvem man er og hvordan man vil definere seg selv (det psykologiske aspektet), og man må definere hvilke sosiale relasjoner man vil ha (det sosiale aspektet av identitet). Dersom ungdommen klarer å integrere disse tre komponentene til en helhetlig identitet, vil de føle seg tryggere både på seg selv og sin rolle i samfunnet (Erikson, 1963). Om ungdommen derimot ikke mestrer en eller flere av disse aspektene ved sin identitet, for eksempel at de ikke klarer å finne en vennegjeng de føler tilhørighet til (den sosiale komponenten), kan dette blant annet føre til økt impulsivitet og rusmisbruk (Kidwell, Dunham, Bacho, Pastorino & Portes, 1995).

Ungdommen kan også få vansker med å løse den neste utviklingsoppgaven, hvor målet er å oppnå intime relasjoner med andre mennesker (Erikson, 1963). I dette inngår det både nære relasjoner til venner, samt evnen til å ha intime og seksuelle relasjoner til en partner. Oppnår de ikke intimitet, kan dette føre til sosial isolasjon, noe som øker faren for psykiske lidelser (Cohen & Wills, 1985). Å hjelpe ungdom med å forankre egen identitet, kan altså være viktig i forebyggingen av blant annet ruslidelser, depresjon og senere sosial isolasjon.

1.2.3 Vansker med emosjonsregulering

En annen viktig årsak til psykiske vansker blant unge, er problemer med emosjonsregulering (McLaughlin, Hatzenbuehler & Mennin, 2011). Emosjonsregulering dreier seg om hvordan egne følelser forstås, håndteres og responderes på for å oppnå egne mål (Thompson, 1994). God emosjonsregulering handler altså om å forstå og å takle egne følelser på en hensiktsmessig måte. Det kan for eksempel være å snakke med en venn når en er lei seg. De som sliter med emosjonsregulering, benytter seg imidlertid ofte av uhensiktsmessige strategier for å takle følelsene sine. Dette kan for eksempel være overspising eller selvskading (Skårderud, 2001).

Ungdomstiden er en sentral periode for utvikling av emosjonsregulering, da de nå i mindre grad enn tidligere kan få hjelp av foreldre eller andre voksenpersoner til å regulere egne følelser (Steinberg, Dahl, Keating, Kupfer, Masten & Pine, 2006). I stedet påvirkes de unge i større grad enn tidligere av jevnaldrende (Steinberg et al., 2006). Ungdom og unge voksne møter mange utfordringer som krever god evne til emosjonsregulering. Eksempler på dette er det å inngå i romantiske og seksuelle relasjoner til andre, og eksponering for bruk av rusmidler. Det kan også være en stressende opplevelse for mange ungdommer når de forsøker å finne sin plass i en gruppe (sosial identitet). Også dette øker risikoen for negativ affekt og emosjonell ustabilitet. For å håndtere de negative affektene, er god evne til emosjonsregulering en forutsetning (Larson, Moneta, Richards & Wilson, 2002). McLaughlin et al. (2011) fant at problemer med emosjonsregulering kan øke risikoen for både angst, spiseforstyrrelser og aggressiv atferd. Summen av dette understreker viktigheten av å hjelpe unge som opplever vansker med å regulere følelsene sine, til å håndtere dem på en mer hensiktsmessig måte.

Prevalensen av psykiske vansker blant unge er altså høy. Både lav selvfølelse, identitetsforvirring, og emosjonsreguleringsvansker, kan bidra til utvikling av psykiske vansker blant ungdom. Jo tidligere vi greier å stoppe den uheldige utviklingen av psykiske vansker, jo mer kan vi forebygge mot senere psykiske problemer (Paus, Keshavan & Giedd, 2008). Setter vi inn tiltak som kan bidra til økt selvfølelse, en tryggere identitetsforankring, og som gir bedre mestringsstrategier for emosjonsregulering, kan dette trolig forebygge for en rekke ulike psykiske vansker. Hvis dette ikke tas på alvor, kan konsekvensene bli store.

1.3 Konsekvenser av psykiske vansker

For å understreke viktigheten av å arbeide med forebygging mot psykiske vansker, gjennomgås noen av de mange konsekvensene slike vansker kan ha, både for enkeltindivid og samfunn. Disse kan være store og omfattende. Eksempler på konsekvenser er redusert livskvalitet, økt frafall i videregående skole, og store samfunnsøkonomiske belastninger.

1.3.1 Redusert livskvalitet

Psykiske vansker kan bidra til at de unges livskvalitet svekkes betraktelig (Espnes & Smedslund, 2009). Det er flere ulike måter å definere livskvalitet på (Wahl, Rustøen & Hanestad, 2000). For eksempel kan livskvalitet defineres som ”menneskers subjektive opplevelse av det gode liv” (Mastekaasa, Moum, Næss & Sørensen, 1988). Andre mener at objektive dimensjoner, som for eksempel sosioøkonomisk status, også bør inkluderes i livskvalitetsbegrepet (Ventegodt, Merrick & Andersen, 2003). Uenighet om definisjonen av begrepet, kan gjøre det noe vanskeligere å sammenligne ulike studier. En vurdering av både subjektive og objektive målinger, har imidlertid gitt solide resultater når det kommer til hva som definerer god livskvalitet.

Uavhengig av hvilken definisjon som er brukt, viser det seg at det ofte er en nær sammenheng mellom livskvalitet og dårligere psykisk helse, da disse påvirker hverandre gjensidig. Blant annet har man funnet at de som har angst, ofte har betydelig svekket livskvalitet (Mendlowicz & Stein, 2000). På individnivå ser vi dessuten både større grad av rusmisbruk, lavere sosioøkonomisk status og større vansker i nære relasjoner hos de som har hatt psykiske vansker i ungdomsårene og i tidlig voksen alder (Goodman, Joyce & Smith, 2011). Psykiske vansker blant unge øker også risikoen for dårligere både fysisk og psykisk helse senere i livet (Goodman et al., 2011). Alle disse faktorene kan ofte knyttes til lavere grad av opplevd livskvalitet enn andre (Espnes & Smedslund, 2009).

1.3.2 Frafall i videregående skole

Hvert år dropper 30 % av elevene ut av den videregående skolen. Det kan se ut til at mellom hver fjerde og hver femte av disse, gjør det på grunn av psykiske vansker (Markussen & Seland, 2012). Frafall fra videregående skole kan i sin tur føre til arbeidsledighet, som er en

risikofaktor for psykiske lidelser (Paul & Moser, 2009). At ungdommen slutter på skolen grunnet psykiske vansker, kan altså ha store ringvirkninger, og bidra til at ungdommens plager utvikler seg til å bli verre og mer langvarige. Tilstedeværelse på skoler har på sin side vist seg i mange tilfeller å være beskyttende for utvikling av psykiske helseplager (Freudenberg & Ruglis, 2007). Dette skyldes blant annet de mulighetene som oppstår når en tar høyere utdanning. Dessuten øker det å være til stede på skolen tilgangen på sosial støtte (Freudenberg & Ruglis, 2007), noe som ofte er avgjørende for god psykisk helse (Cohen & Wills, 1985). Å tilrettelegge for tilstedeværelse i skolen, er altså et viktig tiltak. Frafall i videregående skole har dessuten samfunnsøkonomiske konsekvenser. Senter for økonomisk forskning har funnet at samfunnet ville spart mellom 5,4 til 5,8 milliarder om frafallet hadde blitt senket med 10 % (Byrhagen, Falch & Strøm, 2006).

1.3.3 Andre samfunnsøkonomiske konsekvenser

Det er også flere grunner til at psykiske vansker blant unge er en stor samfunnsøkonomisk utfordring. Folkehelseinstituttet har funnet at psykiske vansker koster Norge 60-70 milliarder i året (Røsjø, 2014). Angst og depresjon er de to lidelsene som koster mest, og dette skyldes nok at det også er de to vanligste psykiske lidelsene i Norge (Røsjø, 2014). Utgiftene kommer både av direkte og indirekte kostnader. Et eksempel på en direkte kostnad er utgifter til behandling, noe som tilsvarer rundt 18,3 milliarder kroner hvert år (Mykletun et al., 2009). I tillegg kommer de indirekte kostnadene, som for eksempel utbetaling av sykemelding og uføretrygd til de som har psykiske lidelser. Utgiftene til uføretrygd ligger på rundt 84 milliarder kroner (Finansdepartementet, 2017). Tall fra Folkehelseinstituttet viser at det kan være snakk om at hele 40 % som mottar denne typen stønader, gjør det grunnet psykiske lidelser (Mykletun et al., 2009). Dessuten dør mange med psykiske lidelser tidligere enn andre, noe som også er kostbart (Røsjø, 2014).

Som vi ser, er altså konsekvensene av psykiske helseplager store for både enkeltindivid og samfunn. I tillegg til å redusere livskvalitet og føre til økt frafall i videregående skole, koster det samfunnet store ressurser blant annet på grunn av behandlingskostnader og utbetaling av uføretrygd. Disse konsekvensene viser oss at behovet for forebygging og effektive intervensjoner er stort. Selv om det vil koste å utvikle effektive forebyggingstiltak, vil det etter all sannsynlighet medføre en god del lavere kostnader enn det

psykiske vansker koster samfunnet i dag. Nedenfor drøftes ulike typer forebygging som benyttes for å motvirke konsekvensene av psykiske vansker blant unge.

1.4 Forebygging

Forebygging handler om å forhindre og å redusere ulike typer skader, sykdommer og problemer (Espnes & Smedslund, 2009). Forebygging er et begrep som ofte kan forveksles med helsefremming. I forebyggende arbeid ligger det implisitt et ønske om å forhindre at noe skjer. Helsefremming handler på sin side om å bedre livskvalitet, samt å øke mestring. Selv om begrepene er definert ulikt, er det likevel vanskelig å sette et tydelig skilletegn. For eksempel kan det å tilføre mestringsstrategier både forhindre at sykdom utvikler seg, men også være positivt og helsefremmende, i kraft av at det bedrer livskvaliteten, uavhengig av sykdomsutbrudd eller ikke (Espnes & Smedslund, 2009). Forebygging benyttes her som et vidt begrep, som også inkluderer helsefremmende tiltak.

Caplan (1964) deler forebygging inn i tre: primær-, sekundær- og tertiærforebygging. Primærforebygging er det som gjøres for å redusere risikoen for at et problem, en skade eller en sykdom oppstår. Dette skjer på samfunnsnivå, og kan for eksempel dreie seg om å lære skoleelever mestringsstrategier som kan minske risikoen for utviklingen av psykiske vansker. Sekundærforebygging er på sin side de tiltakene som iverksettes når en sykdom eller en skade har inntruffet. Mange ser på dette som det samme som behandling, men et viktig element her, er at om det skal kalles sekundærforebygging, må intervensjonene igangsettes tidlig. Tertiærforebygging er på sin side det som skjer etter at sykdommen eller skaden har gått over. Tertiærforebygging går altså kort sagt ut på å redusere faren for tilbakefall.

1.4.1 Hvilke muligheter finnes?

I sin rapport om forebygging av psykiske helseplager blant unge, anbefaler Folkehelseinstituttet (2011) en rekke ulike tiltak. Blant annet foreslår de å utvikle helsefremmende skoler, hvor målet er at alle elever trives og har et godt læringsmiljø. Dette innebærer både å sørge for at unge med lærevansker får den hjelpen de trenger, samt å sikre et trygt miljø hvor ingen elever opplever mobbing og/eller utestenging. Alle disse faktorene kan

spille inn og påvirke unges psykiske helse (Elliot, 1999), og helsefremmende skoler er derfor en viktig del av primærforebyggingen.

Lærerne og helsesykepleierne i skolen har dessuten et viktig ansvar for å følge opp ungdom som har det vanskelig (sekundærforebygging). Dette kan imidlertid kreve store ressurser som skolene dessverre ikke alltid innehar. Det blir også vanskeligere for skolene når frafallet i videregående er såpass høyt (Markussen & Seland, 2012). Dessuten kan mange unge ha såpass alvorlige plager at oppfølging fra skolen ikke er tilstrekkelig. I disse tilfellene kan individuell psykoterapi bli aktuelt.

Det finnes flere instanser som tilbyr psykoterapi for ungdom. Barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikker (BUP), som er en del av spesialisthelsetjenesten, kan gi et viktig bidrag når det gjelder individuell psykoterapi. Imidlertid kreves det en diagnose for å få behandling hos BUP (Spesialisthelsetjenesteloven, 1999). Dette fører til at mange unge ikke har mulighet til å få hjelp når de har behov for det, fordi plagene må utvikle seg til å bli en diagnostiserbar psykisk lidelse først. Dette kan resultere i at en ungdom med begynnende psykiske vansker ikke får hjelp i det hele tatt, eller først får hjelp når plagene har utviklet seg til å bli langt verre (Imenes, 2011). De ungdommene som har fylt 18 år, faller dessuten utenfor dette systemet. Denne gruppen må ofte ta kontakt med fastlegen sin for å be om henvisning til distriktpspsykiatriske sentre (DPS). Som i BUP kreves det også her en diagnose for å få hjelp (Spesialisthelsetjenesteloven, 1999).

Ansvar for forebygging og tidlige intervensjoner ligger i større grad hos kommunene enn hos BUP og DPS (Imenes, 2011). Kommunene kan tilby ulike former for psykoterapi, men hva kommunene kan tilby, varierer veldig fra sted til sted, mye grunnet store variasjoner i tilgang på ressurser. Dette skyldes blant annet at kommunene også skal prioritere systemrettet arbeid, som for eksempel forebygging på samfunnsnivå (Imenes, 2011). Det vil derfor være viktig å finne effektive løsninger som er til hjelp for de unge, og dermed også nyttig for kommunen å bruke ressurser på. For å finne disse løsningene, er man imidlertid først avhengig av å vite noe om hva som skal til for at ungdommen søker hjelp i utgangspunktet.

1.5 Hjelpesøking

Terskelen for å søke hjelp blant ungdom og unge voksne er høy (Mykletun et al., 2009), og særlig for de unge som har det vanskeligst (Laukkanen, Pylkkänen, Hartikainen, Luotoniemi, Julma & Aalberg, 2003). Dette er svært uheldig, da forebygging og tidlige intervensjoner viser seg å ha god effekt for mange av dem som får muligheten til å motta denne typen hjelp (Rickwood, Deane & Wilson, 2007). Dette understreker viktigheten av å gjøre hjelpesøking enkelt.

Innenfor hjelpesøking kan vi skille mellom individuelle og strukturelle faktorer som har betydning for om de unge søker hjelp eller ikke (Rickwood et al., 2007). Eksempler på individuelle faktorer er holdninger ungdommen har til hjelpesøking, mens strukturelle faktorer for eksempel kan være tilgjengeligheten av et tilbud.

I en modell som omhandler hjelpesøking blant unge, kommer det frem at både individuelle og strukturelle faktorer er viktige (Rickwood, Deane, Wilson & Ciarrochi, 2005). I denne modellen blir det å søke hjelp konseptualisert som en prosess som foregår i mange steg (Rickwood et al., 2005). Først må individet utvikle en bevissthet om at de faktisk har et problem. Dette avhenger av at det er nok tilgang på kunnskap om hvordan psykiske plager og lidelser kan utarte seg. Det er ikke alle unge som vet at slapphet, konsentrasjonsvansker og hukommelsesproblemer kan være symptomer på angst eller depresjon. For eksempel viste en studie at bare 34 % av norske 15- og 16-åringer oppsøkte hjelp, selv om de hadde alvorlige angst- eller depresjonssymptomer (Zachrisson, Rødje & Mykletun, 2006).

Videre må personen greie å sette ord på at de har et problem, og deretter ytre et ønske om hjelp fra andre. Først når ungdommen tror at de vil kunne klare å sette ord på det som er vanskelig, vil de forsøke å finne frem til tilbud som kan være passende for dem (Rickwood et al., 2007). Dette fordrer at ungdommen klarer å finne et tilbud som er relativt lett tilgjengelig for dem, slik at de ikke blir motløse.

Gulliver, Griffiths og Christiensen (2010) gjennomgikk systematisk 15 kvalitative og 7 kvantitative studier for å finne ut hva som kan hindre og hva som kan fremme at ungdom og unge voksne tar kontakt med hjelpeapparatet grunnet psykiske vansker. Også i denne studien kom det frem at manglende kunnskap om hvordan psykiske lidelser kan arte seg, var en grunn til at mange lot være å ta kontakt. I tillegg viste det seg at opplevde barrierer blant unge, var at de syntes det var pinlig og at de opplevde at det var stigma knyttet til å oppsøke hjelp. Dette

kan tyde på at samfunnet har et viktig arbeid å gjøre når det kommer til det å redusere tabu omkring psykiske lidelser. Det kan også bety at det å ta kontakt med fastlegen for å be om en henvisning, kan bli en så stor barriere at ungdommen lar være, fordi de opplever skam.

Gulliver et al. (2010) avdekket videre i sin metaanalyse at det er gjort svært få studier av hva som fasiliterer hjelpesøking blant unge. Den eneste faktoren de fant belegg for, var at noen ungdommer ble oppmuntret av andre til å ta kontakt. Rickwood et al. (2007) gjorde også lignende funn, og så at ungdommen som hadde nære familiemedlemmer eller venner å betro seg til, lettere søkte hjelp hos profesjonelle også. Like fullt vet vi lite om hva som fasiliterer hjelpesøking. Det kan tyde på at forskere i for liten grad har vært opptatt av å avdekke suksessfaktorene, og i stedet har konsentrert seg mest om å finne mulige barrierer. For å danne et helhetlig bilde av hvem som tar kontakt og ikke, er man imidlertid avhengig av å vite noe om begge deler.

