

Amalie Haukås  
Marthe Aarseth

## Unge voksne i møte med psykisk helsevern

En kartleggingsstudie av pasientgruppen og behandlingstilbudet ved Poliklinikk for unge voksne (PUV) ved Nidelv DPS, Tiller

Hovedoppgave i Profesjonsstudiet i psykologi  
Veileder: Katrine Høyer Holgersen  
Medveileder: Gunnhild Bagøien og Torun Grøtte  
Desember 2023



Amalie Haukås  
Marthe Aarseth

## **Unge voksne i møte med psykisk helsevern**

En kartleggingsstudie av pasientgruppen og behandlingstilbudet ved Poliklinikk for unge voksne (PUV) ved Nidelv DPS, Tiller

Hovedoppgave i Profesjonsstudiet i psykologi  
Veileder: Katrine Høyer Holgersen  
Medveileder: Gunnhild Bagøien og Torun Grøtte  
Desember 2023

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



Kunnskap for en bedre verden



## Forord

Høsten 2022 kom vi i kontakt med ansatte ved Nidelv DPS (distriktspsykiatriske senter) ved St. Olavs hospital, i forbindelse med at vi skulle gjennomføre hovedoppgaven på profesjonsstudiet i psykologi ved NTNU. Det ble presentert en mulighet for at to studenter kunne skrive hovedoppgave basert på et større pågående prosjekt om unge voksne i psykisk helsevern, og dette temaet og målgruppen fanget umiddelbart vår interesse. Prosjektet som helhet tar sikte på å undersøke erfaringer med behandlingstilbudet ved enheten Poliklinikk for unge voksne (PUV), ved Nidelv DPS, avdeling Tiller. Hovedoppgaven har som formål å kartlegge kjennetegn ved pasienter som har vært i kontakt med teamet og behandlingstilbudet de mottok. Det har vært inspirerende og nyttig å fordype seg i dette temaet, som har høy klinisk relevans, og vi sitter igjen med verdifull erfaring fra samarbeidsprosessen.

Vi ønsker å takke prosjektgruppen ved PUV, ved førsteamanuensis Katrine Høyer Holgersen og overlege PhD Gunnhild Bagøien, for at vi kunne ta del i dette spennende og viktige prosjektet, og for at vi kunne bruke datagrunnlaget til oppgaven vår. Vi vil takke hovedveileder Katrine Høyer Holgersen for det store engasjementet og den nyttige veiledningen hun har gitt oss. Vi setter også stor pris på å ha hatt Gunnhild Bagøien og førsteamanuensis Torun Grøtte fra NTNU med på laget, som våre biveiledere, og takker for verdifull veiledning. Videre vil vi rette en stor takk til Nidelv DPS, Tiller, og særlig PUV-enheten, ved overlege og seksjonsleder Renate Holm Gundersen, for et godt samarbeid og nyttige møter.

Når det gjelder arbeidsfordelingen i studien, utviklet Katrine Høyer Holgersen og Gunnhild Bagøien ideen til prosjektet og utarbeidet registreringsskjemaene. Vi har stått for scanning av registreringsskjemaene og det videre arbeidet med dataen. (Vedlegg 1 viser nærmere arbeidsfordeling mellom oss to studentene). Vi takker senioringeniør Berit Bjelkåsen ved Klinisk forskningsenhet Midt-Norge for god støtte med håndtering og scanning av registreringsskjemaene. Til slutt vil vi takke familie og venner for god støtte gjennom skriveprosessen. Dette har alt i alt vært en lærerik, spennende og utfordrende periode!

Amalie Haukås og Marthe Aarseth

Trondheim, november 2023

## Sammendrag

### Bakgrunn

Andelen unge voksne i psykisk helsevern er økende og mange psykiske lidelser debuterer i denne alderen. Kunnskap om hva som er virksomme behandlingstilbud til denne gruppen er begrenset. Poliklinikk for unge voksne (PUV) ved Nidelv DPS, Tiller, opprettet i 2017 et særskilt behandlingstilbud for aldersgruppen 18-25 år. PUV er et integrert tilbud som retter seg mot en pasientgruppe med komplekse og sammensatte vansker og lavt funksjonsnivå. Formålet med denne studien var å undersøke hva som kjennetegnet pasientgruppen og behandlingstilbudet de mottok.

### Metode

Det ble gjennomført en kartleggingsstudie ved PUV, som inkluderte pasienter som var i behandling i perioden fra 1. juni 2021 til 20. mai 2022. Utvalget i denne studien bestod av 19 pasienter. Det ble benyttet kvantitativ metode i form av deskriptive analyser av data. Studien er retrospektiv med longitudinelt design, der data ble samlet inn basert på journaldata fra inntak og avslutning, eller etter minst 12 måneders behandling dersom pasientene ikke var avsluttet på tidspunkt for datauttak.

### Resultat

Resultatene viste at pasientene ved PUV som samtykket til deltakelse i studien hadde sammensatte og langvarige vansker på ulike områder som eksempelvis ulike typer psykiske lidelser, nevrokognitive vansker og somatiske helseutfordringer. Videre virker mange av vanskene pasientene ble beskrevet å ha å være relatert til redusert funksjon og data tyder på at pasientene har opplevd ulike belastninger. Behandlingstilbudet pasientene fikk syntes på mange måter å kunne bli beskrevet som tverrfaglig og integrert, med et helhetlig fokus. Dette på bakgrunn av at teamet består av ulike fagfolk, tett samarbeid med andre instanser og fokus på ulike områder i pasientens liv.

### Konklusjon

Studien er et supplement til forskningen på unge voksne innenfor spesialisthelsetjenesten, og gir et eksempel på hvordan et tjenestetilbud rettet mot voksne i en sårbar livsfase med spesifikke behov kan organiseres i psykisk helsevern. Det kan tyde på at PUV er et nyttig behandlingstilbud, hvor sammensatte og komplekse vansker møtes med samtidige tjenester. Det trengs imidlertid mer forskning med et større utvalg, som evaluerer effekten av tilbudet og inkluderer pasientenes perspektiv.

## **Abstract**

### **Background**

The prevalence of young adults in mental health care is rising and the onset of mental disorders is prominent in this age group. Meanwhile, knowledge about effective treatment for this age group is limited. In 2017, “Poliklinikk for unge voksne” (PUV) at Nidelv CMHC (community mental health center), Tiller, established a specialized treatment for individuals from 18-25 years. PUV is an integrated service, that targets groups with complex and multifaceted challenges and low functionality. The purpose of this study is to investigate the features of this patient group and the treatment they received.

### **Methods**

A survey was conducted by PUV, including patients receiving treatment in the period from 1<sup>st</sup> of June 2021 to 20<sup>th</sup> of May 2022. The study sample was comprised of 19 patients, and quantitative method was utilized for descriptive analysis. The study is retrospective with a longitudinal design. Data collection was based on patient records from initiation and end of treatment or after at least 12 months of treatment if the treatment had not been completed at the time of data extraction.

### **Results**

The results indicate that patients at PUV, who consented to participate in the study, had complex and enduring challenges across various areas. These challenges were multifaceted, included various mental disorders, neurocognitive difficulties, and somatic health issues. Further, these challenges were notably associated to reduced functionality and several findings suggest that the patients had experienced various stressors. The treatment employed at PUV was interdisciplinary and integrated, with a holistic focus. This due to the integration of various professionals, close collaboration with other agencies and focus on various parts of the patients' life.

### **Conclusion**

This study supplements the research on young adults receiving mental health care and exemplifies how a service tailored to adults in a vulnerable stage of life with specific needs, can be organized within mental health care in CMHCs. It indicates that PUV may be considered as a valuable service, where complex challenges can be faced with simultaneous treatments. However, further research with a larger sample size is needed to evaluate the effect of such services and to include the patients' perspectives.

**Boks 1: Klinisk vignett – Lena, 21 år\***

Lena er en 21 år gammel jente som bor sammen med mor, stefar og to yngre brødre. Da Lena var 13 år var hun og familien i kontakt med BUP i forbindelse med utredning av nevrokognitive vansker. I tillegg hadde Lena opplevd flere belastninger som preget henne, blant annet foreldrenes skilsmisse og mobbing på barneskolen. Utover i behandlingsforløpet sluttet hun å møte opp og utredningen ble derfor ikke fullført.