Som vi har sett, er det svært viktig at ungdom får kunnskap om hva som kjennetegner psykiske vansker. Slik kan det bli lettere for dem å forstå at de trenger hjelp. Når de har oppnådd den forståelsen, er det viktig at det er tilgjengelige tilbud som kan ta i mot dem. Frykten for å bli stigmatisert er stor blant mange unge, og de kan ha behov for at ikke så mange vet om at de søker hjelp. En viktig satsning de siste årene har derfor vært å opprette lavterskeltilbud, som forsøker å imøtekomme mange av disse behovene. Her følger en presentasjon av forskning som er gjort på lavterskeltilbud som tilbyr psykoterapi for ungdom.

1.6 Lavterskeltilbud

Gjennom blant annet Helse- og omsorgstjenesteloven (2011) har kommunene fått et stort ansvar, både for å forebygge og med å bistå de som har psykiske helseplager. Et av satsningsområdene til mange kommuner, har derfor vært å opprette lavterskeltilbud. I begrepet lavterskeltilbud ligger det at det skal være enkelt å komme i kontakt med behandlere, som for eksempel psykologer. Det skal være et tilbud som kan nås uten at det må foreligge en henvisning, og det skal være gratis og lett tilgjengelig, både med tanke på beliggenhet og åpningstider (Rodal & Frank, 2008).

Lavterskeltilbud som legger vekt på at ungdommen blir hørt og tatt på alvor, har vist seg å ha god effekt (Melby, Ådnanes, Kassbøll, Kasteng & Ose, 2016). Videre viser forskningen til Melby et al. (2016) at det at tilbudet skal ha såkalt ”åpen dør”, hvor det ikke er

nødvendig med en fastsatt avtale, kan være viktig for at ungdommen skal ta kontakt. Studien trekker også frem hvor viktig det er at de som er ansatt eller arbeider med tilbudet, er dedikerte og har tid og muligheter til å følge opp ungdommen.

Bærum kommune var en av de første i Norge som prøvde ut et kommunalt lavterskel psykologtilbud for barn og unge (Brunstad, 2010). De tilbød både telefonkonsultasjoner, familierådgivning, individuelle terapitimer med enkle, kognitivt rettede intervensjoner, samt gruppetimer. De bisto også med henvisninger videre ved behov. I gjennomsnitt hadde hver pasient 3,25 timer. I en brukerundersøkelse brukte Brunstad (2010) ”Strengths and Difficulties Questionnaire” (SDQ), som er et spørreskjema som kartlegger psykisk helse og sosiale vansker (Goodman, 1999). I tillegg ble et eget utformet spørreskjema som omhandlet hjelpen som var blitt gitt, delt ut.

Brunstad (2010) fant at de fleste deltagerne hadde små til moderate vansker da de tok kontakt, og at dette stort sett dreide seg om emosjonelle vansker eller konsentrasjonsproblemer. Pasientene oppga at de hadde hatt disse plagene over et år før de tok kontakt, og at de skulle ønske at de hadde hatt muligheten tidligere. Videre fant Brunstad (2010) at ungdommen hadde en signifikant lavere skåre på SDQ ved avslutning av tilbudet, og en ytterligere lavere skåre fire måneder etter at tilbudet var avsluttet. Det skal sies at det ikke var noen kontrollgruppe med i denne studien, noe som vil være viktig i fremtidig forskning på slike tilbud.

En omfattende finsk studie understøtter også nytten av lavterskel samtaletilbud for unge. Dette er studien av et lavterskeltilbud som ble kalt ”SCREEN” (Laukkanen, Hintikka, Kylmä, Kekkonen & Marttunen, 2010). Hele 2071 ungdom deltok i prosjektet, hvorav 70 % av disse fullførte. Ungdommene fikk tilbud om mellom 1-5 samtaler, som inkluderte både et semistrukturert anamnestic intervju, det å sette opp en prioriteringsliste av ungdommens problemer, samt enkle intervensjoner, som forfatterne beskriver som ”kort, individuell psykoterapi” og ”støtteintervensjoner” (Laukkanen et al., 2010). ”Global Assessment Scale” (GAS) ble også fylt ut av de som arbeidet med ungdommen både før oppstart og etter avslutningen av tilbudet. Dette er en skala som brukes av klinikere for å angi grad av symptomtrykk og psykososial fungering, hvor 0 er ”svært dårlig” og 100 er ”utmerket” (Endicott, Spitzer, Fleiss, & Cohen, 1976). I samråd med psykiater fikk også noen ungdommer tilbud om å begynne på antidepressiva. Gjennomsnittsalderen for gutter var 17,1

år, og for jenter 17,3 år. Etter at dette samtaletilbudet var over, kunne ungdommen få viderehenvisning dersom det skulle vise seg å være behov for dette.

37 % av ungdommene som fullførte, ble bedre og hadde nytte av behandlingen (Laukkanen et al., 2010). Særlig gjaldt dette innen psykososial fungering. For jenter så man en økning i GAS-skåre på 3,8, fra 56,5 til 60,3; hos gutter var økningen også på 3,8, men fra 54,5 til 58,3 poeng. Selv om økningen var den samme, hadde jentene altså en høyere skåre på GAS i utgangspunktet.

Det finnes altså studier som dokumenterer effekter av ulike typer lavterskeltilbud (Brunstad, 2016; Laukkanen et al. 2010), men det er likevel enda noe usikkert nøyaktig hva det er disse tilbudene består av som gjør at de fungerer. For eksempel er intervensjonene som beskrives i studiene, noe vage. Hva ligger det eksempelvis i det å igangsette ”enkle, kognitivt rettede intervensjoner” eller ”kort, individuell psykoterapi”? Hva er det ungdommen får i et lavterskeltilbud som gjør at de føler seg bedre? Hva er det som sies eller gjøres som har betydning for ungdommen? En av grunnene til at svarene på disse spørsmålene ofte kan være noe utfordrende å få tak på, er trolig vanskene som følger av det å gjøre psykoterapiforskning.

1.7 Psykoterapiforskning

Det er flere grunner til at det å gjøre forskning på effekten av ulike typer psykoterapi, kan være utfordrende. Dette skyldes at terapitilbudet alltid vil være bare en av mange faktorer som spiller inn i pasientens liv, og det kan være vanskelig å vite hva som er forårsaket av terapien og hva som skyldes andre faktorer (Ryum & Øveraas, 2014). Videre kan det være krevende å finne en god måte å måle effekter på. Skal man se på mål for livskvalitet, på symptomtrykk eller på funksjonsnivå? Skal man spørre pasienten selv, terapeuten, eller kanskje en uavhengig observatør? Alle disse spørsmålene må tas stilling til, og dette resulterer i en rekke ulike metoder å velge mellom, noe som i sin tur fører til at det blir vanskeligere å sammenligne ulike studier med hverandre (Ryum & Øveraas, 2014).

De som forsker på effekten av psykoterapi, skiller ofte mellom ”efficacy” og ”effectiveness” (Weisz & Jensen, 2001). ”Efficacy” av psykoterapi måles når man gjennomfører nøye kontrollerte studier i en forskningssammenheng, hvor terapeutene er forskere og trent i en bestemt terapiretning. ”Effectiveness” handler på sin side om de effektene man finner når man studerer ulike typer klinisk praksis. Innenfor de strengt

kontrollerte studiene har man funnet betydelige effektstørrelser, mens studier av ”effectiveness” viser lite eller ingen effekt (Weisz & Jensen, 2001). Dette kan peke i retning av at det er viktig med svært strukturerte terapiopplegg hvor man følger manualer og holder seg ”til boka”, slik man er avhengig av i et kontrollert studie (Weisz & Jensen, 2001; Weisz, Donenberg, Han & Kaunecki, 1995). Dette kan være en utfordring, da selv manualbaserte terapiformer kan utarte seg på ulike måter. Manglende ”effectiveness” kan på sin side handle om at vi har for dårlige metoder når vi måler effekten av psykoterapi utenfor laboratoriet. Mange forskere har derfor i større grad enn tidligere gjort bruk av kvalitative forskningsmetoder.

1.7.1 Bruk av kvalitative metoder i psykoterapiforskning

Organisasjonen American Psychological Association (APA) sin rapport om evidensbasert praksis, understreker viktigheten av å undersøke den subjektive opplevelsen av terapi fra pasientenes side (American Psychological Association, 2006). En god måte å gjøre dette på, er ved bruk av kvalitative metoder. Det å bruke en kvalitativ tilnærming til opplevelse av endring hos brukeren, kan trolig være et viktig supplement til den allerede eksisterende kvantitative forskningen på behandlingseffekt. Kvalitative metoder egner seg godt når man ønsker å utforske opplevelser og subjektive erfaringer (Howitt, 2013). Da analysene ofte er basert på intervjuer eller observasjoner, har man en unik mulighet til å få innsikt i hvordan pasienten selv gir mening til det de har opplevd.

Binder, Holgersen og Nielsen (2009) gjennomførte en slik kvalitativ studie av endring forårsaket av psykoterapi. De intervjuet ti voksne som tidligere hadde mottatt psykoterapeutisk behandling, og som mente at denne behandlingen hadde hatt suksess. Binder et al. (2009) gjorde en fenomenologisk analyse av materialet. I denne studien var det pasientene selv som fikk komme til orde; det var altså pasientene som fikk definere hva som hadde betydd noe for dem og hvordan de mente terapien hadde virket for dem.

Pasientene som ble intervjuet, la stor vekt på det å kunne ha en relasjon til noen som var både varm og kompetent. Samtidig var de opptatt av at terapien hadde gitt dem en følelse av kontinuitet som de ellers ikke opplevde i livet. De mente også at det hadde vært viktig for dem at terapeuten hadde hjulpet dem til å se mønstre i eget liv de selv ikke var klar over (Binder et al., 2009).

Selv om det finnes en rekke kvalitative studier av psykologiske fenomener blant barn og unge, som for eksempel hvordan ungdom forklarer sin egen spiseforstyrrelse (Skårderud, 2007), finnes det nesten ingen kvalitative studier av barn og unges opplevelse av å motta psykoterapi, og av hva de mener har betydning (Midgley, 2004). Dette kan bety at vi går glipp av store mengder viktig informasjon om hva ungdommen selv opplever og erfarer når de oppsøker hjelp. Uten kunnskap omkring dette, kan vi risikere å gjøre for lite av det ungdommen trenger, og i stedet igangsette intervensjoner som ikke gir mening for ungdommen selv.

For å belyse min problemstilling nærmere, er det derfor helt naturlig å gå til de som har førstehåndskjennskap til dette: brukerne selv. Studier som omhandler selve brukernes opplevelse av å benytte et tilbud, kan være viktig for å i enda større grad skreddersy lavterskel samtaletilbud slik at de kan gagne flest mulig unge mennesker. Hva bør videreføres, og hva kan gjøres annerledes? Her følger en kort presentasjon av ”En som lytter” i Trondheim, som er det lavterskeltilbudet resten av denne oppgaven skal omhandle.

1.8 ”En som lytter”

”En som lytter” er et gratis lavterskel samtaletilbud for ungdom mellom 16-25 år. Tilbudet ble opprettet etter initiativ fra interesseorganisasjonen Mental Helse Ungdom (MHU) i samarbeid med Trondheim kommune. MHU fikk støtte gjennom Extrastiftelsen til å starte et slikt lavterskeltilbud i universitetsbyene hvor det er psykologutdanning. I Trondheim ble ”En som lytter” et samarbeid mellom MHU, Trondheim kommune og Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet (NTNU). Mens MHU har representert brukerne, og blant annet arbeidet med brukermedvirkning i prosjektet, har Trondheim kommune sørget for veiledere, som er psykologer og psykologspesialister ansatt i kommunen. NTNU er representert ved 5-6 viderekomne psykologstudenter. Disse studentene møter ungdom som ønsker noen å snakke med en gang i uka i Trondheim kommunes lokaler. Ungdommene tar kontakt via et registreringsskjema på nett. Informasjon om tilbudet er blant annet distribuert på sosiale medier som Facebook, på plakater og i brosjyrer. Helsesykepleiere på videregående skoler og fastleger i Trondheim har også blitt oppfordret til å spre informasjon om tilbudet til aktuelle brukere.

Hovedformålet er å ta i mot det ungdommen har å fortelle på en empatisk måte, gi dem en god erfaring med å oppsøke hjelp, samt normalisere vanskelige tanker og følelser. Studentterapeutene er opptatt av å møte ungdommen ”der de er”. Dette kan beskrives som å få tak i ungdommens prosjekt (Bengtson, 2016). Studentterapeutene tilpasser derfor samtalene til det ungdommen har behov for. Terapeutene kan også hjelpe ungdommen med henvisning videre dersom det kommer frem at ungdommen trenger mer hjelp enn ”En som lytter” kan tilby.

Det er ulike terapeuter som har gitt behandling, og de har ikke forholdt seg til noen strukturert form for terapiretning. I stedet har de benyttet en eklektisk tilnærming, hvor de har valgt teknikker og metoder de mener passer ungdommen og den problematikken den enkelte har. For de fleste har psykoedukasjon vært en viktig del av behandlingen. Psykoedukasjon går ut på å undervise og å fortelle pasienten om symptomer og om psykiske vansker, og hva som kan være årsakene til og konsekvensene av disse (Martinsen & Hagen, 2012).

I tillegg tilbyr terapeutene blant annet enkle, kognitivt rettede intervensjoner som sortering av tanker og følelser. Noen av terapeutene har også lært bort mindfulness-teknikker. Mindfulness er kort sagt å være til stede i øyeblikket, uten å la seg distrahere av smerte, bekymringer eller andre ting som kan være forstyrrende (Germer, 2004). Hvilke intervensjoner som er brukt, vil derfor variere, både fordi det er ulike terapeuter, og også fordi ungdommen har veldig forskjellig type problematikk.

Siden oppstart i mars 2017 har 221 brukere tatt kontakt med tilbudet. Av disse har 138 ungdommer hatt samtaler med studentterapeutene, med et gjennomsnittlig antall samtaler på 3 (Gulbrandsen, 2018; Furuholmen, 2017). Det er med andre ord et tilbud som svært mange har benyttet seg av allerede.

1.9 Oppsummering

Psykiske vansker blant unge er svært utbredt, og et viktig satsningsområde har vært å opprette lavterskeltilbud som er kostnadseffektive og som kan tilby kortvarig og effektiv behandling. Ved å sette inn tiltak på et tidlig stadium, er håpet at disse lavterskeltilbudene skal redusere faren for at ungdom utvikler mer alvorlige psykiske lidelser. Dette vil ha positive konsekvenser for både enkeltindivid og samfunn. Vi vet enda ikke nøyaktig hva i disse lavterskeltilbudene som er viktig å videreføre, og forskning på dette området er derfor høyst

relevant. Formålet med denne oppgaven er å undersøke hvilke erfaringer ungdommer har med lavterskeltilbudet ”En som lytter” i Trondheim, samt deres opplevelse av å ha samtaler med en studentterapeut.

2. Metode

2.1 Informanter

Utvalget besto av seks ungdommer som har benyttet seg av samtaletilbudet ”En som lytter”. Alle hadde hatt tre eller fire samtaler med en studentterapeut i løpet av vinteren eller våren 2018. Dette var et bekvemmelighetsutvalg, da informantene var valgt ut i fra hvem som var mest tilgjengelige (Langdridge, 2006). Det var like fullt også strategisk, da deltagerne som ble plukket ut hadde hatt tre-fire samtaler med studentterapeuter. Dette skyldes et ønske om at deltagerne skulle ha en del erfaringer med tilbudet. At de hadde hatt såpass mange samtaler, ga også muligheten til å følge dem gjennom hele prosessen fra de fikk høre om tilbudet, og til de forberedte seg på å avslutte tilbudet. Det ga dem også muligheten til å si noe om en eventuell opplevelse av endring. For å delta, mottok de et universalgavekort på 500 kr. Gavekortet ble sponset av MHU gjennom Extrastiftelsen.

2.1.1 Rekruttering

De seks ungdommene i studien ble forespurt av sin studentterapeut på slutten av andre eller tredje samtale om de ønsket å delta. De fikk utdelt skriftlig informasjon om prosjektet, samt informasjon om hva forskningsprosjektet ville innebære for dem (se appendiks 1). De fikk vite at de kunne ta direkte kontakt dersom de ønsket å delta. Dette skulle forhindre at ungdommene følte seg presset til å være med i prosjektet. Det ble ikke rekruttert ungdommer som har vært i terapi hos prosjektansvarlig.

Innenfor tematisk analyse, som er den analysemetoden som benyttes i denne oppgaven, anbefales det å benytte mellom fem og ti informanter (Braun & Clarke, 2006). Dette gir et rikt datamateriale som kan benyttes til å besvare problemstillingen. Seks informanter ble derfor ansett å være et passende antall i denne studien.

2.2 Etiske refleksjoner

Det er en rekke etiske refleksjoner knyttet til det å gjennomføre en datainnsamling. Dette inkluderer både å innhente informert samtykke, å ta hensyn til potensielle emosjonelle

belastninger, samt ivaretagelse av anonymitet og konfidensialitet (Kvale & Brinkmann, 2015). Prosjektet er meldt til og godkjent av Norsk senter for forskningsdata (NSD) (se appendiks 2).