Årene på ungdomsskolen var preget av mye skolefravær, som kunne sees i sammenheng med hennes psykiske helsevansker og søvnvansker. Hun hadde også migrenetendenser. Tidligere hadde Lena mange venner, men ble på ungdomsskolen utestengt fra jentegruppen i klassen, noe som gikk utover hennes trivsel. Som følge av det økende fraværet på skolen opplevde Lena et skolefaglig etterslep. Hun kjente på mye frustrasjon da hun ikke følte at hun strakk til verken sosialt eller faglig.

Lena flyttet ut som 16-åring og startet på VGS, helse- og oppvekstfag, hvor hun kun fullførte ett år. Hun droppet ut til sommeren og fikk seg heller en deltidsjobb på klesbutikk, da hun ikke var motivert for videre skolegang. Som følge av Lenas sosiale vansker oppstod det flere misforståelser og konflikter på arbeidsplassen. Hun fikk etter hvert færre og færre vakter, og ble til slutt gående hjemme. Hun tilbrakte mye tid alene og fylte store deler av dagen med TV-serier og tegning. Mor var svært bekymret da hun opplevde datteren som tiltaksløs og nedstemt. For et par år siden var Lena i kontakt med allmennpoliklinikken på grunn av depressive plager. Lena slet også her med oppmøte og tilbudet ble ikke startet. Lenas vansker ble verre og verre. Hun ble derfor henvist til PUV, etter at mor tok kontakt med fastlegen.

\*Den kliniske vignetten beskriver en typisk pasient i PUV. Kasuset som presenteres refererer ikke til en faktisk person.



## Innholdsfortegnelse

<b>Introduksjon</b> .....	7
Unge voksne og psykisk helse: En sensitiv utviklingsperiode.....	7
«Emerging adulthood».....	8
EA og psykisk helse.....	8
Psykiske lidelser og konsekvenser for unge voksne: Et individ- og samfunnsperspektiv.....	9
NEET – Not in Education, Employment or Training.....	9
Psykiske helseproblemer blant unge med NEET-status.....	10
Organisering av psykisk helsevern.....	11
Spesialisthelsetjenesten.....	11
Overgangen mellom barne- og ungdomspsykiatri og voksenpsykiatri.....	12
Behandlingsmodeller for unge.....	12
Formålet med studien.....	14
<b>Metode</b> .....	16
Design .....	16
Lokalisering.....	16
Behandlingstilbudet ved PUV.....	16
Inklusjons- og eksklusjonskriterier.....	17
Prosedyre.....	18
Etisk godkjenning og personvern.....	18
Datainnsamling.....	18
Dataanalyser.....	19
<b>Resultater</b> .....	20
Forskningsspørsmål 1: Demografiske og kliniske kjennetegn ved pasientgruppen.....	20
Forskningsspørsmål 2: Behandlingstilbudet pasientene mottok i PUV.....	27
Forskningsspørsmål 3: Status ved avslutning, og endringer i funksjons- og helserelevante variabler.....	28
Endring fra oppstart til avslutning.....	30
Andre utfallsvariabler.....	31
Skolefravær ved oppstart og avslutning.....	31
Somatisk helse.....	32
Kosthold.....	32
Bruk av rusmidler.....	32

<b>Diskusjon</b> .....	33
Forskningsspørsmål 1: Demografiske og kliniske kjennetegn ved pasientgruppen.....	33
Vansker innen psykisk og fysisk helse og rus.....	33
Sårbarhet.....	34
Funksjon.....	36
Forskningsspørsmål 2 og 3: Behandlingstilbudet pasientene mottok i PUV, samt status ved avslutning og endringer i funksjons- og helserelevante variabler.....	37
Terapeutisk tilnærming.....	37
Tverrfaglig, integrert og holistisk behandlingstilbud.....	38
Samarbeidspartnere.....	38
Arbeidsmetodikk.....	39
Behandlingsutfall.....	40
Begrensninger.....	41
Implikasjoner.....	43
<b>Oppsummering og konklusjon</b> .....	44
<b>Referanseliste</b> .....	46
<b>Vedlegg 1: Arbeidsfordeling</b> .....	55
<b>Vedlegg 2: Samtykkeskjema</b> .....	56
<b>Vedlegg 3: Registreringsskjema ved oppstart</b> .....	59
<b>Vedlegg 4: Registreringsskjema ved avslutning</b> .....	65

## Introduksjon

Opptrappingsplanen for psykisk helse viser til en økning i selvrappporterte psykiske plager hos barn, unge og unge voksne i Norge siden 1990-tallet (Meld. St. 23 (2023-2033)). Det kan være flere årsaker til denne trenden, deriblant ulike samfunnsmessige endringer (Bolton & Bhugra, 2021; Bråten et al., 2023). Fra 2019 til 2021 var det en særlig økning i antall henvisninger til psykisk helsevern for voksne i aldersgruppen 18 til 25 år. Psykiske lidelser utgjør dessuten en betydelig andel av helsetapet blant unge i arbeidsfør alder, og medfører store kostnader for individ og samfunn (Meld. St. 23 (2023-2033)). For å kunne gi best mulig hjelp til unge med alvorlige og sammensatte lidelser må tilbudet i spesialisthelsetjenesten styrkes. Dette gjelder særlig det polikliniske tilbudet. Det er anbefalt at tjenestene jobber tverrfaglig og integrert for å møte de unges behov på ulike livsarenaer (Meld. St. 23 (2023-2033)). Integrert behandling beskrives som koordinert samarbeid mellom ulike tjenesteleverandører som tilbyr tverrfaglig hjelp og der tjenestene, i tråd med mange unge menneskers ønsker, er organisert rundt individets behov på ett sted (Babajide et al., 2020; Hetrick et al., 2017).

### Unge voksne og psykisk helse: En sensitiv utviklingsperiode

Psykiske lidelser representerer en global helsekrise og står for 45% av den samlede sykdomsbyrden for aldersgruppen 10 til 24 år (McGorry, 2022). Ungdomstiden og overgangen til voksenlivet er en dynamisk og utviklingsmessig sensitiv periode (McGorry, 2022). I aldersspennet 12-25 år skjer det markante endringer i forbindelse med fysiske, kognitive, sosiale og emosjonelle utviklingsdomener (Arnett, 2013 i Rickwood et al., 2019). Det kan slik se ut til at psykiske lidelser debuterer i perioden hvor biologiske endringer i hjernen, både strukturelt og funksjonelt, gjør seg gjeldende, fra barndom, gjennom ungdomstiden og til voksenstadiet (Paus et al., 2008). En nylig publisert metastudie, basert på 192 epidemiologiske studier, fant at debuten av den første psykiske lidelsen finner sted før fylte 14 år hos en tredjedel av individer, før fylte 18 år for nesten halvparten (48.4%), og før fylte 25 år for over halvparten (62.5%). Gjennomsnittlig debutalder på tvers av alle psykiske lidelser var 14.5 år (*Mdn* = 18 år) (Solmi et al., 2022). Det kan være avgjørende at psykiske helseproblemer adresseres under den komplekse overgangen fra ungdomstiden til voksenlivet (MacLeod & Brownlie, 2014). På den måten kan negativ utvikling forebygges, og en kan forbedre helse og sosialt velvære gjennom livsløpet (Westberg et al., 2022).

### «Emerging adulthood»

Begrepet og konseptet «emerging adulthood» (heretter EA) ble lansert av Jeffrey Jensen Arnett i år 2000 (Arnett, 2014). EA viser til en utviklingsperiode som strekker seg fra slutten av tenårene gjennom tyveårene, aldersspennet 18-29 år, med spesielt fokus på aldersgruppen 18-25 år. Arnett fremmet at denne gruppen verken kunne betraktes som eldre ungdommer eller unge voksne, men at de befinner seg i en overgangsfase midt mellom. Som følge av dette, og manglende oppmerksomhet og forskning på denne aldersgruppen, var det behov for konseptualisering av et nytt og eget livsstadie (Arnett, 2014).