2.2.1 Informert samtykke

Å gi grundig informasjon om formålet med og gjennomføringen av datainnsamlingen, er viktig, slik at deltagerne vet hva de eventuelt samtykker i. I tillegg til at ungdommene hadde fått skriftlig informasjon om prosjektet, ble informasjonen derfor også gjennomgått muntlig i møte med ungdommen. Det ble understreket at det var frivillig å delta, og at de kunne trekke seg når som helst i løpet av intervjuet uten konsekvenser. Det ble informert om at intervjuet ville bli tatt opp, men at opptakene slettes etter at analysene er ferdig. Deltagerne signerte skjema om informert samtykke før lydopptaket ble startet.

2.2.2 Potensielle emosjonelle belastninger

Det var viktig at ungdommene ikke skulle oppleve emosjonelle belastninger av å delta i prosjektet. Mange av ungdommene har kommet til "En som lytter" med tematikk de synes det er vanskelig å snakke om, og de har betrodd seg til en terapeut de har følt seg trygg på. Før intervjuene ble gjennomført, ble det understreket at de ikke skulle fortelle om problemene sine, da forskningen handler om opplevelsen av tilbudet, og ikke om deres personlige utfordringer.

2.2.3 Anonymitet og konfidensialitet

Alle lydopptakene og de transkriberte intervjuene ble forsvarlig oppbevart for å ivareta deltagerens anonymitet. Det er kun undertegnede og veileder som har hatt tilgang til disse dataene. Under transkriberingen ble alle navn eller andre personidentifiserende opplysninger fjernet. Lydopptak og datamateriale vil bli slettet innen 15.10.2018. Deltagerne ble også informert om at undertegnede har taushetsplikt.

2.3 Datainnsamlingen

Dataen ble samlet inn ved hjelp av semistrukturerte intervjuer med hver av de seks deltagerne. Semistrukturerte intervjuer gir gode muligheter for å samle inn rike og deskriptive data. Målet er å få tak på deltagernes perspektiver og opplevelser (Kvale & Brinkmann, 2015). Intervjuene ble gjennomført ved hjelp av en intervjuguide bestående av en rekke ulike åpne spørsmål (se appendiks 3). Spørsmålene ble utarbeidet med tanke på å belyse hva ungdommene synes har fungert bra og mindre bra med tilbudet, samt hva de mener kjennetegner en terapeutisk samtale. De første spørsmålene i intervjuguiden omhandlet hvordan deltagerne fikk informasjon om tilbudet, og om hvordan de tok kontakt. Videre dreide spørsmålene seg om hva de tenkte før første time, og hvordan det var å møte terapeuten. Deretter handlet spørsmålene om hva som har vært viktig i samtalen. I dette inngår det for eksempel spørsmål om hvorvidt terapeuten har sagt eller gjort noe som de mener har hatt betydning eller som har ført til endring. Til slutt gikk spørsmålene på hva som opplevdes bra og mindre bra ved tilbudet i sin helhet.

En intervjuguide gir en rekke ulike forslag til spørsmål, men man står fritt til å endre rekkefølgen på disse, samt å legge til eller trekke fra spørsmål alt ettersom det passer med det informanten forteller (Kvale & Brinkmann, 2015). Rekkefølgen på spørsmålene var derfor noe forskjellig fra intervju til intervju.

Intervjuguiden ble utviklet av meg i samarbeid med min veileder, samt en psykolog fra Trondheim kommune som har vært aktiv i utviklingen av ”En som lytter”. Kompetansesenter for brukermedvirkning og tjenesteutvikling (KBT) har også bidratt med innspill. Intervjuene hadde en varighet på mellom 30-60 minutter, og de ble gjort lydopptak av.

2.4 Tematisk analyse

Datamaterialet ble analysert ved hjelp av den kvalitative tilnærmingen tematisk analyse. Det finnes flere beskrivelser av hvordan en skal gå frem når en foretar en tematisk analyse (Howitt, 2013; Fereday & Muir-Cochrane, 2006; Aronson, 1995). Her benyttes imidlertid Braun og Clarkes fremgangsmåte (Braun & Clarke, 2006; Clarke, Braun & Hayfield, 2015).

Tematisk analyse er en fleksibel metode som egner seg godt for å identifisere og å analysere ulike temaer i et datamateriale (Braun & Clarke, 2006). Et tema sier noe viktig om dataen. At det er viktig, betyr at det er relevant for problemstillingen. Målet er å få tak på utfyllende beskrivelser fra informantene og å gruppere disse inn i ulike temaer. Disse temaene skal sammen belyse problemstillingen i prosjektet. Den tematiske analysen gir altså både rom for å få tak på konkrete beskrivelser fra informantenes side, men også rom for forskeren til å tolke det informantene har sagt og å plassere dette inn i en bredere sammenheng (Braun & Clarke, 2006).

Tilnærmingen til dataen er en essensialistisk-realistisk, induktiv, og semantisk tematisk analyse. En essensialistisk-realistisk tilnærming er den vanligste formen for tematisk analyse, hvor erfaringene, opplevelsene og meningene til informanten står i sentrum (Braun & Clarke, 2006). Et alternativ til denne retningen, er en konstruksjonistisk analyse, hvor målet er å forstå opplevelser og erfaringer ut i fra ulike diskurser som råder i samfunnet. Med bakgrunn i problemstillingen, anses den første innfallsvinkelen som mest hensiktsmessig for å kunne vurdere et lavterskeltilbud, og for å kunne gi konkrete tilbakemeldinger til de aktørene som er involvert.

Det er brukt en datadreven, induktiv tilnærming, som tar utgangspunkt i dataen for å se hvilke temaer som blir aktuelle (Braun & Clarke, 2006). Den deduktive, teoridrevne innfallsvinkelen ser på sin side etter allerede bestemte temaer i et datamateriale. Dette avhenger av at man har satt seg inn i tidligere forskning. Det anses som mest hensiktsmessig å velge en induktiv tilnærming, blant annet fordi det ikke er gjort forskning på "En som lytter" tidligere.

Denne tematiske analysen var semantisk. Det betyr at det deltagerne sier, presenteres eksplisitt. Selv om det gjøres fortolkninger av dataen, tar analysen altså stort sett utgangspunkt i det informantene sier, fremfor å lete etter den underliggende meningen, slik det gjøres i en latent tematisk analyse (Braun & Clarke, 2006).

2.4.1 De seks stegene i tematisk analyse

Den tematiske analysen foregår i seks ulike steg. Denne oppskriften trenger ikke nødvendigvis å følges slavisk, men det er nyttig å ha et slikt rammeverk å forholde seg til. Her gjennomgås det hvordan de ulike stegene er arbeidet med.

Det første steget er å gjøre seg kjent med datamaterialet. De semistrukturerte intervjuene ble derfor grundig transkribert. Lydopptakene ble også nøye lyttet til. Deretter ble transkripsjonen grundig gjennomlest flere ganger. På den måten var det mulig å gjøre seg godt kjent med datamaterialet, noe som er nødvendig for videre analyse.

Neste steg er å kode datamaterialet. Det vil si å gi en slags ”merkelapp” til hvert utsagn. Dette foregår ved å lese hver enkelt setning, og så finne ut hva denne setningen kan fortelle noe om. Setningen får så et ord eller en frase som kan oppsummere det som er blitt sagt. Noen ganger ble også flere setninger etter hverandre kodet sammen, fordi de innholdsmessig var så nært knyttet til hverandre. For hver setning som ble analysert, ble det vurdert om den kunne passe inn i en kode som allerede var laget, eller om det burde lages en ny kode. I tillegg til at nye koder stadig ble dannet, ble også koder slått sammen, splittet opp eller fjernet etter hvert som analyseprosessen skred frem. For eksempel ble koden ”presentasjon” delt opp i to koder som ble kalt ”presentasjon av tilbudet” og ”presentasjon av terapeuten”. Til slutt gjensto et dokument hvor hver kode hadde flere utsagn som underbygget koden.

Neste steg går ut på å lete etter temaer. Her ble kodene gruppert i hovedtemaer og undertemaer. Dette er en omfattende og viktig prosess. Her dreier analysen seg om å se sammenhengen mellom ulike koder. Koder som handlet om det samme, ble gruppert sammen slik at de dannet temaer, og etter hvert undertemaer. For eksempel ble koden ”kjennskap til tilbudet” en del av undertemaet ”tilgang på informasjon”, som på sin side ble en del av temaet Tilgjengelighet.

Neste fase i en tematisk analyse er å foreta en gjennomgang av temaene. Denne fasen gikk ut på å gjennomgå de temaene som hadde kommet frem for å se om de holdt mål. Dette ble gjort ved å vurdere temaene opp mot datamaterialet, for å sjekke om det viktigste var fanget opp, og at det heller ikke var utelatt noe viktig fra et tema. Her ble for eksempel undertemaet ”ønske om noe mer”, lagt til under Tilgjengelighet, da det kom frem i gjennomgangen at dette var svært viktig for mange ungdommer, og at det dermed burde komme tydeligere frem i resultatdelen.

Neste steg i analysen er å navngi og å skrive om hvert tema. Her kom det frem at det foreløpige navnet på det ene hovedtemaet, Kompetanse, ikke var beskrivende nok for innholdet. Derfor ble temanavnet endret til Egenskaper ved terapeutene, som i større grad dekket innholdet i temaet. Videre ble relevante utsagn som passet inn i rapporten samlet under

hvert tema. De sitatene som aller tydeligst illustrerte temaet, ble valgt ut først. Deretter ble intervjuene gjennomgått enda grundigere, for å fange opp enda flere sitater som kunne underbygge eller fortelle noe viktig om temaene.

Siste fase er å skrive rapporten. Dette innebar å samle trådene og å gjøre analysen mer helhetlig og oversiktlig. Det gikk også ut på å finne relevant empiri som kan forklare noen av funnene nærmere, samt å diskutere temaene opp mot empiri og praksis. Dette ga muligheter til å finne ut mer om relevansen av problemstillingen, og hvordan resultatene kan komme til nytte fremover.

2.5 Reliabilitet og validitet

Både reliabilitet og validitet er begrep som i utgangspunktet er utviklet innenfor naturvitenskapen og det kvantitative metoderammeverket (Howitt, 2013). Både reliabilitet og validitet skal sørge for at forskningen holder høy standard. Dette er naturlig nok viktig innenfor de kvalitative metodene også (Howitt, 2013). Det kan imidlertid være noe utfordrende å bruke de samme opprinnelige definisjonene av begrepene, da både datainnsamlingen og -analysen er såpass forskjellig fra de kvantitative metodene. Like fullt handler reliabilitet og validitet også i kvalitativ forskning om å sikre kvalitet, både med tanke på hvordan man samler inn, analyserer, tolker og fremstiller dataen (Howitt, 2013). Her presenteres det hvordan det er mulig å sikre høy reliabilitet og validitet i en kvalitativ studie.

2.5.1 Reliabilitet

I følge Howitt (2013), handler reliabilitet aller mest om hvorvidt resultatene av studien er etterprøvbare. Ville for eksempel en annen forsker fått noenlunde de samme svarene av ungdommen som det som har kommet frem i denne analysen, og ville forskerne tolket resultatene noenlunde likt? I en kvalitativ studie med semisrukturerte intervjuer, vil det aldri være mulig å få nøyaktig de samme resultatene to ganger. Både den som intervjuer og den som intervjues, vil både bevisst og ubevisst la seg påvirke av hverandre, og dette kan ha konsekvenser for hvilke resultater som kommer frem. Ved å synliggjøre hvilken intervjuguide en har brukt, og hvordan en har gått frem for å tolke resultatene, er det likevel mulig at andre forskere vil komme til noenlunde de samme resultatene igjen. Beskrivelsen av hvordan

intervjuene og analyseprosessen er gjennomført, presenteres derfor for å styrke reliabiliteten til forskningen, og for å gjøre den mer etterprøvbart om ønskelig.

2.5.2 Validitet

Innenfor det kvantitative rammeverket, handler validitet om å finne ut om en undersøkelse måler det den har hevdet at den skal måle (Howitt, 2013). Innenfor det kvalitative rammeverket kan dette bli en noe vanskeligere definisjon å forholde seg til, da det implisitt i en slik definisjon inngår at det finnes en fasit på hva som skal måles og ikke. Innenfor kvalitativ metode er derfor validitet i større grad knyttet til å kvalitetssikre at analysen som er valgt, passer til den dataen man ønsker å samle inn. Det er altså ikke en vurdering av hvorvidt dataen som er innhentet, er relevant eller ikke (Howitt, 2013).

Forskere innenfor kvalitativ metode, er opptatt av troverdighet, også kalt indre validitet (Howitt, 2013). Det dreier seg om i hvilken grad man som forsker er i stand til å reflektere det som utvalget ønsker å formidle. Dette krever en nøye gjennomtenkt intervjuguide, slik at det som er relevant og viktig for forskningsspørsmålet kommer tydelig frem. Ytre validitet, også kalt overførbarhet, handler på sin side om hvorvidt det man har funnet ut, kan la seg overføre til andre deler av populasjonen, eller til andre kontekster. Den ytre validiteten kan styrkes ved at funnene settes inn i en større sammenheng.

For å øke validiteten, kan også triangulering være nyttig. Det går ut på å benytte seg av flere kilder for å bekrefte og å tydeliggjøre forskningsfunnene (Howitt, 2013). I denne studien er dette gjort på flere måter, både ved å diskutere funn med veileder, og ved å finne relevant empiri som kan underbygge tolkninger som er gjort av dataen. Direkte sitat i rapporten brukes for å øke validiteten ved å vise hva som er tenkt og hva som er blitt gjort. Dette gir leseren mulighet til å vurdere i hvor stor grad forskningen er valid.

2.6 Begrensninger ved kvalitativ metode

En begrensning ved kvalitative tilnærminger, er problemet med å kunne generalisere funn til andre kontekster og andre typer utvalg (Howitt, 2013). Innenfor det kvantitative rammeverket, anses det å kunne generalisere som essensielt, men slik er det ikke nødvendigvis i kvalitativ forskning. Her er ofte primærmålet å få tak på de unike opplevelsene

fra få informanter, og ikke nødvendigvis at disse opplevelsene skal være representative for alle i en populasjon. Det skal likevel understrekes at det også er mulig å generalisere kvalitative funn med få informanter. En forutsetning er da at utvalget er representativt for den populasjonen man undersøker. I denne studien er målet imidlertid ikke å generalisere, men å utforske deltagerens unike opplevelse av tilbudet. En kvalitativ tilnærming anses derfor som godt egnet til å belyse problemstillingen.

3. Resultater

Gjennom denne dataanalysen har det kommet frem fire sentrale temaer: Å bli tatt på alvor, Egenskaper ved terapeutene, Intervensjoner, og Tilgjengelighet. Disse fire temaene sier noe viktig om dataen som er relevant for problemstillingen. De belyser både hva som fungerer bra og mindre bra ved tilbudet fra ungdommen perspektiv, samt hva som kjennetegner en terapeutisk samtale mellom en studentterapeut og en ungdom.

Å ta ungdommen på alvor er en kjernekomponent som må ligge til grunn for at tilbudet skal fungere. Det har også en avgjørende betydning i samtalene mellom terapeuten og ungdommen. Både Egenskaper ved terapeuten, Intervensjoner og Tilgjengelighet, er på mange måter underordnet det å bli tatt på alvor, da egenskapene til terapeutene, intervensjonene som benyttes, samt tilgjengeligheten til tilbudet, trolig kan spille inn på hvorvidt ungdommen føler seg tatt på alvor eller ikke. I tillegg til at temaet er uløselig knyttet sammen med de andre temaene, gir ungdommen også konkrete eksempler på hva de mener det vil si å bli tatt på alvor. For dem ser det ut til å handle om å bli lyttet til, samme hva de forteller. Det inkluderer også at de møter forståelse og bekreftelse fra terapeuten, og at problemet ikke blir bagatellisert eller på andre måter vurdert som for lite eller ubetydelig.

Temaet Egenskaper ved terapeutene omhandler hvilke egenskaper terapeutene innehar som ungdommene mener kan ha hatt betydning for dem i samtalene. Her kommer ungdommens tanker rundt å snakke med psykologstudenter som ikke er ferdig utdannede psykologer, frem. I temaet inngår også refleksjoner om hva som må til for at ungdommen skal ha tiltro til kompetansen til den de snakker med. Det viser seg at mange av ungdommene ikke måler kompetanse i kvalifikasjoner, men at det i stedet er viktig for dem å ha tiltro til at terapeutene er i stand til å hjelpe dem. Likheter mellom ungdom og terapeut er også med på å bygge opp tiltro til terapeutenes muligheter til å hjelpe.

Temaet Intervensjoner refererer til ting terapeuten og ungdommen har snakket om eller gjort under eller mellom timene. Undertemaene her gir eksempler på intervensjoner ungdommen mener har hatt betydning for dem. Dette inkluderer blant annet psykoedukasjon, oppfordringer om selvomsorg, og også helt konkrete ting som bruk av appen "Headspace", som gir opplæring i mindfulness (Mani, Kavanagh, Hides, & Stoyanov, 2015).

Det siste temaet, Tilgjengelighet, omhandler hvor viktig det er at tilbudet er lett å finne og å benytte for den aktuelle brukergruppen. I dette inngår det viktigheten av at informasjonen

om tilbudet når ut til så mange aktuelle som mulig, og at det er enkelt å ta kontakt. Temaet rommer også ungdommens tanker om behovet for å ha tilgang til et lavterskeltilbud som ”En som lytter”, samt refleksjoner om hvordan tilgjengelige tilbud kan fasilitere hjelpesøking ved senere anledninger.