Siden 1960 har det skjedd store demografiske og samfunnsmessige endringer (Arnett, 2014). Veien til voksenlivet er forlenget og mer kompleks sammenlignet med tidligere, og preges i større grad av frihet. Utviklingsperioden EA kjennetegnes av lenger utdanningsløp, senere ekteskap og foreldreskap, og en forlenget og uberegnelig overgang til stabilt arbeid (Arnett, 2014). Basert på dette, kan det å navigere seg gjennom denne perioden anses som annerledes og mer utfordrende enn for 20 år siden (McGorry et al., 2022).

Ifølge Arnett (2014) er EA karakterisert av fem særegne karakteristikk: identitetsutforskning, ustabilitet, selvfokus, en følelse av å befinne seg i et mellomstadie mellom ungdom og voksen, samt muligheter og optimisme. Identitetsutforskning innebærer å prøve ut ulike livsalternativer innenfor eksempelvis kjærlighet, utdanning/arbeid og bosted, noe som også kan gjøre dette livsstadiet til en ustabil tid (Arnett, 2014). Fysisk, psykologisk og emosjonell ustabilitet beskrives som kjernen ved EA (Klodnick et al., 2021). Videre preges EA av minimalt med forpliktelser overfor andre, hvor en har større mulighet til å fokusere på seg selv sammenlignet med andre perioder i livet. Utforskningen og ustabiliteten gjør EA til en mellomperiode, mellom restriksjonene i ungdomstiden og ansvaret i voksenlivet. EA kan også beskrives som «mulighetenes-alder», preget av mye håp, forventninger, valgmuligheter og potensiale for endring (Arnett, 2014).

**EA og psykisk helse.** EA er et komplekst livsstadie, særlig når det gjelder psykisk helse (Arnett, 2014). Motstridende krefter bidrar til at livsgleden og problemer sameksisterer. Samlet sett er livstilfredsheten, selvtiliten og optimismen høy, og perioden omtales gjerne som «the glory days» (Arnett, 2014). Dette underbygges av den amerikanske undersøkelsen «The Clark University Poll of Emerging Adults», hvor 83% av 18-29-åringene sa seg enige i at EA er en morsom og spennende tid i livet (Arnett & Schwab, 2012). På den annen side er EA assosiert med forhøyet risiko og sårbarhet for ulike psykiske helseproblemer, noe som kan sees i lys av de nevnte egenskapene ved livsstadiet. En rekke typer atferdsmessige problemer og psykiske lidelser når en topp i løpet av årene i EA. Både eksternaliserende og

internaliserende problemer ser ut til å være mer prevalent enn i noen påfølgende voksenalvslfase (Arnett, 2014). MacLeod og Brownlie (2014) peker på at depresjon, angst og rusmiddellidelser er de vanligste psykiske helseutfordringene i ungdomstiden og EA. Dette samsvarer med den norske SHoT-undersøkelsen (Studentenes helse- og trivselsundersøkelse), som også viser høy prevalens av selvskading og suicidalitet (Sivertsen & Johansen, 2022).

### **Psykiske lidelser og konsekvenser for unge voksne: Et individ- og samfunnsperspektiv**

Psykisk uhelse representerer den største trusselen mot både helse, overlevelse, velbehag, produktivitet og fremtidig potensiale for unge mennesker (McGorry et al., 2022). Fra et sosioøkonomisk perspektiv er EA en avgjørende periode for psykisk velvære. Det defineres som individets kognitive og emosjonelle ressurser som legger grunnlaget for utdannings- og yrkesmessig suksess, høy livskvalitet og samfunnsbidrag (McGorry et al., 2022). I følge McGorry og kolleger (2022) har psykiske helseproblemer i løpet av EA innflytelse på psykisk velvære og en rekke milepæler. Dette inkluderer identitet- og relasjonsdannelse, utdannings- og yrkesoppnåelse, samt økonomisk uavhengighet og autonomi (McGorry et al., 2022). Deltakelse i utdanning og arbeid kan sies å være grunnleggende for den enkeltes identitet (Arbeids- og velferdsdirektoratet & Helsedirektoratet, 2021), og en kilde til mestring og selvtillit (Fyhn et al., 2021). Videre gir det struktur og mening i livet, samt muligheten til å forsørge en selv (Ringbom et al., 2022).

### ***NEET – Not in Education, Employment or Training***

Mennesker med psykiske helseproblemer utgjør en stor andel av gruppen som står utenfor, eller har risiko for å falle fra, utdanning og arbeidslivet (Fyhn et al., 2021). NEET er en forkortelse for «Not in Education, Employment, or Training», og beskriver i hovedsak unge mennesker i aldersgruppen 15 til 29 år. Begrepet NEET ble først introdusert i Storbritannia i rapporten «Bridging The Gap: New opportunities for 16-18 year olds not in education, employment or training» i 1999 (Great Britain et al., 1999 i Fyhn et al., 2021). Begrepet favner om en heterogen gruppe individer som kjennetegnes av sin inaktivitet. De er ikke engasjert i noen form for utdannings-, opplærings- eller arbeidsretning. De søker heller ikke aktivt etter arbeid eller har planer om å gjøre dette (Batini et al., 2017). Formålet med NEET-begrepet var å etablere større forståelse av sårbare unge og belyse unges tilgang på arbeidsmarkedet (Eurofound, 2016). NEET ble ansett som et mindre nedsettende og stigmatiserende begrep om unge som står utenfor skole og arbeid sammenlignet med andre uttrykk (Batini et al., 2017). Siden 1999 har bruk av NEET-begrepet økt i europeisk

sammenheng (Fyhn et al., 2021), og bekymring for denne gruppen øker over hele verden (Gariépy et al., 2022).

I en rapport utarbeidet av NORCE (Norwegian Research Centre) fremgår det at andelen unge med NEET-status i Norge ligger på 6 og 10.7%, avhengig av hvilke tall en velger å bruke (Fyhn et al., 2021). Andelen samsvarer med land som Sverige, Danmark, Luxemburg og Nederland, som ligger på den nedre skalaen når det gjelder arbeidsledighet (OECD, 2018 i Fyhn et al., 2021). Data fra NAV viser at 2.1% av unge mellom 21-24 år mottar uføretrygd (Fyhn et al., 2021), hvor psykiske lidelser er en av de hyppigste årsakene til slik støtte blant unge (NAV, 2021). I tillegg viser dataen at det foreligger betydelig frakobling fra arbeidslivet da de fleste av disse unge uføre er 100% uføretrygdet. I den samme aldersgruppen er det omkring 3.4% som mottar arbeidsavklaringspenger (AAP) (Fyhn et al., 2021). Det er vesentlig å påpeke at unge uføre, unge med nedsatt arbeidsevne og unge sosialhjelpsmottakere ikke nødvendigvis faller inn under NEET-definisjonen, som følge av at de kan være aktive i form av arbeidsrettede tiltak eller annen opplæring. Det er likevel en gruppe som representerer en form for utenforskap da de av ulike grunner har behov for støtte i ung alder. Inkludering av denne gruppen er derfor relevant i beskrivelsen av NEET-problematikken i Norge (Fyhn et al., 2021).

**Psykiske helseproblemer blant unge med NEET-status.** Unge med NEET-status anses som en sårbar gruppe med økt sannsynlighet for sosial ekskludering og opplevelse av håpløshet (Gariépy et al., 2022). Videre synes deres bakgrunn å være preget av et bredt spekter av utfordringer. Studier indikerer for eksempel at det foreligger en kobling mellom NEET-status og utvikling av symptomer på depresjon, angst, stoffmisbruk og suicidalitet (Gariépy et al., 2022). Unge NEETs i Norge har seks ganger høyere sannsynlighet for å føle seg deprimerte og mer enn ni ganger høyere sjanse for å rapportere dårlig helse sammenlignet med jevnaldrende (OECD, 2018 i Fyhn et al., 2021). Videre viser NORCE sin rapport at psykiske helseproblemer er sterke risikofaktorer for skolefravall, svak arbeidsmarkedstilknytning, tidlig uføretrygd, bruk av sosialhjelp, og dermed NEET-status (OECD, 2018 i Fyhn et al., 2021).