3.1 Å bli tatt på alvor

Alle de seks ungdommene som har latt seg intervjuet, uttrykker hvor viktig det har vært for dem å bli tatt på alvor. Hvordan terapeutene har respondert på det de har fortalt, ser i stor grad ut til å ha påvirket hvorvidt ungdommen opplever dette. Viktige elementer her er at terapeuten anerkjenner at ungdommen har behov for noen å snakke med, gir rom for ungdommen til å snakke om det de vil, validerer tanker og følelser, samt at de ikke bagatelliserer problemer. Dette kan i korte trekk oppsummeres med at ungdommen vil bli lyttet til uten å bli avfeid.

3.1.1 Å anerkjenne behovet for noen å snakke med

Noen av ungdommene er engstelige for at problemene deres ikke er store eller alvorlige nok. En av dem forteller om sine tanker før første time: ”Men, og så tenkte jeg jo ... er det i det hele tatt seriøst å komme ... eller, med det man har lyst til å snakke om. Er det på en måte i det hele tatt alvorlig nok, holdt jeg på å si”. Hvordan de møtes av terapeuten de første timene, kan derfor ha stor betydning for om de velger å komme tilbake. Det illustreres også i dette eksemplet: ”Og når hun (terapeuten) sier på slutten av første samtale: Når vil du komme igjen neste gang?, så er det ... altså, måten det også blir gjort på er så fint da, for da blir det litt sånn: åja, du tenker at jeg kan komme igjen, du er åpen for det. At det ikke var sånn, lykke til videre i livet. Så måten det blir gjort på, er litt avgjørende”. Disse eksemplene understreker en usikkerhet om hvorvidt man har ”rett” til å få hjelp. Det kan virke som om ungdommene vurderer terapeutenes reaksjon, og på et vis tenker at terapeuten sitter på en fasit, hvor de skal avgjøre om de har det vanskelig nok til å behøve hjelp eller ikke.

3.1.2 Rom for å snakke om alt

Å ta ungdommen på alvor handler også om å gi rom til at de kan snakke om det de er opptatt av og som de mener har betydning. En av dem uttrykker det slik: ”Det beste har vært å få komme hit og få lov til å snakke om det jeg vil”. Å gi rom for at ungdommen kan bestemme tematikk i samtalene selv, kan være veldig viktig for at ungdommen skal føle seg trygge og også tørre å dele det som oppleves relevant for dem. Dette illustreres godt i følgende utsagn: ”Jeg lurte på om grunnen til at jeg klarte å slappe så godt av, og på en måte klarte å legge ut om hva som skjer i hodet nå, hvilke tanker har jeg om det, det er fordi at i den situasjonen så er rollene så satt. Hun (terapeuten) sier veldig sånn grundig at, du er her for å legge ut om det *du* har på hjertet”.

Også en av de andre ungdommene påpeker viktigheten av at terapeuten ikke legger føringer for hva som skal tas opp i samtalene. Ungdommen forteller: ”Formålet med det her, slik jeg oppfatter det i alle fall, er at det skal være mulig å snakke om hverdagslige ting også. Det er greit å komme bare en gang. Men så er det også samtidig greit hvis man har andre problemer. Så det var veldig ok, fordi når man drar til sånne andre steder da, for eksempel helsesøster på skolen da, så er det litt sånn, jeg har den ene store tingen for eksempel. Men, det er alltid sånne småting, det har aldri vært en sånn stor seriøs ting. Men alle de her små tingene, blir jo veldig stort, så når det da var mulighet for å snakke om alle de små tingene uten at det var nødvendig å ha en stor ting, så, var det veldig fint”.

3.1.3 Validering

En opplevelse av å bli tatt på alvor ser også ut til å avhenge av at terapeuten validerer ungdommens tanker og følelser. Det vil si å bekrefte og å vise forståelse for at ungdommen tenker og føler som de gjør. ”Jeg har av og til blitt møtt med den der; åja, de følelsene du har, de er ikke sånn”, forteller én. En annen ungdom sier følgende: ”Det høres kanskje litt dumt ut, men av og til så er det godt å få den responsen, når jeg sier at dette og dette og dette synes jeg er vanskelig, og så kan hun (terapeuten) si at, det forstår jeg at må være vanskelig”. Ut i fra dette kan det virke som om ungdommen har stort behov for å høre at det er mulig å forstå de følelsene de har. Først da tør de å ta fullt og helt eierskap til følelsene sine. En ungdom beskriver dette slik: ”Jeg synes det har vært viktig å få utløp for følelser og føle at jeg har ”rett” på dem”.

3.1.4 Unngå bagatellisering

Flere av ungdommene synes å ha opplevd å høre fra venner og familie at de må tenke annerledes. Blant annet forteller en ungdom: ”Hvis man snakker med venner og kjente, så kan de gjerne være litt sånn; åja, men du må jo ikke tenke sånn”. Andre mener at de har møtt slike holdninger også innenfor hjelpeapparatet: ”Det (”En som lytter”) var liksom, annerledes enn jeg har opplevd før. For jeg har hørt at, du har det jo veldig fint, eller, du har jo det godt. Og når man selv ikke opplever at man har det så veldig fint, så er det dumt at det blir sagt til deg. Jeg hadde hørt det fra fastlegen, hørt det fra helsesøster på skolen, og hørt det fra kontaktlærer flere ganger. Så det var litt sånn, ok, ja, greit, det her er de personene vi får beskjed om å gå til”. Råd fra andre om å tenke eller føle annerledes, kan trolig forsterke, snarere enn redusere, ungdommens plager. Det ser ut til at terapeutene i ”En som lytter” har vært en motvekt, som i stedet for å bagatellisere, har gitt ungdommen opplevelsen av at det de tenker og føler, er reelt.

Måten ungdommen blir møtt på når de forteller om det de har på hjertet, viser seg altså å være avgjørende for om ungdommen føler seg tatt på alvor. Dette kan i sin tur ha betydning for om de velger å komme tilbake eller ikke. Gjennom å åpne for at ungdommen i stor grad kan styre samtalen selv, og ved å bekrefte det de har på hjertet uten å gjøre det mindre viktig enn ungdommen selv synes at det er, kan terapeutene gi ungdommen en følelse av at de tas fullt og helt på alvor.

3.2 Egenskaper ved terapeutene

Terapeutene i ”En som lytter” er psykologstudenter, ikke ferdig utdannede psykologer. Flere av ungdommene hadde gjort seg tanker omkring hvordan dette påvirket terapeutenes evne til å hjelpe dem. De fleste ungdommene anså det at det var studenter som en fordel, og det viser seg at uformelle faktorer, som at de er på samme alder, kan være minst like tillitsbyggende som utdanningsnivå er. Videre kommer det frem at ungdommene setter pris på at terapeutene presenterer seg og gir litt av seg selv. Opplevd likhet og genuinitet har også stor betydning.

3.2.1 Studenter, ikke psykologer

Flere av ungdommene hadde tenkt over at det var studenter, og ikke psykologer, de skulle møte. De fleste hadde positive tanker rundt dette: ”Jeg vil ikke si at liksom det at de ikke er ferdigutdanna psykologer, men fortsatt bare studenter, har vært noe dårlig. De har fortsatt fått en ganske god innføring i faget. Så, nei, jeg tror de er flinke, og at de har god greie på det de holder på med”. En annen ungdom sier: ”Og, altså, det hadde jo egentlig ikke trengt å være ferdigutdanna psykologer heller (i et drømmetilbud). Jeg synes jo faktisk at det er en litt sånn bra ting, at de er studenter og på vei til å bli psykolog. Det synes jeg er fint jeg”.

Det kommer imidlertid frem at det for noen kan skape usikkerhet at det er studenter de skal møte. En ungdom forteller: ”Øhm, jeg husker at jeg tenkte at, eller, fordi det står (på nettsiden) at det er psykologstudenter, og, det står ikke noe om at de psykologstudentene får veiledning fra psykologer. (...) Så, så jeg husker at jeg var litt bekymra for akkurat det”. Dette kan tyde på at informasjon om at det er tilgjengelige psykologer i nærheten, kan være viktig for å skape trygghetsfølelsen som bør ligge til grunn i en terapisisituasjon.

For andre kan det faktum at det er psykologstudenter, derimot ufarliggjøre det å ta kontakt: ”Jeg tror jeg tenkte at, jeg ville ikke ha noen skikkelig psykolog eller sånn, jeg tenkte liksom at jeg ikke var syk nok, eller at jeg hadde et stort nok behov for det. Men at jeg absolutt hadde behov for å snakke med noen, noen som vet litt mer enn bare venninner og sånn. Men når det sto at det var lavterskeltilbud i tillegg, følte jeg at det passa ganske greit”. Her kan det se ut til at ungdommen liker mellomtingen av det å snakke med venninner og det å snakke med en ferdigutdannet, eller det hun beskriver som en ”skikkelig psykolog”. Det er altså noe delt omkring hvorvidt det er en høyere eller lavere terskel å møte psykologstudenter. Dette kan både handle om forventninger, og om hva man ønsker å få ut av tilbudet.

Blant noen av ungdommene er det en viss usikkerhet om hvorvidt terapeutene kan like mye som ferdigutdannede psykologer. Det kommer frem av dette utsagnet: ”Jeg skjønner at det gjerne er vanskelig å komme på noe der og da, at det er vanskelig for en student kanskje, som ikke har så mye erfaring som en utdanna psykolog, men jeg fikk ikke noe sånn tips eller råd i særlig stor grad i alle fall, som jeg kunne gjøre noe særlig med”. Ungdommen ser ut til å tenke at de ferdigutdannede psykologene gir flere råd og tips enn det psykologstudenter gjør. Det kan tyde på at en forventningsavklaring av hva en terapeut kan tilby, kan være nyttig.

3.2.2 Likhhet

For mange av ungdommene ser en følelse av å være lik sin terapeut ut til å spille en rolle. Det kan virke som om ungdommene hos ”En som lytter” har følt seg mer ”på samme nivå” som terapeutene, og at dette har vært positivt. ”Jeg synes ofte at enkelte psykologer kan virke litt sånn pretensiøse og ”over deg”, forteller én. ”Hun (terapeuten) fikk meg til å føle at hun ikke var noe bedre enn meg på en måte”, forteller en annen.

Likheten i alder og livssituasjon mellom ungdommene og terapeutene kan også ha betydning. En av dem beskriver: ”For de (tidligere behandlere) som jeg har snakket med (før) er ganske mye eldre og har ikke kjent seg helt igjen i det, men jeg føler det ikke er helt sånn her”. Her beskriver ungdommen hvordan tidligere terapeuter ikke har kjent seg igjen i de problemene vedkommende har hatt. Dette tilskrives alderen på behandler. En annen sier: ”Nei, hun (terapeuten) er jo på alder med meg, så hun kan jo bruke ord og uttrykk da, som gjør det litt mer interessant for meg, kanskje. Så litt humor da kanskje”. Disse utsagnene kan bety at ungdommene setter kompetanse på deres problemer i sammenheng med det å være i lignende livssituasjoner som dem selv. De ser ut til å ha en oppfatning om at en slik forståelse er vanskelig å oppnå på samme måte for de som for eksempel er en del eldre.

3.2.3 En fordel at terapeuten presenterer seg

Det var viktig for mange av ungdommene å vite noe om terapeuten sin, og at terapeuten delte av seg selv. En ungdom forteller om sine tanker før første time: ”Ja, for det gikk jeg og tenkte på, om det var mann eller dame, hvor gammel er han/hun, og hvem er det, på en måte”. Det kan være viktig for ungdom å vite hva de kan forvente seg når de skal møte en terapeut for første gang. En av ungdommene mener at presentasjonen av terapeutene på Facebook kan ha betydning: ”Det er jo lagt ut bilde av alle de psykologstudentene, og det står bittelitt om dem, og jeg synes på en måte det er litt greit å ha bilder av de som er her. Jeg synes det var en god idé; kanskje det senker terskelen litt for å dra. Det blir liksom ikke helt ukjent”.

Også når ungdommene møter terapeutene, er det viktig for dem å vite litt om den de snakker med: ”Så fortalte hun litt om seg selv, og det var veldig betryggende”. Flere ungdommer beskriver det samme: ”Jeg satt jo på venterommet og så kom hun liksom og henta meg, og hun sa litt om seg selv, at hun var, hvor hun var fra og hva hun holdt på med og hvor

gammel hun var og sånn. Og jeg synes det var greit å få en liten sånn introduksjon fra terapeutens side også. At, jeg liker på en måte, som min psykolog i (hjemby), som jeg har pleid å gå til, at hun på en måte kan skyte inn egne erfaringer, eller, ikke sånne erfaringer slik at det blir om henne, men jeg synes av og til det kan være fint at man gjerne vet bittelitt om den personen man snakker med. Så jeg synes det var ok, husker jeg”. Disse utsagnene understreker hvor viktig det er for ungdommen å bli litt kjent med den de snakker med, før de selv kan føle seg trygge nok til å dele.

3.2.4 Genuint interessert

”Det var det at hun var veldig genuin da”. Slik beskriver en av ungdommene møtet med sin terapeut. Flere av ungdommene sammenligner det å møte psykologstudenten med tidligere erfaringer de har hatt i møte med psykologer. Noe av det som skiller det å møte terapeutene i ”En som lytter” fra andre helsepersonell, synes å være den genuine interessen ungdommen opplever: ”Hun (tidligere psykolog) var ikke så interessert i problemer jeg hadde med gamle klassekamerater fra ungdomsskolen, eller hvilken kontakt jeg hadde med folk og sånn. Men her så ble det litt mer fokus på det da”. Den genuine interessen ungdommen har opplevd fra terapeutenes side, anses som essensielt viktig i møtet med en terapeut.

Som vi ser, har ungdommen gjort seg flere tanker om hvem de skal møte. De fleste synes det er positivt at terapeutene er studenter som er i noenlunde samme aldersgruppe, og som kan kjenne seg igjen i det de opplever. Det er imidlertid viktig å avklare hvilken rolle en veileder har, slik at ungdommene kan føle seg trygge på at de får den hjelpen og de verktøyene de trenger. De setter også pris på at terapeuten presenterer seg og deler litt av seg selv. Ikke minst er den genuine interessen viktig for å skape et rom hvor det er trygt å dele.

3.3 Intervensjoner

I temaet Intervensjoner inngår det ting ungdommene enten har snakket om eller gjort i løpet av timene eller som hjemmeoppgave hos ”En som lytter”, og som de har trukket frem som viktige. Det kan virke som om ungdommene setter pris på å få konkrete ting de kan gjøre. Dette gjelder i timene, men også som lekser: ”Det er bra at (...), at man faktisk får så konkrete ting som lekser”. Flere understreker også nytteverdien av intervensjonene som

igangsettes. En ungdom beskriver det slik: ”Og, de verktøyene man får, det er jo topp. Det er en endring, fordi det hjelper jo i hverdagen. Og så finner man ut hva som fungerer best”.

3.3.1 Psykoedukasjon

For mange av ungdommene ser psykoedukasjon ut til å ha spilt en viktig rolle i møtet med terapeutene i ”En som lytter”. En ungdom forteller: ”Jeg fikk kunnskap da, om hva ting egentlig er. Altså, de prosessene som kroppen egentlig går gjennom, med angst for eksempel da, hvordan prosessene egentlig er. Og hvordan man skal komme seg gjennom det da, eller videre. Og, liksom, overvinne det. At man liksom tar det litt og litt, etter hvert. Jeg synes det var en veldig bra måte, for meg å liksom vite litt mer om det, og ikke bare på en måte søke det opp selv, for hvis jeg søker det opp selv, så kan jeg komme borti litt sånn skumle ting igjen, og begynne å tenke litt på hvilke andre ting det kan være”. I dette eksemplet understreker ungdommen lettelsen ved å få vite hva det vedkommende har opplevd, kan være. Samtidig får ungdommen frem et annet viktig poeng: forskjellen mellom å rådføre seg med Internet eller andre kilder, oppimot det å møte noen som har faglig tyngde.

Ungdommene peker på nytteverdien av å bruke visuelle verktøy i psykoedukasjon. Her beskriver en av dem psykoedukasjon om angst: ”Hun (terapeuten) tok opp et ark da, eller hun tegna egentlig opp, eller, hun tegna en sånn prosess da. I sånne steg, på en måte”. Å få presentert hvordan prosessene virker i visuelt format, beskrives av denne ungdommen som verdifullt. Det kommer også forslag fra ungdommen om at film kan være et nyttig verktøy i psykoedukasjon.

3.3.2 Eksponering

I angstbehandling er eksponering, hvor pasienten må konfrontere ting de er redd for, ofte en sentral del. Flere av ungdommene beskriver hvordan de har prøvd eksponering mens de har vært i kontakt med ”En som lytter”: ”Det var et tilfelle, hvor jeg skulle sjekke, eller teste meg selv da, mot tilfeller der angsten kan oppstå. (...) Jeg gjorde jo det da, og så ga jeg en tilbakemelding på hvordan det gikk, for at det skulle være lærerikt”. Etter å ha prøvd eksponering én gang, forteller en annen ungdom: ”Jeg kommer til å utfordre meg mer. Jeg kommer i hvert fall til å utfordre meg mer på vanskelige situasjoner, for nå vet jeg at det er

positivt. Selv om det der og da virker som en dårlig idé, så er det positivt”. Av intervjuene kommer det frem at eksponeringen er noe ungdommene har planlagt i timene, og deretter gjennomført på egen hånd. Det tyder på at terapeuten har klart å skape motivasjon til å gjennomføre potensielt ubehagelige ting. Det betyr dessuten at det kan være aktuelt å ta i bruk eksponering også i timene, da det viser seg å ha stor betydning for flere av ungdommene.

3.3.3 Affektbevissthet

Affektbevissthet handler om å hjelpe ungdommen til å forstå hva de egentlig føler: ”Ja, eller mer sånn, fordi spørsmålene jeg fikk her, var sånn, ja, greit, hva føler du, og hvordan vil du beskrive den følelsen? For selv om den følelsen var knyttet til et eller annet stort, så var det likevel fokus på å beskrive følelsene, og sånn”. Her illustreres det hvordan terapeuten bryter ned en situasjon som oppleves som stor for ungdommen, til å omhandle én enkelt følelse. Slik blir ungdommen bevisst på egne affekter, og det blir lettere å forholde seg til dem.

Hjelp til å kjenne på og å sortere egne følelser, har vært en viktig del av behandlingen for mange. En av dem beskriver dette slik: ”Et veldig stort fokus på følelser, i alle fall for meg da. (...) Og så har jeg hatt det litt sånn at det går veldig i surr i hodet mitt, som om jeg har flere personligheter i meg. Så det hun (terapeuten) gjorde da, var å skrive ned på papir liksom, to forskjellige sider, og så skrive hva de forskjellige sidene, hvilke følelser som hørte til hva. Og bare det rydda veldig godt. Så det arket tok jeg vare på”.

3.3.4 Å stille de gode spørsmålene

Mange av ungdommene mener at de har hatt nytte av ulike spørsmål terapeuten har stilt dem. Det kan virke som om spørsmålene har satt i gang refleksjoner, og hjulpet dem til å sette ting i perspektiv: ”Og så kunne hun komme med spørsmål som, hvorfor tenker du sånn?, eller, hva er det som gjør at du føler det sånn?. Og da blir det til at du selv ser ting på en litt annen måte. Så, det synes jeg var veldig godt”. Her fremhever ungdommen hvordan spørsmål fra terapeuten ga muligheter til å tenke gjennom ting på nye måter.

Også flere spørsmål terapeutene har stilt, har vært viktig for ungdommen. En av dem forklarer: ”Og et spørsmål hun stiller ofte er: Hva er det verste som kan skje? Og det, det har

jeg begynt å tenke i hverdagen, og det liker jeg godt”. Dette tyder på at ungdommen har valgt å bruke terapeutens spørsmål som et verktøy som kan komme til nytte også ellers i hverdagen.

3.3.5 Appen ”Headspace”

Flere av ungdommene fortalte om at de hadde fått anbefalt en app ved navn ”Headspace”, som lærer bort mindfulness-teknikker: ”Og, å! Forrige gang, da, ja, dette her er veldig bra! Da sa hun at de fem siste minuttene skal vi sitte der og gjøre det sammen. Og det var bra tror jeg. Ja, og da satte hun den (Headspace) på, og så satt vi der begge to og skulle gjøre de pusteøvelsene. Og da viser hun at det ikke er så høy terskel for det heller. Så det var kjempebra”. Noen av ungdommene uttrykte imidlertid også skepsis til appen. En av dem forteller: ”Jeg var ganske skeptisk, så jeg var sånn, nei, det gidder jeg ikke. Og så forrige gang da, da fikk jeg det i lekse, og da var det sånn, jaja ... men, det har funka så bra”. Slik ungdommen beskriver det her, var det først da vedkommende fikk det som en konkret lekse, at det ble prøvd ut. Det kan tyde på at terapeuten kan tørre å være insisterende når det gjelder bruk av slike verktøy.

3.3.6 Selvomsorg

Mange ungdommer trekker frem at terapeuten har lært dem å vise mer omsorg for seg selv. Dette går både ut på at de skal gjøre ting de har lyst til, og at de skal tillate seg å slappe av når det trengs. En av ungdommene forteller om sin opplevelse med selvomsorg: ”Og så sa hun (terapeuten) også forrige gang jeg var der; kanskje du bare må ta deg en sånn dag for deg selv, at du går hjem og tar deg en kopp kakao eller noe sånt. Jeg hadde jo tenkt at jeg skulle gå på trening den dagen, men jeg føler at hun på en måte gjorde at jeg fikk lov til å liksom unne meg en litt sånn kosedag i stedet for. Slik at jeg fikk slappe litt mer av”. Dette tydeliggjør hvordan mange ungdommer trenger hjelp til å finne ut av hvordan de kan ta vare på seg selv.

3.3.7 Konkrete intervensjoner gir håp

Ungdommene som kommer til ”En som lytter” har et sterkt ønske om at ting skal endre seg i livene deres. På spørsmål om hva som har forandret seg siden de tok kontakt,

kommer det frem at håpet har vært en viktig del av endringsprosessen. En ungdom beskriver det slik: ”Og, det har kanskje ikke vært så mange endringer i selve problemet, men kanskje litt mer måten jeg tenker om problemet da. Før var jeg mer sånn, dette kommer ikke til å gå, det kommer bare til å være sånn. Så jeg var veldig sånn bestemt på at dette ikke var noe å gjøre med. Mens nå har jeg kanskje, jeg har åpna litt mer sinnet da, og kanskje fått et lite håp om at det kommer til å bli bedre liksom, og at jeg kan gjøre noe med det. At jeg kan jobbe med det, og at det kan bli bra liksom”. Det ungdommen forteller, tyder på at vedkommende har kjent på tvil om hvorvidt det er mulig å bli bedre av plagene sine. Dette belyser hvor viktig det er at terapeutene hjelper ungdommene til å forstå at det finnes hjelp og gode behandlingsmuligheter.

En annen understreker også hvordan terapeuten har gitt håp: ”Det er sikkert det at når jeg også får høre om hvilke metoder det er da, så skjønner jeg at det er kanskje litt sånn håp da”. At terapeutene fokuserer på å gi håp, er altså viktig for at ungdommene skal ha tro på at det er muligheter for at det kan skje endring.

En av ungdommene etterlyser enda flere konkrete intervensjoner: ”Noe som kanskje var litt dumt, var at, man ikke fikk noen særlig sånne råd til hva man kan gjøre. (...) Jeg synes det er frustrerende at, jeg føler at jeg har hatt det vanskelig lenge, og jeg vil gjerne vite hva jeg kan gjøre for å få det bedre eller noe sånt da”. Dette kan vitne om at vedkommende har vært frustrert lenge og ønsker endring. At terapeutene har et repertoar av intervensjoner de kan bruke, er derfor hensiktsmessig. Samtidig skal det understrekes at det kan være vanskelig å igangsette konkrete intervensjoner i saker som krever lengre behandlingstid enn de fem timene terapeutene har til rådighet.

Alle de overnevnte intervensjonene er trukket frem fordi de har vært viktige for ungdommen. Dette er kunnskap terapeutene bør benytte seg av fremover, da mange av intervensjonene trolig kan fungere for andre også. Det viser seg at ungdommene liker å få konkrete oppgaver eller ting de kan teste ut i praksis. Imidlertid har de også god nytte av refleksjoner de gjør sammen med terapeuten. Noen av ungdommene ønsker seg enda tydeligere råd og tips, noe som kan være en utfordring i en del sammenhenger. Like fullt er det viktig å ha kunnskap om dette, og stadig tenke ut nye verktøy som ungdommen kan få. En balanse mellom refleksjon og konkrete oppgaver, vil trolig være gunstig.

3.4 Tilgjengelighet

Tilgjengelighet har vist seg å være et viktig tema for alle ungdommene. Dette dreier seg både om at det skal være lett å få tilgang på informasjon om tilbudet, at det skal være enkelt å ta kontakt, og at det ikke skal kreves noe spesielt for å kunne få en samtale. Temaet Tilgjengelighet rommer dessuten et uttrykk for et behov for, og et ønske om, flere slike tilbud. Ikke minst belyser det hvordan tilgjengelige tilbud kan fasilitere hjelpesøking også senere, noe som understreker verdien av denne typen tilbud.

3.4.1 Tilgang på informasjon

Det er flere ulike måter ungdommene har hørt om tilbudet på; gjennom fastlegen, venner, familie, og gjennom skolens Facebook-side. De fleste av disse hadde imidlertid hørt om mestringstilbudet i Trondheim kommune generelt, men visste ikke om ”En som lytter” spesifikt. Det kom frem at ”En som lytter” var noe vanskelig å finne, og dessuten hevdet flere at linken på Trondheim kommunes nettsider ikke fungerte. En av dem forteller: ”Og så sto det også en sånn link som du kan trykke på på nettsiden, sånn, se mer på vår Facebook-side, men den funker ikke. Det går ikke an å trykke på den linken, du kommer ikke noe sted. Eller, du kommer inn på søknadsskjema da, men jeg tror ikke egentlig det er meningen at når du trykker på den linken så kommer du inn på søknadsskjema. Jeg tror det er meningen at du skal komme inn på Facebook-siden. Så, jeg synes bare det har vært litt sånn, dumt”. En annen mener derimot at det var nettsidene som bidro til å finne tilbudet: ”Men jeg tror jeg fant ut at tilbudet var tilgjengelig fordi jeg gikk inn på nettsida, og ikke fordi det sto på Facebook-siden, så vidt jeg vet”. En annen vet ikke om at det finnes en Facebook-side overhodet, og ytrer et ønske om at ”En som lytter” lager en slik side. Dette kan tyde på at det er en del usikkerhet knyttet til hvor man finner informasjon og hvor man tar kontakt. Det vil trolig være nyttig å gjennomgå ulike informasjonskanaler for å få oversikt over hva som finnes, samt hva som fungerer og hva som ikke gjør det.

Ungdommene kom med flere forslag til hvordan informasjonen kan spres tydeligere. For eksempel mente flere av ungdommene at informasjon til fastlegene kan være en effektiv måte å spre kunnskap om tilbudet på. Én ungdom mente at plakater kan være nyttige: ”Jeg har ikke sett noen plakater av noe slag, og det kunne kanskje ha hjulpet, i hvertfall litt, hvis man har plakater steder hvor folk går forbi hele tiden”.

Det ble også foreslått en egen nettside for å gjøre tilbudet lettere å søke opp. Flere roste imidlertid ”En som lytter” sin Facebook-side, og understreket viktigheten av denne for å nå ut til ungdom: ”Og så på Facebook-siden så står det, eller de har lagt ut litt tips til serier du bør se, eller artikler du kan lese om diverse ting. Altså, jeg følte det var fint med tips, og du får veldig inntrykk av at disse som driver den Facebook-siden er jo gjerne litt yngre. Så de appellerer til unge, med tanke på, jeg så et innlegg, jeg husker at jeg så et innlegg hvor de hadde skrevet, å, nå er det påske, og vi har fulgt med på Skam. Det var vel fra i fjor da men, at, jeg føler kanskje det også senker terskelen litt. Det virker ikke så utrolig alvorlig”.

Det uttrykkes imidlertid også ønske om enda mer aktivitet på sosiale medier: ”Vet ikke om det er nødvendig at de har en Instagram-konto for den saks skyld, men på Facebook-gruppa har de i hvert fall delt masse informative meldinger. Men kanskje de skal være litt mer aktiv også kanskje, ikke helt sikker på det. Hjelper sikkert litt det også”.

3.4.2 Rask hjelp

Etter at ungdommene hadde funnet tilbudet, skrøt de av at det var enkelt å ta kontakt, og at de fikk raskt svar. De var også veldig fornøyd med at de fikk time såpass fort. En av ungdommene mente at dette kan ha hatt stor betydning: ”Jeg tror kanskje ikke jeg hadde skjønt, hvis det ikke hadde vært et sånt lavterskeltilbud, og det ikke hadde vært så lett tilgjengelig, så tror jeg ikke at jeg på en måte hadde giddet å stå på venteliste hos SIT i fem uker, og da hadde jeg jo mista det; hva var det jeg egentlig syntes var vanskelig? Det der med å kunne ta tak i problemer med en gang”. Som vi ser, kan det være viktig å få arbeidet med problemene sine når de er aktuelle. En lang venteliste kan trolig både gjøre problemene mer kompliserte å behandle, og også mer omfattende å få satt ord på. Flere beskriver dessuten en lettelse ved å få svar så fort: ”Jeg tror jeg ble ganske glad. Eller litt på en måte spent også, på hva det var for noe, men, da hadde jeg så stort behov for å prate med noen, så jeg tror jeg ble litt letta”. Dette kan tyde på at ungdommene kjenner på et sterkt behov når de tar kontakt, og at de opplever det som nødvendig å få hjelp raskt.

3.4.3 Stort behov

I følge ungdommene, er det et stort behov for tilgjengelige tilbud for dem i dag. En av dem uttrykker det store behovet blant unge for denne typen samtaletilbud slik: ”Jeg tror det er liksom, for mange da, inkludert meg selv, så er det på en måte, jeg føler at, spesielt ungdommer, har mye i hverdagen som kan virke veldig, veldig tungt. Fordi det er veldig, eller for eksempel det med skole og sånne ting da, det er veldig mye på en gang, og ... man kan jo kanskje bli litt ”lost” noen ganger”.

Mange av ungdommene ønsker at de kunne ha hatt flere samtaler hos ”En som lytter”. Noen av dem synes at fem samtaler er for lite, og mener at det da ikke kan bli gjort særlig mye: ”Jeg tror det blir veldig dumt hvis jeg ikke kan få noe annet tilbud, for da ... det har jo på en måte ikke så mye for seg”. Dette kan bety at det er viktig for terapeutene å gi håp om at det er mulig at det skjer endringer, også over kortere tid. Andre ganger kan det være nødvendig med en henvisning videre: ”Jeg synes det blir dumt å slutte, men hvis de kan henvise meg til noen andre, så går det vel greit”. At terapeutene er tydelige på hva de kan tilby og hva som er realistisk, vil her være nødvendig.

”Jeg ville gjerne hatt flere (timer), men det er jo bare fordi jeg synes det har vært en så utrolig fin opplevelse”, forteller en av ungdommene. Dette kan trolig vitne om at det kunne vært aktuelt for flere å fortsette lenger om de hadde muligheten, men at rundt fem samtaler for mange kan være nok til at de får den nødvendige hjelpen de trenger til å klare seg selv. Her blir det viktig at terapeutene klarer å skille mellom de som trenger en henvisning, og de som egentlig har mottatt tilstrekkelig hjelp til at de trygt kan avslutte behandling.

I tillegg til at ungdommene gjerne kunne tenke seg flere samtaler, fremmes det også forslag om at tilbudet holdes åpent flere dager i uka enn tirsdager. Et ønske om å kunne kontakte terapeuter på telefon, blir også ytret: ”Hmm, det som kanskje kunne vært er at det kunne gått an å ta kontakt med noen uten avtale. Altså, sånn for eksempel at det er sånn, greit, her har du et nummer. Så kunne man sagt sånn, jeg føler meg dritt, og så får du et svar eller noe sånt. Jeg vet ikke, at det kunne vært noen greier. Det er jo sånn telefon man kan ringe eller noe sånt, men det er jo veldig sånn hvis man har et stort problem eller selvmordstanker. Men at det, bare er en sånn, også hvis det er en sånn dagligdags ting. Sånn; å, vi er tom for ost hjemme, og det gjør meg sur. (Ler). Altså, at det kan være de minste tingene. (...) Eller, ikke nødvendigvis det å ringe heller. Nei, bare sendt en melding. Bare for å få det ut, å bare ha

noen som sier til deg at, ja, det skjønner jeg er dritt”. Som vi ser her, er behovet for å ha rask tilgang til noen som kan forstå og lytte, viktig for denne ungdommen.

3.4.4 Hjelpesøking fasiliteres

Det at ”En som lytter” er et lavterskeltilbud mange kan få tilgang til, kan trolig hjelpe ungdom som ellers ikke vikle tatt kontakt til å prøve det ut: ”Jeg skal være ærlig og si at jeg var en av dem som sa at hvis du er en av dem som går til psykolog, så er du litt sånn, svakere eller noe sånt. Men, nå tenker jeg at det å gå til psykolog eller å få sånn hjelp, det er jo noe alle kunne hatt nytte av. Litt sunt på en måte. Litt som å dra på trening eller noe”. Tilbud som dette gjør det trolig lettere for mange unge å søke hjelp dersom de skulle få behov for dette senere: ”Den beste måten å møte et sånt tilbud på, hele den greia med å komme og å snakke med noen profesjonelle noen, det var bare sånn, virkelig riktig måte å få smaken på samtaler med en psykolog på”. Dette vitner om at ungdommen har hatt en god erfaring med hjelpeapparatet, og at det ikke er utenkelig for dem å ta kontakt med andre instanser ved en senere anledning om de skulle ha behov for det.

Temaet Tilgjengelighet belyser altså viktigheten av at det er hjelp å få når man trenger det. Dette fordrer at ungdommen enkelt finner tilbudet, og at det innenfor et relativt kort tidsperspektiv, er mulig å motta hjelpen. Videre illustrerer temaet hvor betydningsfullt det kan være med rask og god hjelp, også med tanke på hjelpesøking senere i livet.