Grunnet høye kostnader innen helsehjelp og svekket arbeidsevne, medfører psykiske lidelser konsekvenser av betydelig karakter som påvirker individet, pårørende og samfunnet som helhet. I tillegg har det økonomiske følger både lokalt, nasjonalt og globalt (Burns & Birrell, 2014; McGorry et al., 2022).

## **Organisering av psykisk helsehjelp**

Primær- og spesialisthelsetjenesten fordeler arbeid knyttet til utredning, kartlegging, diagnostisering og behandling av psykiske vansker og lidelser (Imenes, 2018). Kommunen og spesialisthelsetjenesten skal gi ulike, men komplementære tilbud. Grovt sett er kommunens ansvarsområde diagnostisering og behandling av milde, men langvarige lidelser, mens spesialisthelsetjenesten har ansvar for de mer komplekse og alvorlige lidelsene (Imenes, 2018).

### ***Spesialisthelsetjenesten***

Behandling innen psykisk helsevern har som hovedprinsipp å tilby hjelp utfra den enkeltes behov og kapasitet, og hjelpen skal tilbys på en måte som gir opplevelsen av effektiv bistand for mottaker (Andersen & Braut, 2021). Undersøkelser, behandling og rehabilitering av psykiske lidelser inngår i psykisk helsevern. I de fleste land deles psykisk helsevern og spesialistprogrammer inn i barne- og ungdomspsykiatri og voksenpsykiatri, som henholdsvis behandler pasienter under og over 18 år (Solmi et al., 2022).

I spesialisthelsetjenesten i Norge tilbys barn og unge og deres familier helsehjelp i barne- og ungdomspsykiatrien (BUP) (Helsedirektoratet, 2015). BUP utreder og behandler psykiske lidelser og utviklingsforstyrrelser. Arbeidet i BUP er tverrfaglig forankret i et bio/psyko/sosialt/pedagogisk perspektiv. Psykiske lidelser sees i sammenheng med utviklingspsykologi og normale utviklingsvansker. Kontakt og samarbeid med miljøet rundt barnet og den unge, i form av familie, barnehage, skole og fritid, er vesentlig. Tett samarbeid med kommunen, pedagogisk-psykologisk tjeneste (PPT), barnevern, helse- og sosialtjeneste, helsestasjoner og fastleger er også sentralt i BUP (Helsedirektoratet, 2015).

Psykisk helsevern for voksne omfatter sykehustjenester og distriktspsykiatriske sentre (DPS) (Statistisk sentralbyrå, 2023), hvor psykiske lidelser utredes og behandles. Det finnes ulike måter å jobbe på innenfor voksenpsykiatrien avhengig av lidelsen som er gjeldende. Det foreligger gjerne ulike systemer og arbeidskulturer i barne- og ungdomspsykiatrien og voksenpsykiatrien. BUP kan synes å ha en mer holistisk tilnærming ved at fokuset rettes mot barnets/den unges samlede behov. Voksenpsykiatrien på sin side kan ha en mer individualistisk tilnærming, og kan synes å legge mindre vekt på den helhetlige livssituasjonen den unge voksne befinner seg i (Embrett, 2016; Helsedirektoratet, 2012). Tverrfaglig arbeid er også vanlig her, men det virker å ha en mer spesialisert og fokusert tilnærming sammenlignet med BUP (Embrett et al., 2016).

## **Overgangen mellom barne- og ungdomspsykiatri og voksenpsykiatri**

Slik helsetjenestene er organisert i dag kan det være en fare for at unge voksne «faller mellom to stoler». Både nasjonale og internasjonale studier viser at unge synes å oppleve overgangen fra psykiske helsetjenester for barn og ungdom til tjenester for voksne som krevende (Lockertsen, et al., 2020; McGorry et al., 2022; Signorini et al., 2018). Helsesystemet preges av utfordringer knyttet til tilgjengelighet og lange ventelister, særlig i spesialisthelsetjenesten (Meld. St. 23 (2023-2033); Westberg et al., 2022). Videre synes det å eksistere et stort gap mellom byrden av psykiske helseproblemer blant unge og tjenestene som kreves for å adressere dette betydelige sosiale og økonomiske problemet (Burns & Birrell, 2014). I studien til McGorry og kolleger (2022) ble unges tilgang på helsehjelp, globalt sett, undersøkt. Her pekes det på at ungdom og unge voksne har det største behovet for psykisk helsehjelp og potensialet til å dra fordel av den, samtidig som de har dårligst tilgang til rettidig og god hjelp. Flertallet av unge mennesker verken søker, får tilgang til eller mottar psykisk helsehjelp når de trenger det (McGorry et al., 2022; Westberg et al., 2022).

Tjenester innen verken barne- og ungdomspsykiatrien eller voksenpsykiatrien synes å være optimalt utformet for ungdom i slutten av ungdomsfasen og i de tidlige stadiene av EA (MacLeod & Brownlie, 2014). Solmi og kolleger (2022) peker på at inntaksgrensen på 18 år for å få helsehjelp i voksenpsykiatrien er kunstig, og ikke basert på global epidemiologisk evidens eller biologisk evidens for når hjerneforandringer finner sted. På bakgrunn av at de fleste psykiske lidelser viser en topp i debut før fylte 18 år, synes ikke et todelt helsesystem å være evidensbasert (Solmi et al., 2022) og ser ut til å skape et skille når behovet for kontinuitet er på sitt største (Rickwood et al., 2014). Den tradisjonelle organiseringen av helsetjenestene har derfor sine begrensninger da sårbare individer ikke får tilstrekkelig og kontinuerlig hjelp (MacLeod & Brownlie, 2014; McGorry et al., 2022; Solmi et al., 2022). Dette er svært problematisk da ubehandlede psykiske lidelser resulterer i høye nivåer av lidelse, funksjonsnedsettelse og suicidalitet (Hetrick et al., 2017). Et tjenestetilbud organisert etter en tredeling, med tilbud til henholdsvis barn, ungdom/unge voksne og voksne, er foreslått for å kunne gi bedre overganger og sammenheng i behandlingstilbudene (Hawke et al., 2019; Meld. St. (2023-2033)).

### ***Behandlingsmodeller for unge***

Fokuset på å endre og forbedre helsetilbud til unge og unge voksne er et gjennomgående tema i forskning (Birchwood & Singh, 2013; Embrett et al., 2016; Gilmer et al., 2012; Hughes et al., 2018; McGorry et al., 2013; Patel et al., 2007; Plaistow et al., 2014; Solmi et al., 2022). Viktigheten av å ha tjenester som møter unges behov fremheves (Hetrick



et al., 2017). Som svar på begrensningene ved det tradisjonelle psykiske helsesystemet, har en bredspektret ungdomstilnærming til psykisk helse dukket opp siden århundreskiftet (McGorry et al., 2022). Nye modeller for integrert helsehjelp for unge i primærhelsetjenesten har spredt seg rundt om i verden. Fokuset er på aldersgruppen 12-25 år, og det utviklingsmessige overgangsstadiet fra puberteten til selvstendig voksenliv (McGorry et al., 2022).

En systematisk oversiktsartikkel av Hawke og kolleger (2019) har undersøkt konseptualiseringen av ungdomsvennlige psykiske helsetjenester. Ungdomsvennlige tjenester defineres som tilgjengelige, tiltalende, fleksible, konfidensielle og integrerte, hvor unge føler seg respekterte og verdsatt, og kan uttrykke seg autentisk uten å føle seg diskriminert. I tillegg bør de unge ha medbestemmelse i utforming og utøvelse av tjenesten. Det kreves utviklingsmessig og kulturelt passende design (Hawke, et al., 2019) som anerkjenner de komplekse biopsykososiale problemene, og som gjenkjenner utviklingskrisene, de flytende symptom mønstrene og komorbiditeten sett hos denne aldersgruppen (McGorry et al., 2022). Integrert behandling har blitt foreslått som en løsning på krisen i helsevesenet for unge, og det har blitt funnet forbedrede helseutfall for unge som får integrert hjelp sammenlignet med tradisjonell behandling. Dette gjelder eksempelvis reduksjon av selvskading og selvmordstanker, og forbedret sosial og yrkesmessig fungering (Hetrick et al., 2017). Videre er tverrfaglige team sentralt i arbeid med unge, slik at deres behov kan møtes på en holistisk måte (Rickwood, et al., 2019).