3.5 Oppsummering

Sammen gir de fire temaene Å bli tatt på alvor, Egenskaper ved terapeutene, Intervensjoner, og Tilgjengelighet, et helhetlig bilde på hva som må til for at ”En som lytter” skal fungere, og hva som kjennetegner samtaler mellom en ungdom og en terapeut. Det viser seg at ved å ha holdningen om å ta ungdommen på alvor i bunn, kan mange ungdommer ha nytte av tilbudet. Dette fordrer at terapeutene har evne til å forstå hva ungdom sliter med, at de har konkrete intervensjoner å tilby ungdommen, og at tilbudet er tilgjengelig og enkelt både å finne og å bruke. Behovet for slike tilbud er stort, og det er tydelig at ungdommene har satt pris på det ”En som lytter” har kunnet tilby dem.

4. Diskusjon

De fire temaene Å bli tatt på alvor, Egenskaper ved terapeutene, Intervensjoner, og Tilgjengelighet, kan på mange måter beskrive hva som er viktig for at et lavterskeltilbud med psykoterapi for ungdom skal fungere, samt hva som kjennetegner en terapeutisk samtale mellom en ungdom og en terapeut. Her diskuteres det hvordan resultatene kan brukes i videre arbeid med utviklingen av ”En som lytter”. Dette knyttes også opp mot eksisterende empiri. Deretter drøftes begrensningene ved studien. Til slutt følger forslag til videre forskning.

4.1 Hvordan ”En som lytter” kan bruke resultatene

Ungdommene som har bidratt i denne studien, har gitt en rekke innspill som aktørene i ”En som lytter” kan nyttiggjøre seg videre. Som det kommer frem av resultatene, bør en grunnholdning om å ta ungdommen på alvor, alltid være gjeldende for de som drifter og videreutvikler tilbudet. I dette inngår det å lytte til det ungdommen har å si, og å anse problemene deres som reelle. Videre har egenskaper ved terapeutene, intervensjoner, og tilgjengelighet, betydning for den overordnede opplevelsen av å bli tatt på alvor. Nedenfor gjennomgås noen av de viktigste implikasjonene resultatene har for videre utvikling av tilbudet. I dette inngår drøfting både av informasjonsformidling og kontaktetablering, terapiforløpet i sin helhet, og organiseringen av tilbudet. Diskusjonen er presentert i denne rekkefølgen, for å tydeliggjøre de konkrete tilbakemeldingene som gis til tilbudet.

4.1.1 Informasjonsformidling og kontaktetablering

For å sikre rekrutteringen av ungdom til ”En som lytter”, er det viktig at tilstrekkelig informasjon om tilbudet distribueres på en slik måte at den når ut til de som kan ha bruk for den. Det betyr at i tillegg til at informasjonen bør være lett tilgjengelig for ungdommen selv, bør også skoler, helsepersonell og andre som har med ungdom å gjøre, få informasjon om hva ”En som lytter” er, og hvem som trolig kan passe inn i tilbudet.

De fleste av ungdommene fortalte at det i utgangspunktet var Mestringstilbudet de hadde hørt om, ikke ”En som lytter” spesifikt. ”En som lytter” er bare et av mange tilbud som er underordnet Mestringstilbudet i Trondheim kommune (Trondheim kommune, 2018). Det

kan bety at ”En som lytter”-navnet i seg selv enda ikke er særlig godt kjent. Ved å aktivt reklamere for tilbudet, kan dette sørge for at mange slipper å gå veien gjennom det overordnede Mestringstilbudet. Jo enklere det er å finne frem til aktuelle tilbud, jo større er trolig sjansen for at ungdommen velger å benytte seg av det (Rickwood et al., 2005).

Noen av ungdommene hadde hørt om tilbudet gjennom skolen, så å sørge for at de videregående skolene i Trondheim vet om tilbudet, bør være en viktig prioritering. Da er det nødvendig at skolene har oppdatert kunnskap, og også at de formidler informasjon til nye elevkull som begynner på skolen. At både lærerne og helsesykepleierne på skolene er klar over at tilbudet finnes, og hvem som kan ha nytte av det, ses på som en viktig ting å følge opp.

Da målgruppen til ”En som lytter” er opp til 25 år, kan det imidlertid også være aktuelt å se på hvordan de som ikke går videregående skole kan nås. Fastlegene i Trondheim trekkes frem som viktige av ungdommen, og det er helt klart nødvendig at disse får informasjon om tilbudet. For mange kan det å ta kontakt med fastlegen, imidlertid være en barriere, da frykten for stigmatisering er stor (Rickwood et al., 2005). Da kan informasjon på steder hvor ungdom oppholder seg, kanskje fungere enda bedre. Forslag her er å spre informasjon på NTNU, høyskoler og andre videreutdanninger, treningssenter og kaféer.

I hvilket format informasjonen skal formidles, vil også ha betydning for om den når ut til riktig målgruppe eller ikke. Ungdommen nevner selv både plakater og brosjyrer som mulige informasjonskilder. Den mest brukte kilden blant ungdommene selv, var like fullt Internet. Å kunne søke opp helseinformasjon, deriblant informasjon om hvordan en kan kontakte hjelpeapparatet, på nett, har vist seg å være barrierebrytende for ungdom. Dette skyldes både at det er mye enklere for dem å finne opplysninger raskt, men også at de kan være mer diskret enn tidligere (Borzekowski & Rickert, 2001). Derfor kan en egen nettside som forteller om tilbudet, ha stor betydning. Denne siden bør være lett å finne, også for de som søker etter noen å snakke med uten å vite nøyaktig hva de leter etter. Facebook-siden bør også oppdateres jevnlig, og det kan også være aktuelt å vurdere bruk av andre sosiale medier.

Det har også betydning hvilken informasjon som vektlegges i presentasjonen av tilbudet, uavhengig om det er på nett, i brosjyrer, eller i andre format. For mange av ungdommene var det viktigste at de kunne snakke om hva som helst, så en presisering av at ingen problemer er for store eller for små, kan spille en rolle for hvorvidt ungdom velger å ta kontakt eller ikke. Da det er studenter som er terapeutene, bør det også fremgå i

informasjonsmateriellet at studentene får veiledning. Dette kan trygge både ungdom og andre hjelpeinstanser om at det er forsvarlig å dra dit.

Det er enkelt å ta kontakt med ”En som lytter”, og dette er noe som har gitt gode resultater. Tilgjengelige tilbud som gir mulighet for rask hjelp fasiliterer hjelpesøking (Rickwood et al., 2005). I tillegg kan ungdommene be om hjelp uten å måtte involvere andre, og dette kan redusere frykten ungdommen har for å bli stigmatisert (Gulliver et al., 2010). At det er en lettvinnt måte å kontakte tilbudet på, anses derfor som viktig.

4.1.2 Gjennom terapiforløpet

Den første timen har vist seg å ha stor betydning for ungdommen. Dette stemmer også godt overens med tidligere funn (Rickwood et al., 2007; Slesnic, Meyers, Meade & Segelken, 2000). I den første timen er det positivt at terapeuten presenterer seg og gjerne sier litt om seg selv. Tydelig informasjon om selve tilbudet, veiledningen som gis, og tilgjengeligheten av ferdig utdannede psykologer ved behov, er viktig å gi ungdommen. Samtidig kan det være fint for dem å få vite litt om den de snakker med. Det kan se ut til at dersom terapeuten deler litt om seg selv, kan dette føre til at pasientene liker terapeuten bedre, og også til symptomlette (Barrett & Berman, 2001).

Videre kan en presisering om at ungdommen kan snakke om hva de måtte ønske, spille en viktig rolle. Lav selvfølelse, som er en viktig årsak til utviklingen av psykiske lidelser, kjennetegnes av en frykt for å ikke være bra nok i seg selv (Øiestad, 2009). Dette kan resultere i at ungdom føler seg usikre på om det de har fortelle, har en verdi. Ved å bruke god tid på å trygge ungdommen på at det de sier, har en betydning, kan dette kanskje forhindre at ungdommen tenker at de bør overdrive for å fortjene hjelp. Dersom det er usikkerhet omkring retten en har til å bli hørt, kan dette også resultere at de ikke ber om å få komme tilbake før vanskene har blitt større. Jo mer alvorlige og langvarige plagene er, jo vanskeligere kan de bli å behandle (Patel et al., 2007). Å gi rom for også mindre problemer, vil derfor være gunstig for alle parter.

Resten av timen er det viktig at terapeutene lytter og er genuint interesserte i det ungdommen har å si. Å være genuin vil si å være ekte, både ovenfor seg selv og ungdommen (Gelso & Carter, 1994). Terapeuten må også være opptatt av å ikke bagatellisere eller

ugyldiggjøre ungdommens opplevelser. Dersom terapeuten holder seg til disse prinsippene, vil sjansen trolig være stor for at ungdommene ønsker å komme tilbake.

Ungdommene som kommer til ”En som lytter”, har ulik problematikk og forskjellige behov. Dette krever en svært god evne til tilpasning hos terapeutene. De bør ha kunnskap om risikofaktorer og årsaker til utvikling av psykiske vansker, samt vite mye om hvordan ulike psykiske lidelser kan utarte seg. Videre bør de helst ha et repertoar av ulike intervensjoner. Ungdommen trekker blant annet frem spørsmål som setter ting i perspektiv, oppfordring til selvomsorg, psykoedukasjon, eksponering og mindfulness-teknikker, som gode eksempler på ting som har fungert for dem. Ikke minst er validering og hjelp til emosjonsregulering viktig for ungdommene. Som nevnt i innledningen, er dårlig emosjonsregulering en av de viktigste årsakene til psykiske vansker (McLaughlin et al., 2011).

Her er det like fullt viktig å understreke at dette ikke trenger å bety at terapeutene skal ha kjennskap til enhver intervensjon og ha kunnskap om alle terapiretninger. I stedet handler det om at de må være fleksible, tørre å prøve nye ting, og at de bruker veiledningen aktivt for å finne ut hvordan de på best mulig måte kan hjelpe ungdommen som har det vanskelig. Her er det verdt å nevne at denne fleksible tilnærmingen kan vanskeliggjøre senere effektevalueringer ved bruk av kvantitative metoder, fordi intervensjonene blir ulike og ikke nødvendigvis kan sammenlignes. Ved å ta i bruk en kombinasjon av ulike forskningsmetoder, vil imidlertid denne utfordringen trolig kunne løses på en god måte.

Som det kommer frem i samtale med ungdommene, er de ikke spesielt opptatt av at studentene ikke er ferdig utdannede. I stedet tillegger de alder, livserfaring og genuinitet stor betydning i vurderingen av terapeutenes kompetanse med hensyn til deres problemer, samt terapeutenes evne til å hjelpe dem. Det har blitt gjort få studier for å undersøke viktigheten av terapeuters utdanning og erfaring, men i en studie av kognitiv terapi for depresjon, kom det frem at utdanningsnivå og erfaring har relativt liten betydning for bedring (Trepka, Rees, Shapiro, Hardy & Barkham, 2004). Lasky & Salomone (1977) fant på sin side at erfaring vektlegges mest hos eldre pasienter, mens yngre i større grad setter pris på at de føler seg lik terapeuten sin.

Videre har psykoterapiforskning vist at det ikke nødvendigvis er de konkrete intervensjonene som har størst betydning i behandlingen, men snarere nonspesifikke faktorer, som hvordan terapeuten klarer å tone seg inn på pasienten (Hart & Käreby, 2009). Å kunne tone seg inn, regnes gjerne som en del av det å kunne skape en terapeutisk allianse. Allianse

anses som et viktig element i et hvert terapiforløp (Bordin, 1979). I alliansebegrepet inngår det at det må være et emosjonelt bånd mellom pasient og terapeut (inntoning), at det er enighet om hvilke oppgaver som skal gjøres, og at terapien har et felles mål (Bordin, 1979). Safran og Murray (2000) hevder at dette er en av de viktigste prediktorene for å oppnå vellykket behandling, og at dette må ligge til grunn før andre intervensjoner har effekt. Trolig kan ungdommenes opplevelse av at terapeutene forstår hva de går gjennom, bidra til å styrke alliansen, noe som i sin tur kan påvirke effekten av intervensjonene i positiv retning. Det viktigste er altså ikke nødvendigvis at terapeuten har masse erfaring og vet nøyaktig hva som skal gjøres, men at de har evnen til å danne en god allianse med ungdommen. At ”En som lytter” velger å bruke studenter som terapeuter, anses derfor som positivt, da ungdommenes opplevelse av å bli forstått fører til en god allianse, som i sin tur styrker virkningen av de intervensjonene som blir iverksatt.

På spørsmål om hva som har ført til endring hos ungdommen, er de like fullt opptatt av at konkrete intervensjoner har vært nyttige. Å benytte intervensjonene nevnt i del 3.3, er derfor noe terapeutene bør fortsette med. Kunnskap om det ungdommen selv mener har betydning, er svært verdifullt, da det ofte er uenighet mellom pasient og terapeut om hvilke intervensjoner som faktisk fungerer (Mander, Wittorf, Schlarb, Hatzinger, Zipfel & Sammet, 2013). Videre ser det ut til at pasienten gjerne er bedre på å predikere hva som faktisk vil føre til endring enn terapeutene er (Mander et al., 2013). Å ha en tett dialog med ungdommen underveis i terapiforløpet, for å finne ut hva de synes har effekt, kan trolig være nyttig i mange tilfeller.

Bruk av teknologi i psykoterapi har de siste årene blitt mer og mer vanlig, og det er helt nødvendig at psykologer blir med på denne trenden (Aguilera & Muench, 2012). Flere av terapeutene i ”En som lytter” har anbefalt applikasjonen ”Headspace”, som er en app som gir trening i mindfulness. Denne appen fikk også høyeste skåre i en meta-analyse som omhandlet ulike apper som tilbyr opplæring i mindfulness (Mani et al., 2015). Teknologi innenfor psykoterapi gir nye og spennende muligheter. Dette gjelder både gjennom bruk av apper, podcaster, informative filmer på YouTube, og andre nettsider som omhandler psykisk helse (Aguilera & Muench, 2012). Det finnes imidlertid et betydelig antall kilder, og ikke alle er like pålitelige. Det vil derfor være lurt av terapeutene å tenke godt gjennom hvilke nettsider, filmer og applikasjoner som kan være aktuelle for sine pasienter, og aller helst teste disse selv på forhånd. Både å gjennomgå disse sammen i timene, samt å oppfordre ungdommen til å sjekke det ut hjemme, er relativt enkle intervensjoner som kan ha stor betydning. Her kan

terapeuten tørre å være insisterende, og gjerne gi det som en konkret oppgave som blir fulgt opp neste time. Slike forpliktelser øker ofte sjansen for at det blir gjort, og også for bedring hos pasienten (Kazantzis & Lampropoulos, 2002).

4.1.3 Organisering av tilbudet

En klar implikasjon av studien er at behovet for tilbud som ”En som lytter”, er stort. Mange av ungdommene beskriver denne typen tilbud som noe kvalitativt annerledes enn det de møter hos andre hjelpeinstanser. Dette kan tyde på at innfallsvinkelen med å møte ungdommen på denne måten, er noe som fyller et behov.

Et lavterskeltilbud som ”En som lytter”, vil gjerne nå ut til så mange ungdommer som trenger det som mulig. Siden oppstart i 2017, har 53 ungdommer fått avslag på grunn av fullbooking (Gulbrandsen, 2018; Furuholmen, 2017). Hvordan tilbudet organiseres, vil naturlig nok ha betydning for hvor mye kapasitet ”En som lytter” har. Imidlertid vil dette avhenge av hvor mye tid og hvilke ressurser terapeutene og veilederne har til rådighet.

Melby et al. (2016) og Laukkanen et al. (2010) hevder at en ”åpen dør”, hvor ungdom kan ta kontakt uten avtale, er svært viktig. ”En som lytter” har tidligere prøvd drop in-ordninger, hvor ungdommene kunne komme innom uten å ha bestilt time på forhånd. Dette viste seg imidlertid å være lite effektivt, da det bare dukket opp tre ungdommer på drop in i løpet av de ukene det ble testet ut (Furuholmen, 2017). Timer som kunne vært tildelt ungdommer som hadde tatt kontakt på skjema, ble holdt av i tilfelle det skulle dukke opp en drop in-sak, og mange fikk dermed avslag. Dette var imidlertid i tilbudets startfase, og det er mulig at nå som tilbudet er mer kjent, og kunnskapen om tilbudet har spredt seg enda mer, kan drop in bli mer aktuelt igjen. Kanskje vil man da også få tak i andre ungdommer som ellers ikke ville tatt kontakt? Å ta drop in opp til vurdering med jevne mellomrom, er derfor å anbefale.

Et annet alternativ, som også foreslås av en av ungdommene, er at tilbudet kan være åpent også andre dager enn tirsdager. Dette er i stor grad noe som vil avhenge av kommunens ressurser og muligheter for å gi veiledning. Det kan imidlertid være viktig å vurdere. Kanskje kan man for eksempel dele studentene inn i to grupper med to ulike møtedager? Dette må i så tilfelle veies opp mot at studentene går glipp av muligheten til å samarbeide med så mange studenter og veiledere som de er vant med nå. Mindre grupper kan gi mer tid til veiledning,

men kan også føre til at man mister muligheten for bredde. Det kan også bli vanskeligere med samarbeid de to teamene i mellom. Dette er hensyn som må settes opp mot hverandre i en slik vurdering. Det vil både handle om tilgang til ressurser, men bør også ta hensyn til studentenes og veilederes meninger og ønsker. Et alternativ her er selvsagt å utvide tilbudet med enda flere studenter. Da bør man imidlertid veie dette godt opp mot hvilke muligheter som finnes for opplæring og kvalitetssikring av studentenes arbeid.