Australia var et av de første landene til å investere i en nasjonal reform ved å skape en ny helsetjeneste-plattform for unge gjennom «Headspace: The National Youth Mental Health Foundation» (Rickwood et al., 2023). Dette omfatter per tid det største nasjonale nettverket i verden for forbedrede psykiske helsetjenester for unge i primærhelsetjenesten. Lignende tjenestetilnærminger implementeres i mange andre land, deriblant Irland, Canada, Danmark, Israel, Storbritannia og USA (Rickwood et al., 2023). «Headspace»-sentrene tilbyr integrerte primærhelsetjenester som er lett tilgjengelige og ungdomsvennlige. Det er fire kjerneområder av tjenestelevering for å holistisk adressere de viktigste behovene til de unge innen helse og velvære – psykisk, fysisk og seksuell helse, rus, samt skole og arbeid. Modellen har som formål å redusere barrierene som unge mennesker typisk opplever for å få tilgang til psykisk helsehjelp (Rickwood et al., 2023).

Når det gjelder tjenester for unge i Norge har vi eksempelvis FACT ung-team (Flexible Assertive Community Treatment). Dette er en samhandlingsmodell mellom spesialisthelsetjenesten og kommunen (Helsedirektoratet, 2023). FACT ung-team er tverrfaglige team som skal gi integrert, oppsøkende og langvarig behandling til unge i alderen

12-25 år med alvorlige psykiske lidelser og/eller rusmiddelproblemer (Meld. St. 23 (2023-2033)). Målgruppen har funksjonssvikt innenfor ulike områder, og sammensatte vansker som krever sammensatte tjenester og oppfølging. FACT ung-team er fortsatt i implementeringsfasen i Norge, men er svært utbredt med hele 60 enheter i opprinnelseslandet Nederland (Hatling, 2021).

Litteraturen peker på at de fleste psykiske helsetilbud rettet spesifikt mot unge er etablert i primærhelsetjenesten (McGorry et al., 2022; Meld. St. 23 (2023-2033); Rickwood et al., 2023). Det har derfor blitt uttrykt behov for å styrke tilbudet i spesialisthelsetjenesten slik at også unge med alvorlige og sammensatte lidelser kan få adekvat helsehjelp (Meld. St. 23 (2023-2033)).

### **Formålet med studien**

Oppsummert tyder tidligere litteratur og forskning på at overgangen fra ungdom til voksen er en utviklingsmessig sensitiv periode (McGorry et al., 2022). Atferdsmessige problemer og psykiske lidelser når en topp i løpet av årene i EA (Arnett, 2014) og forstyrrer en rekke milepæler (McGorry et al., 2022). Flere unge står i fare for å falle fra skole og arbeid, og en økende andel mottar arbeidsavklaringspenger (AAP) og uføretrygd (Fyhn, et al., 2021). I tillegg er helsesystemet svakest der det burde ha vært sterkest (Birchwood & Singh, 2013; McGorry et al., 2022), og et gjennomgående tema i forskningen er behovet for å forbedre det begrensede helsetilbudet til unge voksne (Babajide et al., 2020; Birchwood & Singh, 2013; Embrett et al., 2016; Gilmer et al., 2012; McGorry et al., 2013; Patel et al., 2007; Plaistow et al., 2014; Solmi et al., 2022). Formålet med denne studien er derfor å beskrive et behandlingstilbud i norsk spesialisthelsetjeneste, Poliklinikk for unge voksne (PUV) ved Nidelv DPS, Tiller, St. Olavs hospital, og pasientgruppen som mottar hjelp. Videre vil NDPS-T anvendes som forkortelse for Nidelv DPS, Tiller.

PUV er et differensiert tilbud for unge voksne mellom 18-25 år med individuelt tilrettelagt behandling og koordinerte tiltak (PUV, personlig kommunikasjon, 12. september 2023). PUV ble opprettet i november 2017 på bakgrunn av kartleggings- og kvalitetssikringsarbeid gjort ved NDPS-T. Det ble registrert en økende andel henvisninger av unge pasienter med langvarige psykiske plager, komplekse og sammensatte psykososiale vansker og lavt funksjonsnivå, inkludert frafall fra skole og arbeidsliv. I tillegg hadde pasientene vansker med oppmøte i ordinær poliklinikk (PUV, personlig kommunikasjon, 12. september 2023). Erfaringer innen psykisk helsearbeid indikerte at allmennpoliklinisk tilnærming ikke syntes å være tilstrekkelig for å yte adekvat helsehjelp til mange av de yngste pasientene.

Arbeidsmetodikken i PUV kan være en lovende integrert og innovativ behandlingsform (K. H. Holgersen & G. Bagøien, personlig kommunikasjon, 12. januar 2023), men det er vurdert behov for en systematisk evaluering av tilbudet, da det er viktig å undersøke hvordan behandlingstilbudet fungerer. I denne studien undersøkte vi derfor følgende tre forskningsspørsmål:

- 1) *Hvilke demografiske og kliniske kjennetegn hadde pasientgruppen i PUV?*
- 2) *Hvilket behandlingstilbud mottok pasientene i PUV?*
- 3) *Hva var status ved avslutning, og hvilke endringer i funksjons- og helse relaterte variabler har funnet sted fra oppstart til avslutning?*

## Metode

### Design

Denne studien er en del av et pågående forskningsprosjekt ved NDPS-T, St. Olavs hospital. Forskningsprosjektet tar sikte på å undersøke erfaringer med behandlingstilbudet ved enheten Poliklinikk for unge voksne (PUV). Det har en retrospektiv del som inkluderer demografiske data registrert av behandler ved oppstart og avslutning for pasienter som allerede var i behandling ved PUV da datainnsamling startet i 2021. Det er også en planlagt prospektiv del som vil bygge videre på den retrospektive kartleggingen som denne hovedoppgaven beskriver. Denne studien har et longitudinelt design, og kan slik betraktes som en pilotstudie for den planlagte prospektive studien. Den er eksplorerende, og det ble i hovedsak gjennomført deskriptive analyser av data.

### Lokalisering

Datainnsamlingen ble gjennomført ved NDPS-T (tidligere Tiller DPS). NDPS-T er et relativt stort DPS i norsk målestokk og betjener en populasjon på omlag 85 000 voksne fra 18 år og eldre. Enheten dekker både sentrumsnære bydeler i Trondheim og mer landlige områder som tidligere Klæbu kommune og Melhus kommune. Enheten mottar ca. 3000 henvisninger per år, hvor omlag 1500-1800 av disse går til allmennpoliklinikkene. PUV er en spisset poliklinikk som avlaster allmennpoliklinikkene i tilfeller der unge pasienter, under 25 år, har særlig behov for sammensatte tjenester utover ordinær oppfølging. Seksjonen har i tillegg fått et særlig ansvar for utredning av pasienter med spørsmål om utvikling av psykoselidelse. Da kan pasientene også være eldre enn 25 år, men denne gruppen er ikke beskrevet i denne hovedoppgaven.

### Behandlingstilbudet ved PUV

Målsetningen ved PUV er å implementere tidlig intervensjon og individuelt tilpasset behandling, tverrfaglig og tverretattlig, hos unge voksne (PUV, personlig kommunikasjon, 12. september 2023). PUV-teamet er et tverrfaglig team som per tid består av 11 helsepersonell: to overleger, én lege, fem psykologer, én psykiatrisk sykepleier, én familieterapeut og én spesialistvernepleier. I tillegg er to jobbspesialister fra NAV integrert i PUV-teamet, som tilbyr individuell jobbstøtte (benevnt IPS) (PUV, personlig kommunikasjon, 12. september 2023). IPS er en evidensbasert og tverrsektoriell metode for arbeidsrehabilitering (Lystad et al., 2022). Tverrfaglig arbeid beskrives av PUV-teamet som spesielt viktig i kontakt med unge

der funksjonsnivået er lavt og der utfordringer på flere livsområder er gjeldende samtidig (PUV, personlig kommunikasjon, 23. august 2023).

Behandlingen som tilbys ved PUV har en holistisk tilnærming med ulike komponenter. I PUV bruker man både en tradisjonell tilnærming og en mestringsorientert tilnærming (PUV, personlig kommunikasjon, 23. august 2023). Det anses som avgjørende å både dekke utrednings- og behandlingsbehov og samtidig fokusere på pasientens mestring, motivasjon og ressurser. Den tradisjonelle tilnærmingen innebærer utredning hvor en jobber med å redusere symptomer som kan bidra til at funksjonsnivået og livskvaliteten øker. I en mestringsorientert tilnærming jobber man med å bedre pasientens livskvalitet som skal bidra til at funksjonsnivået øker og symptomtrykket avtar (PUV, personlig kommunikasjon, 23. august 2023).

Behandlingstilbudet har fokus på ulike livsarenaer og sammenhengen mellom disse (PUV, personlig kommunikasjon, 23. august 2023). Dette gjelder psykisk og fysisk helse, kognitiv fungering, rus, bolig, økonomi, arbeid og utdanning, interesser, sosiale relasjoner, samt livsbelastninger. Funksjonssirkelen brukes som et sentralt verktøy for å illustrere pasientens ressurser og utfordringer på disse livsområdene. Denne modellen beskriver i utgangspunktet helhetlig behandling av familier med kompleks problematikk, og er videreutviklet av Blå Kors Lade behandlingssenter (PUV, personlig kommunikasjon, 23. august 2023). Funksjonssirkelen deles inn i fire nivåer av fungering, fra store vansker til svært god fungering (Welde, 2013). Det tilrettelegges for pasientmøter i pasientens miljø gjennom ambulant arbeid, som er en sentral del av arbeidsmetodikken til PUV og er nyttig å anvende ved oppmøteproblematikk. På bakgrunn av utfordringer på ulike livsarenaer og for å fremme mestring, er det vesentlig å samarbeide med ulike instanser. Aktuelle samarbeidspartnere er familie, kommunehelsetjenesten, NAV og Trondheim Katedralskole (heretter TKA) – Avdeling Schøning (PUV, personlig kommunikasjon, 23. august 2023). Sistnevnte er et opplæringstilbud for pasienter i helseinstitusjoner som ikke kan motta opplæring innenfor det ordinære skolesystemet (Trøndelag fylkeskommune, 2023).

### **Inklusjons- og eksklusjonskriterier**

PUV sin hovedmålgruppe er unge voksne mellom 18 og 25 år. Inklusjonskriterier for denne studien var derfor at pasientene var innenfor nevnt aldersgruppe. Eksklusjonskriterier var dersom pasienten ikke var vurdert som samtykkekompetent eller behersket norsk i tilstrekkelig grad til å kunne forstå samtykkeskjemaet. Alle pasienter som var i eller ble

henvist til behandling ved PUV og fylte inklusjonskriteriene i perioden 1. juni 2021 til 20. mai 2022, skulle bli informert om studien av sin behandler og få tilbud om å delta.

### **Prosedyre**

Hver enkelt behandler ved PUV vurderte hvorvidt egne pasienter oppfylte studiens inklusjonskriterier. Dersom kriteriene var tilfredsstillende, ga behandler pasienten både muntlig og skriftlig informasjon om studien (se vedlegg 2 for informasjons- og samtykkeskriv). I henhold til prinsipper fra REK om frivillig informert samtykke, kunne ikke behandleren gi pasientene sine noen form for påminnelse om deltakelse i studien eller etterspørre hvorvidt de hadde samtykket til deltakelse eller ikke. Pasientene ble også informert om at valget om å delta i studien ikke ville få noen konsekvenser for behandlingen pasienten fikk. For å delta i studien, måtte pasientene signere samtykkeskriv og levere dette i ekspedisjonen ved NDPS-T. Ansatte i ekspedisjonen videreformidlet denne informasjonen til forskningsgruppen.

### **Etisk godkjenning og personvern**

Forskningsprosjektet ble godkjent av REK Midt-Norge, søknadsnummer 218030. Dataene ble behandlet og lagret i samsvar med gjeldende personvernreglement ved St. Olavs hospital, som eier dataene, og det ble laget en skriftlig avtale mellom studenter, veiledere og NDPS-T. Alle opplysninger ble behandlet uten navn og fødselsnummer eller andre direkte opplysninger som gjorde at deltakerne kunne bli gjenkjent. Ferdigutfylte registreringsskjema ble scannet ved klinisk forskningsenhet Midt-Norge på St. Olavs. Programmet som ble brukt var Teleform og dataene ble lagret på adgangssikret område opprettet av Hemit. Aidentifiserte data ble så overført og lagret på krypterte minnepenner eid av St. Olavs hospital slik at arbeidet med dataene kunne gjøres på private datamaskiner, med forbehold om at studentene ikke var koblet til internett.

### **Datainnsamling**

Datainnsamlingen bestod i hovedsak av registreringsskjemaer utviklet av klinikere og forskere ved NDPS-T, i samarbeid med behandlergruppen i PUV for å oppnå formålet med studien (se vedlegg 3 og 4). Behandlerne fylte ut skjemaene basert på data fra pasientjournal ved inntak og ved avslutning av behandlingen, eller etter minst 12 måneders behandling dersom den ikke var avsluttet 13. september 2022, som var tidspunkt for datauttak. Valg om å innhente avslutningsdata for de åtte personene som enda ikke hadde avsluttet behandlingen, ble gjort for å kunne inkludere disse i datainnsamlingen innenfor tidsrammen av

hovedoppgaven. Forskningsmedarbeider fylte ut skjemaene i de tilfellene behandler var forhindret, hadde sluttet eller lignende.

Skjemaene for demografiske opplysninger inneholdt bakgrunnsvariabler i form av kjønn, alder, sivilstatus, familieforhold og bosituasjon, inntektskilde, utdanning og arbeid. Det ble også samlet informasjon knyttet til psykososial fungering som fravær på skole/arbeid, sosialt nettverk, hobbyer, kosthold og søvn og rusvaner. Det ble innhentet helserelatert informasjon knyttet til for eksempel henvisningsårsak, klinisk vurdering av kontaktevne, sosial og daglig fungering, psykisk problemområde og tidligere behandling for psykiske plager og nevrokognitive vansker. Variabler knyttet til somatisk helse, mors svangerskap og fødsel, medisiner, tidligere selvskading og selvmordsforsøk ble også registrert. For å kartlegge informasjon om tilbudet som var gitt ble det i avslutningsskjemaet innhentet informasjon om antall konsultasjoner i PUV, årsak til avslutning, diagnose, forståelse av hovedproblemet som medførte kontakt med psykisk helsevern og belastninger i oppveksten. I tillegg ble følgende registrert: type psykoterapi og medikamentell behandling gitt i løpet av perioden, samarbeidsmøter, andre instanser pasienten hadde kontakt med, og i hvilken grad pasienten opplevde å få hjelp av behandlingen ved PUV. Se vedlegg 3 og 4 for detaljer knyttet til registreringsskjemaene som ble brukt.

## **Dataanalyser**

Datamaterialet ble analysert i IBM SPSS Statistics versjon 29.0. For å få oversikt over de viktigste egenskapene til datasettet ble det brukt deskriptiv statistikk (frekvensanalyse, gjennomsnitt, median og standardavvik). Den deskriptive statistikken viser hvordan svarene fordelte seg på de ulike svaralternativene i form av frekvens og prosent. Siden gruppen var nokså liten ( $N = 19$ ) og variabler ikke var standardiserte, men utviklet for å beskrive utvalget, ble det også gjennomført manuelt arbeid hvor dataen fra oppstart og avslutning ble sammenlignet. I tillegg har forløp for enkeltpasienter blitt studert individuelt for å undersøke mulige mønster i utvalget. I arbeidet med dataen ble det også gjennomført møter med behandlere ved NDPS-T, herunder presentasjon av foreløpige resultater. Dette for å kvalitetssikre resultater og vurdere om dataen samsvarte med erfaringen fra klinisk praksis.