Det blir også fremmet ønske fra ungdommene om at terapeutene skal være tilgjengelig på telefon. Frem til nå har ”En som lytter”-telefonen stort sett blitt brukt for å avklare timeavtaler, men det kan være et alternativ å endre på dette. Terapi over telefon har i mange tilfeller vist seg å fungere (Brenes & Ingram, 2011). Det er både ressursbesparende, effektivt og har potensial til å nå ut til flere. Det finnes imidlertid også en del utfordringer knyttet til dette. For eksempel går man glipp av den terapeutiske alliansen som oppstår ved interaksjon ansikt til ansikt (Brenes & Ingram, 2011), skjønt det er fullt mulig å danne en allianse over telefon også (King, Bambling, Reid & Thomas, 2006). Et annet element er imidlertid at man har mindre kontroll over hva pasienten foretar seg (Brenes & Ingram 2011). En kan for eksempel tenke seg at det er lettere for en person å legge på røret enn å forlate terapirommet om samtalen blir ubehagelig. Risikovurderinger, for eksempel av fare for selvmord, kan også bli vanskeligere pr. telefon (Haas, Benedict & Kobos, 1996). Det vil i så fall være viktig å utvikle rutiner for å avklare hva som skal gjøres i slike tilfeller.

En annen utfordring her er at det blir vanskeligere å selektere slik at tilbudet blir for ungdom kun i Trondheim kommune. Et telefontilbud åpner jo i teorien for at ungdom over hele landet kan ringe, og ”En som lytter” har først og fremst som formål å forebygge i Trondheim kommune. Kanskje kan imidlertid målrettet spredning av informasjon forebygge mot noe av denne problematikken.

En siste utfordring kan være at en del ungdom anser det å ha en telefonsamtale som noe mindre forpliktende enn det å måtte møte opp personlig. Dette kan i sin tur føre til at terapeutene får hull i timeplanen sin, i stedet for å kunne ta i mot ungdommer som møter opp fysisk. Dersom et tilbud pr. telefon blir aktuelt, må det avklares i forkant hvordan disse utfordringene eventuelt skal håndteres.

Implikasjonene av denne studien er altså mange. ”En som lytter” har vist seg å være et tilbud som fungerer svært godt, og som har hatt betydning for mange unge. Den terapeutiske samtalen bygger på prinsippet om å ta ungdommen på alvor, og er preget av genuinitet.

Intervensjonene oppleves som nyttige, og tilbudet er lett å få tilgang til. Ved å ta hensyn til viktigheten av disse fire temaene, vil tilbudet kunne fungere svært godt fremover også.

4.2 Begrensninger ved studien

En begrensning ved utvalget er at alle deltagerne har hatt flere samtaler med studentterapeutene. Det kan tenkes at det hadde kommet frem flere konstruktive innspill om informanter som bare hadde hatt en eller to samtaler med terapeutene, hadde blitt inkludert i studien. Like fullt har informantene som er valgt ut, god kjennskap til tilbudet, og de har mange erfaringer å dele av. Å bruke disse informantene ga også en mulighet til å følge dem gjennom prosessen det har vært å delta i tilbudet, og dermed også en mulighet til å se hvordan deres forhold til det å ha samtaler med en terapeut har utviklet seg gjennom tidsrommet de har vært hos "En som lytter". Vurderingen er at disse informantene bidrar med viktig kunnskap om hvordan tilbudet oppleves, hvordan det eventuelt kan forbedres, og hva som kjennetegner de terapeutiske samtaler mellom ungdommen og terapeuten.

En begrensning er også at ungdommens tilbakemeldinger ikke er satt i sammenheng med deres problematikk. Det kan hende at noen intervensjoner fungerer bedre på én type problemstilling, mens andre fungerer bedre for en annen type problematikk. På samme måte er nytten av intervensjonene heller ikke satt i sammenheng med alder eller andre karakteristikk hos ungdommen. Dette var et bevisst valg, da målet med studien først og fremst var å få tak på ungdommens unike opplevelse av å møte et lavterskeltilbud og en studentterapeut, uavhengig av problematikk.

4.3 Fremtidig forskning

Fremover blir det nødvendig å undersøke tilbudet både ved hjelp av kvalitative og kvantitative tilnærminger. For eksempel kan det bli aktuelt å snakke med ungdom som har fått denne typen hjelp, et år etter at de har avsluttet behandlingen. Kanskje kan spørreskjemaer som SDQ (Goodman, 1999), også benyttes. Slik vil man få et mer helhetlig bilde på hvor effektive lavterskeltilbudene er på lang sikt. Fremover blir det også viktig å undersøke hvilke pasientgrupper som i størst grad har nytte av tilbudet, samt hvilke intervensjoner som fungerer for ulike typer problematikk.

Et annet viktig element er å finne ut hvem som velger å ikke komme til dagens lavterskeltilbud. Dette vil også inkludere forskning på hvorfor noen av de som tar kontakt, velger å avslutte raskt. Er det fordi én samtale er nok, eller er det noe som gjør at ungdom ikke ønsker å komme tilbake? Ved hjelp av både kvalitative og kvantitative forskningsmetoder, vil disse spørsmålene etter hvert kunne belyses på en helhetlig måte.

5. Konklusjon

Psykiske vansker blant unge er et av de største samfunnsproblemene vi har, og behovet for effektive tiltak som kan redusere disse, er stort. Denne studien har undersøkt hva som fungerer bra og mindre bra ved lavterskeltilbudet "En som lytter" i Trondheim, og hva som kjennetegner en terapeutisk samtale mellom en ungdom og en studentterapeut. Basert på datamaterialet fra semistrukturerte intervjuer med seks ungdommer, ble det foretatt en tematisk analyse. Denne resulterte i fire temaer: Å bli tatt på alvor, Egenskaper ved terapeutene, Intervensjoner, og Tilgjengelighet. Alle disse temaene er viktige i et lavterskeltilbud som tilbyr psykoterapi til ungdom. Av de fire temaene ser Å bli tatt på alvor ut til å være overordnet de andre tre, men både egenskaper ved terapeutene, intervensjonene som tilbys og tilgjengeligheten av tilbudet, er viktig nettopp for å underbygge opplevelsen av å bli tatt på alvor. Lavterskeltilbud som "En som lytter", vil trolig kunne avhjelpe psykisk uhelse blant mange unge. Dette vil være en stor fordel, både for enkeltindivid og samfunn. Videre ser lavterskeltilbud ut til å fasilitere hjelpesøking blant unge. At det opprettes flere slike tilbud, anses derfor som et både viktig og nødvendig tiltak. Fremtidig forskning bør se på hvilken nytte ungdommen har av lavterskeltilbud på lang sikt. I tillegg bør det undersøkes hvilke typer intervensjoner som fungerer for ulike typer problematikk.

Referanseliste

- Aguilera, A., & Muench, F. (2012). There's an app for that: Information technology applications for cognitive behavioral practitioners. *Behavioral Therapy, 35*(4), 65-73.
- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, fourth edition, text revision (DSM-IV-TR)*. Washington DC: American Psychiatric Association.
- American Psychological Association (2006). Presidential Task Force on Evidence-based Practice in Psychology. *American Psychologist, 61*, 271-285.
- Aronson, J. (1995). A pragmatic view of thematic analysis. *The Qualitative Report, 2*(1), 1-3.
- Barnevernloven. (1992). Lov om barneverntjenester. (LOV-1992-07-17-100). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1992-07-17-100>
- Barrett, M. S., & Berman, J. C. (2001). Is psychotherapy more effective when therapists disclose information about themselves? *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 69*(4), 597-603.
- Bengtson, M. (2016). Ungdommens prosjekt. I H. Haavind & H. Øvreeide (red.), *Barn og unge i psykoterapi, bind 1* (s. 185-203). Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Binder, P. E., Holgersen, H. & Nielsen, G. H. (2009). Why did I change when I went to therapy? A qualitative analysis of former patients' conception of successful therapy. *Counselling and Psychotherapy Research, 9*(4), 250-256.
- Bordin, E. S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research & Practice, 16*(3), 252-260.
- Borzekowski, D. L., & Rickert, V. I. (2001). Adolescent cybersurfing for health information: A new resource that crosses barriers. *Archives of Pediatric & Adolescent Medicine, 155*(7), 813-817.
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology, 3*(2), 77-101.
- Brenes, G. A., & Ingram, C. I. (2011). Benefits and challenges of conducting psychotherapy

- by telephone. *Professional Psychology: Research and Practice*, 42(6), 543-549.
- Brunstad, A. L. (2016). Velkommen inn! Psykologisk lavterskeltilbud for barn og unge. I H. Haavind & H. Øvreeide (red.), *Barn og unge i psykoterapi, bind 2* (s. 28-49). Gyldendal Akademisk.
- Brunstad, A. L. (2010). *Psykisk helsehjelp med lav terskel. Evaluering av psykologtjenesten ved psykisk helsetjeneste for barn og unge (PSBU) i Bærum kommune*. Stiftelsen helse- og rehabilitering for barn og voksne.
- Byrhagen, K., Falch, T., & Strøm, B. (2006). *SØF-rapport 08/06. Frafall i videregående opplæring: betydningen av grunnskolekarakterer, studieretninger og fylke*. Trondheim: Center for Economic Research.
- Caplan, G. (1964). *Principles of preventive psychiatry*. New York: Basic Books.
- Cohen, S., & Wills, T. A. (1985). Stress, social support, and the buffering hypothesis. *Psychological Bulletin*, 98(2), 310.
- Clarke, V., Braun, V., & Hayfield, H. (2015). Thematic analysis. In J. A. Smith (red.), *Qualitative psychology: A practical guide to research methods* (s. 222-249). London: Sage.
- Earls, F. (2001). Community factors supporting child mental health. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics*, 10(4), 693-709.
- Elliot, J. G. (1999). Practitioner Review: School refusal: Issues of conceptualization, assessment, and treatment. *Journal of Child Psychology & Psychiatry*, 40(7), 1001-1012.
- Endicott, J., Spitzer, R. L., Fleiss, J. L., & Cohen, J. (1976). The global assessment scale: A procedure for measuring overall severity for psychiatric disturbance. *Archives of General Psychiatry*, 33(6), 766-771.
- Erikson, E. H. (1963). *Childhood and society (2nd. ed.)*. New York: Norton, 1963.
- Espnes, G. A., & Smedslund, G. (2009). *Helsepsykologi (2. utg.)*. Oslo: Gyldendal.
- Fereday, J., & Muir-Cochrane, E. (2006). Demonstrating rigor using thematic analysis: a hybrid approach of inductive and deductive coding and theme development.

International Journal of Qualitative Methods, 5(1), 80-92.

- Finansdepartementet. (2017). *Uføretrygd*. Hentet fra <https://www.statsbudsjettet.no/Statsbudsjettet-2017/Statsbudsjettet-fra-A-tilA/Ufoetrygd/>
- Folkehelseinstituttet (2011). *Bedre føre var - Psykisk helse: Helsefremmende og forebyggende tiltak og anbefalinger*. Oslo: Folkehelseinstituttet.
- Freudenberg, N., & Ruglis, J. (2007). Reframing school dropout as a public health issue. *Preventing Chronic Disease*, 4(4), 107.
- Furuholmen, J. (2017). *Prosjektrapport: En som lytter*. Trondheim: Enhet for psykisk helse og rus, Trondheim kommune.
- Gelso, C. J., & Carter, J. A. (1994). Components of the psychotherapy relationship: their interaction and unfolding during treatment. *Journal of Counseling Psychology*, 41, 296-306.
- Germer, C. (2004). What is mindfulness? *Insight Journal*, 22, 24-29.
- Goodman, A., Joyce, R., & Smith, J. P. (2011). The long shadow cast by childhood physical and mental problems on adult life. *Proceeding of the National Academy of Science*, 108(15), 6032-6037.
- Goodman, R. (1999). The extended version of the Strengths and Difficulties Questionnaire as a guide to child psychiatric caseness and consequent burden. *The Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 40(5), 791-799.
- Gulbrandsen, J. S. (2018). *Prosjektrapport: En som lytter*. Trondheim: Enhet for psykisk helse og rus, Trondheim kommune.
- Gulliver, A., Griffiths, K. M., & Christensen, H. (2010). Perceived barriers and facilitators to mental health help-seeking in young people: a systematic review. *BMC Psychiatry*, 10(1), 113.
- Haas, L. J., Benedict, J. G., & Kobos, J. C. (1996). Psychotherapy by telephone: risks and benefits for psychologists and consumers. *Professional Psychology: Research and Practice*, 27(2), 154-160.
- Hart, S. & Kæreby, F. (2009). Dialogen med det autonome nervesystem i den

- psykoterapeutiske proces. *Matrix*, 3, 292-315.
- Harter, S. (1993). Causes and consequences of low self-esteem in children and adolescents. I R. F. Baumeister (red.), *Self-esteem: The puzzle of low self-regard* (s. 87-116). Springer: Boston.
- Helse- og omsorgstjenesteloven. (2011). Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m (LOV-2011-06-24-30). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30>.
- Howitt, D. (2013). *Introduction to qualitative methods in psychology*. Harlow: Pearson.
- Imenes, A-K. (2011). Lavterskelpspsykolog - ikke lightpsykolog. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 48(2), 150-154.
- Kawachi, I., & Berkman, L. F. (2001). Social ties and mental health. *Journal of Urban Health*, 78(3), 458-467.
- Kazantzis, N., & Lampropoulos, G. K. (2002). Reflecting on homework in psychotherapy: What can we conclude from research and experience? *Journal of Clinical Psychology*, 58(5), 577-585.
- Kessler, R. C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Merikangas, K. R., & Walters, E. E. (2005). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry*, 62(6), 593-602.
- Kidwell, J. S., Dunham, R. M., Bacho, R. A., Pastorino, E., & Portes, P. R. (1995). Adolescent identity exploration: a test of Eriksons theory of transitional crisis. *Adolescence*, 30(120), 785-793.
- King, R., Bambling, M., Reid, W. & Thomas, I. (2006). Telephone and online counselling for young people: a naturalistic comparison for session outcome, session impact and therapeutic alliance. *Counselling and Psychotherapy Research*, 6(3), 175-181.
- Kvale, S., & Brinkmann, S. (2015). *Det kvalitative forskningsintervju (3. utg.)*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

- Langdridge, D. (2006). *Psykologisk forskningsmetode: En innføring i kvalitative og kvantitative tilnæringer*. Tapir.
- Larson, R., Moneta, G., Richards, M. H., & Wilson, S. (2002). Continuity, stability and change in daily emotional experience across adolescence. *Child Development, 73*, 1151-1165.
- Lasky, R. G., & Salomone, P. R. (1977). Attraction to psychotherapy: Influences of therapist status and therapist patient age similarity. *Journal of Clinical Psychology, 35*(2), 511-516.
- Laukkanen, E., Hintikka, J. J., Kylmä, J., Kekkonen, V., & Marttunen, M. (2010). A brief intervention is sufficient for many adolescents seeking help from low threshold adolescent psychiatric services. *BMC Health Services Research, 10*(1), 261-271.
- Laukkanen, E., Pylkkänen, K., Hartikainen, B., Luotoniemi, M., Julma, K., & Allberg, V. (2003). A new priority in psychiatry: focused services for adolescents. *Nordic Journal of Psychiatry, 57*(1), 37-43.
- Mander, J. V., Wittorf, A., Schlarb, A., Hautzinger, M., Zipfel, S. & Sammet, S. (2013). Change mechanisms in psychotherapy: Multiperspective assessment and relation to outcome. *Psychotherapy Research, 23*(1), 105-116.
- Mani, M., Kavanagh, D. J., Hides, L., & Stoyanov, S. R. (2015). Review and evaluation of mindfulness-based iPhone apps. *JMIR mHealth and uHealth, 3*(3).
- Markussen, E. & Seland, I. (2012). *Å redusere bortvalg - bare skolenes ansvar? En undersøkelse av bortvalg ved de videregående skolene i Akershus fylkeskommune skoleåret 2010-2011*. (NIFU Rapport 6/2012). Hentet 4. september 2018, fra <https://brage.bibsys.no/xmlui/handle/11250/280856>.
- Martinsen, K. & Hagen, R. (2012). *Håndbok i kognitiv atferdsterapi i behandling med barn og unge*. Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Mastekaasa, A., Modum, T., Næss, S., & Sørensen, T. (1988). *Livskvalitetsforskning*. Oslo: Institutt for samfunnsforskning.
- McLaughlin, K., Hatzenbuehler, M. L., & Mennic, D. S. (2011). Emotional dysregulation and adolescent psychopathology: a prospective study. *Behavior Research and Therapy,*

49(9), 544-554.