Hovedoppgaven har tre forskningsspørsmål som også ble undersøkt ved hjelp av deskriptiv statistikk. I del 1 undersøkes pasientenes demografiske karakteristikk, somatiske helse og funksjonsnivå, samt psykisk helse. I del 2 ser vi på behandlingstilbudet pasientene fikk ved PUV, og presenterer data fra underveis i behandlingen. Det beskrives eksempelvis hvilke diagnoser pasientene fikk. I del 3 studeres pasientenes status ved avslutning, og

endringer fra oppstart til avslutning på enkelte funksjons- og helserelaterede variabler. Det ble utformet utfallstabeller for å undersøke og illustrere endringer i virksomhet og hovedinntektskilde. I tabell 7 har vi valgt å slå sammen variablene «skole» og «arbeid», «arbeidssøker», «arbeidstiltak» og «annet», samt «søkt uføretrygd» og «arbeidsufør». I tabell 8 ble «studielån» slått sammen med «lønnsinntekt og i arbeid som vanlig». Det ble ikke gjort ytterligere sammenslåinger, da det var ønskelig å få frem nyanser i dataen. Andre utfallsvariabler vi har valgt å undersøke er skolefravær, somatisk helse, kosthold og bruk av rusmidler. Når det gjelder skolefravær, valgte vi å ekskludere pasientene som fikk oppgitt fravær på skolen uten å ha fått rapportert skole som virksomhet.

## Resultater

Av de omlag 150 pasientene som var, eller kom, i behandling i prosjektperioden ble minimum 53 pasienter forespurt om deltakelse. 20 pasienter takket ja og signerte skriftlig informert samtykke. Ettersom det er usikkert hvor mange av de 150 pasientene som ble forespurt var det ikke mulig å fastslå nøyaktig svarprosent, men den lå et sted mellom 13% og 38% (basert på de 53 pasientene som det var dokumentert at fikk informasjon). Én deltaker ble ekskludert da vedkommende sin alder var betydelig over 25 år. Totalt antall deltakere i denne studien var derfor 19.

### Forskningsspørsmål 1: Demografiske og kliniske kjennetegn ved pasientgruppen

Tabell 1 viser en oversikt over demografiske kjennetegn ved utvalget ved oppstart av behandling. Utvalget bestod av en relativt lik fordeling av kvinner og menn, med en gjennomsnittsalder på 20.7 år ( $SD = 2.3$ ,  $Mdn = 20.0$ ). De fleste pasientene var enslige ( $n = 13$ ; 68.4%) og bodde sammen med foreldrene sine. Ingen av pasientene hadde omsorg for egne barn under 18 år. De fleste gikk på skole, hvorav videregående skole var det vanligste ( $n = 10$ ; 52.6%). To av disse pasientene hadde ordinært arbeid i tillegg til å gå på skole, mens én pasient var involvert i et arbeidstiltak i tillegg til sin skolegang. Når det gjelder utdanningsnivå, hadde ni pasienter (47.4%) ungdomsskole som høyeste fullførte utdanning, åtte (42.1%) hadde fullført deler av eller hele videregående skole, og to pasienter (10.5%) hadde fullført to år på høyere utdanning. Arbeidsavklaringspenger (AAP) var inntektskilden til nesten halvparten av pasientene. På spørsmålet om pasienten noen gang har vært i lønnet arbeid, ble dette rapportert for 36.8% ( $n = 7$ ). Når det gjelder type arbeid, hadde seks av åtte pasienter deltidsarbeid, én pasient hadde tilrettelagt arbeid og én hadde tiltak i regi av NAV.



**Tabell 1***Demografiske karakteristikk ved utvalget ved oppstart av behandling*

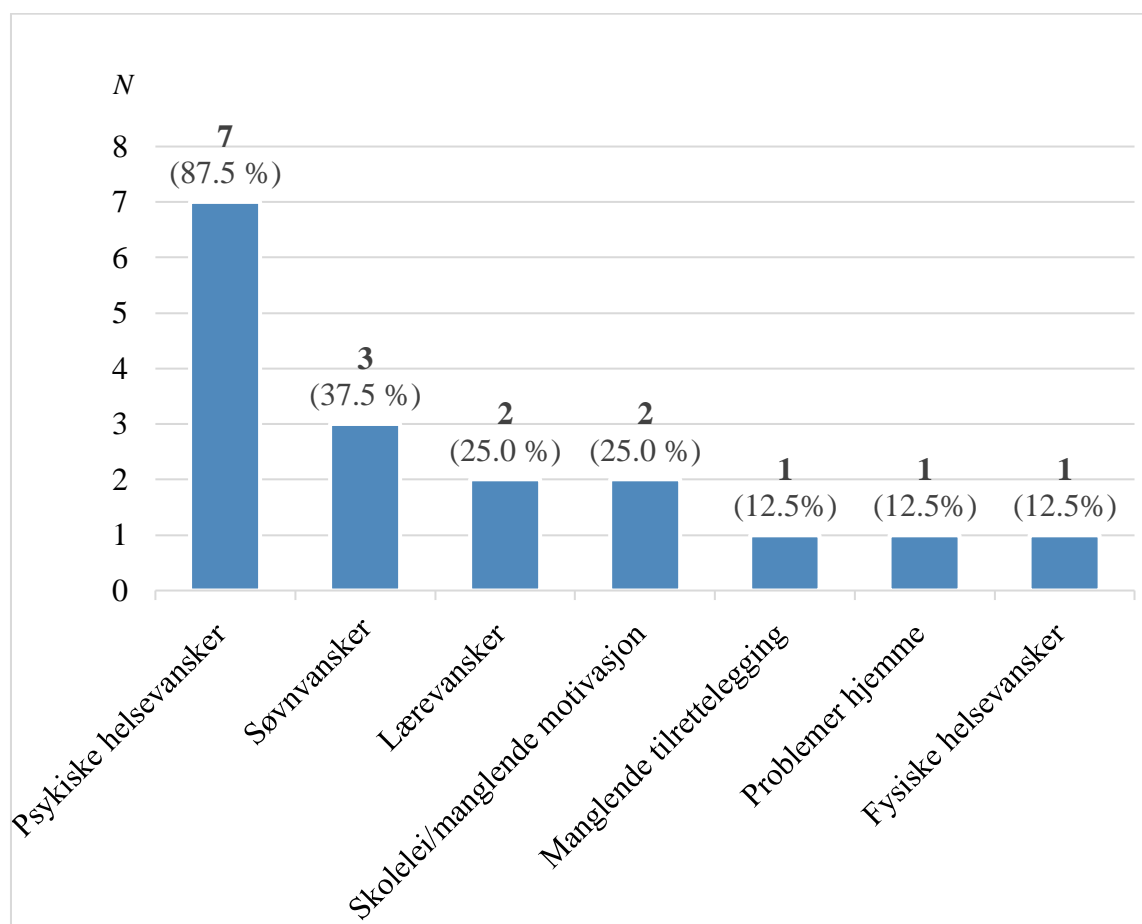
Variabel	<i>N</i>	%
<b>Kjønn</b>		
Kvinner	10	52.6
Menn	9	47.4
<b>Alder</b>		
18-20	11	57.9
21-23	5	26.3
24-26 <sup>b</sup>	2	10.5
Ukjent	1	5.3
<b>Bosituasjon</b>		
Bor med foreldre	9	47.4
Bor med samboer/ektefelle	4	21.1
Bor alene	3	15.8
Bor med andre	2	10.5
Annet	1	5.3
<b>Virksomhet<sup>a</sup></b>		
Skole/høyskole/universitet	12	63.2
Arbeidstiltak	6	31.6
Ordinært arbeid	3	15.8
Arbeidsufør	1	5.3
Annet	3	15.8
<b>Hovedinntektskilde<sup>a</sup></b>		
AAP	8	42.1
Lønnsinntekt og i arbeid som vanlig	3	15.8
Sosial stønad	2	10.5
Forsørger av foreldre	2	10.5
Studielån	1	5.3
Uføretrygd	1	5.3
Ukjent	1	5.3

*Notat.* <sup>a</sup>*N* > 19 pga. det var mulig å krysse av på flere svaralternativer samtidig. <sup>b</sup>Én pasient fylte 26 år ved oppstart av behandlingen.