- Melby, L., Ådnanes, M., Kaasbøll, J., Kasteng, F., & Ose, S. O. (2016). *Evaluering av samhandlingstiltak rettet mot utsatte barn og unge. Suksesskriterier og barrierer på veien mot mer helhetlig tjenestetilbud*. Sintef.
- Mendlowicz, M. V., & Stein, M. B. (2000). Quality of life in individuals with anxiety disorders. *American Journal of Psychiatry*, 157(5), 669-682.
- Midgley, N. (2004). Sailing between Scylla and Charybdis: incorporating qualitative approaches into child psychotherapy research. *Journal of Child Psychotherapy*, 30(1), 89-111.
- Mykletun, A., Knudsen A. K., & Mathiesen, K. S. (2009). *Psykiske lidelser i Norge: Et folkehelseperspektiv*. Oslo: Nasjonalt folkehelseinstitutt.
- Patel, V., Flisher, A. J., Hetrick, S., & McGorry, P. (2007). Mental health of young people: a global public-health challenge. *The Lancet*, 369(9569), 1302-1313.
- Paul, K. I. & Moser, K. (2009). Unemployment impairs mental health: Meta-analyses. *Journal of Vocational Behavior*, 74(3), 264-282.
- Paus, T., Keshavan, M., & Giedd, J. N. (2008). Why do many psychiatric disorders emerge during adolescence? *Nature Reviews Neuroscience*, 9, 947-957.
- Rickwood, D., Deane, F. P., Wilson, C. W., & Ciarrochi, J. (2005). Young people's help-seeking for mental health problems. *Australian E-Journal for the Advancement of Mental Health*, 4(3), 218-251.
- Rickwood, D. J., Deane, F. P., & Wilson, C. J. (2007). When and how do young people seek professional help for mental health problems? *Medical Health Journal of Australia*, 187(7), 135-139.
- Rodal, J. & Frank, K. (2008). *Psykologer i kommunene – barrierer og tiltak for økt rekruttering*. (IS-1565). Oslo: Helsedirektoratet.
- Ryum, T., & Øveraas, J. (2014). Psykoterapiforskning. I L. E. O. Kennair & R. Hagen (red.), *Psykoterapiforskning: tilnærminger og metoder* (s. 25-49). Oslo: Gyldendal.
- Røsjø, B. (2014, 3. mai). Angst og depresjon koster mest. Hentet 25. februar 2018, fra

<https://forskning.no/psykiske-lidelser-eu-okonomi/2014/04/angst-og-depresjon-kostermest>.

- Safran, J. D., & Murran, S. (2000). *Negotiating the therapeutic alliance in psychotherapy. A relational treatment guide*. New York: Guilford press.
- Schnellbacher, J., & Leijssen, M. (2009). The significance of therapist genuineness from the client's perspective. *Journal of Humanistic Psychology, 49*(2), 207-228.
- Skogen, J. C., & Torvik, F. A. (2013). *Atferdsforstyrrelser blant barn og unge i Norge: Beregnet forekomst og bruk av hjelpetiltak*. Folkehelseinstituttet.
- Skårderud, F. (2007). Shame and pride in anorexia nervosa: a qualitative descriptive study. *European Eating Disorders Review, 15*(2), 81-97.
- Skårderud, F. (2001). *Sterk/svak. Håndboken om spiseforstyrrelser*. Oslo: Aschehoug.
- Slesnick, N., Meyers, R. J., Meade, M., & Segelken, D. H. (2000). Bleak and hopeless no more: engagement of reluctant substance-abusing runaway youth and their families. *Journal of Substance Abuse Treatment, 19*(3), 215-222.
- Sowislo, J. F., Orth, U. (2013). Does low self-esteem predict depression and anxiety? A meta-analysis of longitudinal studies. *Psychological Bulletin, 139*(1), 213-240.
- Spesialisthelsetjenesteloven. (1999). Lov om spesialisthelsetjenesten m.m. (LOV-1999-07-02-61). Hentet fra <https://lovdata.no/sok?q=spesialisthelsetjeneste>
- Steinberg, L., Dahl, R., Keating, D., Kupfer, D. J., Masten, A., & Pine, D. (2006). The study of developmental psychopathology in adolescence: integrating affective neuroscience with the study of context. I D. Cichetti & D. Cohen (red.), *Developmental Psychopathology (vol. 2)*, s. 710-741.
- Thompson, R. A. (1994). Emotion dysregulation: a theme in search of definition. *Monographs for the Society for Research in Child Development, 59*, 25-52.
- Trepka, C., Rees, A., Shapiro, D. A., Hardy, G. E., & Barkham, M. (2004). Therapist competence and outcome of cognitive therapy for depression. *Cognitive Therapy and Research, 28*(2), 143-157.
- Trondheim kommune. (2018). *Mestringstilbudet*. Hentet fra <https://www.trondheim>.

kommune.no/tema/helse-og-omsorg/helsetjenester/psykisk-helse/mestringstilbud/

- Ventegodt, S., Merrick, J., & Andersen, N. J. (2003). Quality of life theory I. The IQOL Theory: an integrative theory of the global quality of life concept. *The Scientific Journal*, 3, 1030-1040.
- Wahl, A., Rustøen, T., & Hanestad, B. R. (2000). Livskvalitetsforskning: En diskusjon om hvordan ulike faktorer påvirker kunnskap om livskvalitet. *Vård i Norden*, 20(1), 36-41.
- Weisz, J. R., Donenberg, G. R., Han, S. S., & Kauneckis, D. D. (1995). Child and adolescent psychotherapy outcomes in experiments versus clinics: why the disparity? *Journal of Abnormal Child Psychology*, 23(1), 83-106.
- Weisz, J. R. & Jensen, A. L. (2001). Child and adolescent psychotherapy in research and practice contexts: review of the evidence and suggestions for improving the field. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 10(1), 12-18.
- Zachrisson, H. D., Rødje, K., & Mykletun, A. (2006). Utilization of health services in relation to mental health problems in adolescents: a population based survey. *BMC Public Health*, 6(1), 34.
- Øiestad, G. (2009). *Selvfølelsen (1. utg., 1. opplag)*. Gyldendal Norsk Forlag.

Appendiks

Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjektet ”En kvalitativ studie av samtaletilbudet ”En som lytter””

Bakgrunn og hensikt

Du har blitt invitert til å delta i en undersøkelse som ønsker å følge opp ungdom og unge voksne som har benyttet seg av samtaletilbudet "En som lytter". Denne undersøkelsen vil foregå i form av et intervju. Hensikten med en slik undersøkelse er å finne ut hvordan det oppleves å være med i "En som lytter". Dette innebærer å undersøke hva som fungerer bra og mindre bra ved tilbudet, og hva som kan gjøres bedre. Det vil også være fokus på å finne ut hva som kjennetegner en god samtale mellom en psykologstudent og en bruker, samt hva som kan gjøres for å sørge for slike gode samtaler.

Forskningen gjennomføres som en del av en hovedoppgave av psykologstudent Natalie Lervåg ved profesjonsstudiet i psykologi ved NTNU. Hovedveileder for prosjektet er professor Torbjørn Rundmo, ansatt ved NTNU. Mental helse Ungdom (MHU) er med på å støtte prosjektet gjennom Extrastiftelsen.

Du blir derfor herved invitert til et intervju. Du blir forespurt fordi du har vært involvert i samtaletilbudet ”En som lytter”. Dersom du ønsker å delta, eller om du har spørsmål, kan du kontakte psykologstudent Natalie Lervåg på e-post: natalie.lervag@gmail.com, eller tlf. 45 26 45 06.

Hva innebærer studien?

Studien innebærer at du møter til et intervju med en varighet på ca. 60 minutter. Intervjuet vil foregå i Trondheim kommune sine lokaler i Erling Skakkes gate 49b. Intervjuet vil inneholde spørsmål om hva du synes har vært viktig i samtalene du har hatt mens du har benyttet tilbudet ”En som lytter”. Det vil også stilles spørsmål om hva du synes fungerte bra og mindre bra mens samtaletilbudet pågikk, og du vil også få muligheten til å komme med forslag til hvordan tilbudet kan bli enda bedre i framtiden. Samtalen vil bli gjort lydopptak av, men disse opptakene vil oppbevares konfidensielt, og slettes etter at dataanalysen er ferdig.

Du vil motta en kompensasjon i form av et universalgavekort på kr. 500 dersom du velger å delta. Dette gavekortet er sponset av Extrastiftelsen etter søknad fra Mental helse ungdom.

Hva skjer med intervjuene og informasjonen om deg?

Alle data vil bli behandlet konfidensielt, og vil bli forsvarlig oppbevart og nedlåst på veileders kontor. Det er bare veiledere og psykologstudent Natalie Lervåg som vil ha tilgang til datamaterialet. Informasjonen som registreres vil bli behandlet uten navn og fødselsnummer eller andre direkte persongjenkjennende opplysninger. Det vil ikke være mulig å identifisere deg i resultatene av studien når disse publiseres. Prosjektmedarbeiderne har taushetsplikt. Prosjektet skal etter planen avsluttes 15. oktober. All konfidensiell datamateriale, som lydopptak, vil da slettes.

Frivillig deltakelse

Det er frivillig å delta i studien. Du kan når som helst og uten å oppgi noen grunn trekke ditt samtykke til å delta i studien uten at dette får konsekvenser for deg. Dersom du ønsker å delta, undertegner du samtykkeerklæringen på siste side. Om du nå sier ja til å delta, kan du senere trekke tilbake ditt samtykke. Dersom du senere ønsker å trekke deg eller har spørsmål til studien, kan du kontakte psykologstudent Natalie Lervåg på tlf. 45 26 45 06 eller e-post: natalie.lervag@gmail.com. Du kan også kontakte hovedveileder for prosjektet, Torbjørn Rundmo, på tlf. 90 65 21 52 eller e-post: torbjorn.rundmo@svt.ntnu.no.

Studien er meldt til Personvernombudet for forskning, NSD - Norsk senter for forskningsdata AS.

Med vennlig hilsen

Natalie Lervåg

Psykologstudent

Samtykke til deltakelse i studien

Jeg har fått muntlig og skriftlig informasjon om prosjektet ”En kvalitativ studie av samtaletilbudet ”En som lytter”” og samtykker til å delta i undersøkelsen.

Jeg er villig til å delta i studien

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Jeg bekrefter å ha gitt informasjon om studien

(Signert, rolle i studien, dato)

Kontaktpersoner:

Psykologstudent Natalie Lervåg

Tlf.: 45264506; e-post: natalie.lervag@gmail.com

Professor Torbjørn Rundmo

Psykologisk Institutt, 7491 Trondheim

Tlf.: 90652152; e-post: torbjorn.rundmo@svt.ntnu.no



Torbjørn Rundmo

7048 TRONDHEIM

Vår dato: 01.02.2018

Vår ref: 58248 / 3 / 0 OS

Deres dato:

Deres ref:

Tilråding fra NSD Personvernombudet for forskning § 7-27

Personvernombudet for forskning viser til meldeskjema mottatt 09.01.2018 for prosjektet:

<i>58248</i>	<i>En kvalitativ studie av lavterskeltilbudet "En som lytter"</i>
<i>Behandlingsansvarlig</i>	<i>NTNU, ved institusjonens øverste leder</i>
<i>Daglig ansvarlig</i>	<i>Torbjørn Rundmo</i>
<i>Student</i>	<i>Natalie Lervåg</i>

Vurdering

Etter gjennomgang av opplysningene i meldeskjemaet og øvrig dokumentasjon finner vi at prosjektet er unntatt konsesjonsplikt og at personopplysningene som blir samlet inn i dette prosjektet er regulert av § 7-27 i personopplysningsforskriften. På den neste siden er vår vurdering av prosjektopplegget slik det er meldt til oss. Du kan nå gå i gang med å behandle personopplysninger.

Vilkår for vår anbefaling

Vår anbefaling forutsetter at du gjennomfører prosjektet i tråd med:

- opplysningene gitt i meldeskjemaet og øvrig dokumentasjon
- vår prosjektvurdering, se side 2
- eventuell korrespondanse med oss

Meld fra hvis du gjør vesentlige endringer i prosjektet

Dersom prosjektet endrer seg, kan det være nødvendig å sende inn endringsmelding. På våre nettsider finner du svar på hvilke [endringer](#) du må melde, samt endringsskjema.

Opplysninger om prosjektet blir lagt ut på våre nettsider og i Meldingsarkivet

Vi har lagt ut opplysninger om prosjektet på nettsidene våre. Alle våre institusjoner har også tilgang til egne prosjekter i [Meldingsarkivet](#).

Vi tar kontakt om status for behandling av personopplysninger ved prosjektslutt

Ved prosjektslutt 15.10.2018 vil vi ta kontakt for å avklare status for behandlingen av personopplysninger.

Se våre nettsider eller ta kontakt dersom du har spørsmål. Vi ønsker lykke til med prosjektet!

Dokumentet er elektronisk produsert og godkjent ved NSDs rutiner for elektronisk godkjenning.

Vennlig hilsen

Marianne Høgetveit Myhren

Øyvind Straume

Kontaktperson: Øyvind Straume tlf: 55 58 21 88 / Oyvind.Straume@nsd.no

Vedlegg: Prosjektvurdering

Kopi: Natalie Lervåg, natalie.lervag@gmail.com

Personvernombudet for forskning



Prosjektvurdering - Kommentar

Prosjektnr: 58248

FORMÅL

Hovedformålet med dette prosjektet er å gjøre en kvalitativ undersøkelse av terapitilbudet "En som lytter" og hvordan dette oppleves og vurderes både av brukere, terapeuter og veiledere. "En som lytter" er et gratis lavterskeltilbud for ungdom mellom 16-25 år, som får snakke med psykologstudenter som er under veiledning av erfarne psykologer.

REKRUTTERING

Trondheim kommune vil bistå med rekruttering av brukere og først etter at potensielle deltakere har gitt tilbakemelding på at de vil være med vil delta vil forsker/student ta kontakt.

INFORMASJON OG SAMTYKKE

Du har opplyst i meldeskjema at utvalget vil motta skriftlig og muntlig informasjon om prosjektet, og samtykke skriftlig til å delta. Vår vurdering er at informasjonsskrivet til utvalget er godt utformet, og vi har ingen innvendinger til dette.

TAUSHETSPLIKT

Helsepersonell har taushetsplikt. Det er derfor viktig at intervjuene gjennomføres slik at det ikke samles inn opplysninger som kan identifisere enkeltpasienter eller avsløre taushetsbelagt informasjon. Vi anbefaler at dere er spesielt oppmerksom på at ikke bare navn, men også identifiserende bakgrunnsopplysninger må utelates, som for eksempel alder, kjønn, tid, diagnoser og eventuelle spesielle hendelser. Vi anbefaler også at dere er forsiktig med å bruke eksempler under intervjuene. Student/forsker og informant har et felles ansvar for det ikke kommer frem taushetsbelagte opplysninger under intervjuet. Det kan derfor være hensiktsmessig om du avklarer dette med informanten i forkant av intervjuet.

SENSITIVE OPPLYSNINGER

Studien vil inkludere brukere av et terapitilbud som informanter og formålet er vurdering av tilbudet. Personvernombudet tar høyde for at det potensielt kan inngå informasjon om helseforhold i datamaterialet, og har ingen innvendinger til dette.

INFORMASJONSSIKKERHET

NTNU er behandlingsansvarlig institusjon for prosjektet. Personvernombudet forutsetter at du behandler alle data i tråd med NTNU sine retningslinjer for datahåndtering og informasjonssikkerhet. Vi legger til grunn at bruk av mobil lagringsenhet er i samsvar med institusjonens retningslinjer.

PROSJEKTSLUTT

Prosjektslutt er oppgitt til 15.10.2018. Det fremgår av meldeskjema og informasjonsskriv at du vil anonymisere datamaterialet ved prosjektslutt. Personvernombudet gjør oppmerksom på at anonymisering innebærer å:

- slette eller omskrive/gruppere indirekte identifiserbare opplysninger som arbeidssted, alder, kjønn
- slette lydopptak

For en utdypende beskrivelse av anonymisering av personopplysninger, se Datatilsynets veileder:

<https://www.datatilsynet.no/globalassets/global/regelverk-skjema/veiledere/anonymisering-veileder-041115.pdf>

Intervjuguide

- Hvordan fikk du informasjon om tilbudet?
- Hvordan kom du i kontakt med ”En som lytter”?
- Hvilke forventninger hadde du til det å møte opp?
- Kan du fortelle litt om den dagen hvor du kom til ”En som lytter”? Hva tenkte du like før du kom inn?
- Hva husker du fra ditt første møte? Hvordan var det å møte en psykologstudent?
- Hva var det studenten sa eller gjorde som du likte den første timen? Var det noe du ikke likte at studenten sa?
- Hvordan var det å komme tilbake til studenten neste gang?
- Hvilke forberedelser gjorde du mellom timene? (For eksempel: Tenkte du på hva du hadde lyst til å si)?
- Opplevde du å bli tatt på alvor? Hva var det terapeuten gjorde som fikk deg til å føle deg tatt på alvor? (Eventuelt: Hva kunne de gjort for at du skulle følt deg mer tatt på alvor?).
- Hva slags ting er det dere gjort i timene? (For eksempel: Har du lært noen teknikker?)
- Hvilken betydning har dette tilbudet hatt for deg?
- Hva var det terapeuten sa eller gjorde som førte til endring? Er det andre faktorer som har spilt inn? Kan du gi noen eksempler?
- Hvordan var det for deg å avslutte tilbudet?
- Hva synes du om varigheten på samtalene?
- Hva synes du om antall samtaler du har fått?
- Hva slags ting synes du har vært positivt med tilbudet? Flere eksempler?
- Hva har fungert mindre bra ved tilbudet? Flere eksempler?
- Har du noen forslag til noe som kunne vært gjort bedre/annerledes? Hva kunne det vært?
- Hvis du kunne tenke helt fritt: Hvordan kunne et tilbud i en ideell verden sett ut?