Opp mot halvparten av pasientene ( $n = 8$ ; 42.1%) var registrert å ha skolefravær ved oppstart av behandling. Figur 1 viser antatte årsaker til dette fraværet. Behandlerne rapporterte at pasientene i snitt hadde 2.1 årsaker ( $SD = 1.7$ ,  $Mdn = 1.5$ ) til fravær hver, hvorav psykiske helsevansker og søvnvansker var de to hyppigst rapporterte årsakene. Fire pasienter hadde også andre årsaker som spilte inn i tillegg til psykisk helsevansker.

**Figur 1**

*Årsaker til fravær på skolen*



*Notat.*  $N > 8$  pga. det var mulig å krysse av på flere svaralternativer samtidig.

Tabell 2 viser en oversikt over behandlerens vurdering av pasientens funksjonsnivå ved oppstart av behandling. Ni pasienter (47.4%) ble rapportert å ha somatisk sykdom og/eller smerteproblematikk. Blant de med kjent somatisk sykdom(mer) ble migrene hyppigst oppgitt, hos tre av syv pasienter. Når det gjelder somatisk helse/smerter, ble det rapportert at to pasienter (10.5%) var under utredning for magesmerter og nevrologiske symptomer i spesialisthelsetjenesten. Åtte av pasientene (42.1%) ble oppført med enten søvnvansker eller uregelmessig døgnrytme. Det ble rapportert at 47.4% ( $n = 9$ ) hadde et vanlig kosthold og

42.1% ( $n = 8$ ) hadde et avvikende kosthold, mens for de to (10.5%) resterende pasientene var dette ukjent. De fleste pasientene ble vurdert å ha god eller alminnelig kontaktevne og alminnelig sosial kompetanse, mens daglig fungering ble vurdert å være redusert for over halvparten. På spørsmålet om pasientens sosiale nettverk, ble moderat nettverk rapportert flest ganger, etterfulgt av et begrenset nettverk. Nesten alle pasientene ( $n = 17$ ; 89.5%) var engasjert i andre aktiviteter enn arbeid, i form av hobbyer, fysisk trening, dataspill eller andre aktiviteter.

**Tabell 2**

*Behandlerens vurdering av pasientens somatiske helse og funksjonsnivå ved oppstart av behandling*

Variabel	<i>N</i>	%
Kjent somatisk sykdom	7	36.8
Kroppssmerter/ubehag	4	21.1
Kroniske smerter	2	10.5
Sporadiske smerter	1	5.3
Ukjent	1	5.3
Søvn		
Uregelmessig	5	26.5
Søvnvansker	3	15.8
Alminnelig	2	10.5
Ukjent	9	47.4
Kontaktevne		
God	8	42.1
Alminnelig	7	36.8
Redusert	2	10.5
Ukjent	2	10.5
Daglig fungering		
God	1	5.3
Alminnelig	3	15.8
Redusert	12	63.2
Ukjent	3	15.8
Sosial kompetanse		
God	2	10.5
Alminnelig	9	47.4
Redusert	5	26.3
Ukjent	3	15.8
Sosialt nettverk		

Ikke noe kjent nettverk: ingen personer	.	.
Lite nettverk: få eller evt. en person	8	42.1
Moderat nettverk: flere personer	10	52.6
Stort nettverk: mange personer	1	5.3
Nåværende aktiviteter <sup>a</sup>		
Hobbyer	9	52.5
Fysisk trening	7	36.8
Dataspill	7	36.8
Andre aktiviteter	8	42.1
Ukjent	2	10.5

*Notat.* <sup>a</sup> $N > 19$  pga. det var mulig å krysse av på flere svaralternativer samtidig.

Tabell 3 viser en oversikt over psykisk helse ved oppstart. Flertallet av pasientene ( $n = 14$ ; 73.7%) var henvist til NDPS-T av fastlegen. Nesten halvparten ( $n = 8$ ; 42.1%) fikk innvilget rett til helsehjelp i en annen seksjon først (allmennpoliklinikk, ambulant akutt team og døgn), og deretter videreført til PUV. Den vanligste henvisningsårsaken var økt risiko for å falle fra skole og/eller jobb, etterfulgt av funksjonsvansker og behov for integrert behandling/sammensatte tjenester. Dette er i tråd med inntakskriteriene ved PUV. Pasientene hadde i snitt over to henvisningsårsaker ( $M = 2.1$ ,  $SD = 1.0$ ,  $Mdn = 2.0$ ). Depresjon var det hyppigst forekommende psykiske problemområdet i henvisningene, etterfulgt av angst og livsbelastning/traume. De fleste pasientene ( $n = 17$ ; 89%) hadde flere psykiske problemområder ( $M = 2.4$ ,  $SD = 0.8$ ,  $Mdn = 2.0$ ).

Nesten alle pasientene (94.7%) hadde mottatt psykisk helsehjelp tidligere, hvorav BUP og døgnavdeling ved DPS var de to hyppigste tiltakene. Det var mistanke om eller påviste nevrokognitive vansker hos 12 pasienter (63.2%), hvor tre av pasientene fikk oppgitt to typer nevrokognitive vansker. 31.6% ( $n = 6$ ) av pasientene ble vurdert å ha behov for utredning av nevrokognitive vansker. Informasjon om både mors svangerskap og fødsel (pasientenes helt tidlige utviklingshistorie) var ukjent i de fleste forløpene ( $n = 16$ ; 84.2%). Det ble rapportert at 15 pasienter (78.9%) hadde opplevd belastninger i barndom/oppvekst, med et gjennomsnitt på 2.1 belastninger hver ( $SD = 1.7$ ,  $Mdn = 1.0$ ). 21.1% ( $n = 4$ ) av pasientene ble oppført med tidligere selvskading, og det ble rapportert at 36.8% ( $n = 7$ ) hadde hatt tidligere selvmordsforsøk.

Det ble rapportert at 11 pasienter (57.9%) brukte en form for medisin, der sovemedisin ( $n = 5$ ; 26.3%) og antidepressiva ( $n = 5$ ; 26.3%) var de hyppigste formene for psykofarmaka, etterfulgt av antipsykotika ( $n = 4$ ; 21.1%). På spørsmålet om bruk av rusmidler ble alkohol

hyppigst rapportert ( $n = 9$ ; 47.4%), mens 21.1% ( $n = 4$ ) brukte ulike former for narkotiske stoffer. Behandlerne rapporterte at de fleste pasientene ( $n = 16$ ; 84.2%) ikke hadde et rusproblem. Kun to pasienter (10.5%) ble rapportert å ha et rusproblem, nærmere bestemt avhengighet ( $n = 1$ ; 5.3%) og annen grad/form av rusproblem ( $n = 1$ ; 5.3%). Et fåtall av pasientene ble rapportert å bruke tobakk, henholdsvis sigaretter ( $n = 2$ ; 10.5%) og snus ( $n = 4$ ; 21.1%).

**Tabell 3**

*Beskrivelse av psykisk helse ved oppstart*

Variabel	<i>N</i>	%
<b>Psykisk helse ved henvisning og tidligere behandling</b>		
Henvisningsårsak <sup>a</sup>		
Risiko for å falle fra jobb eller skole	10	52.6
Funksjonsvansker	8	42.1
Behov for integrert behandling/sammensatte tjenester	8	42.1
Vansker med oppmøte i ordinær poliklinikk	4	21.1
Multimorbiditet/uavklarte tilstander	3	15.8
Oppfølging av psykiatrisk sykepleier/miljøterapeut	2	10.5
Behov for ambulant oppfølging	1	5.3
Annet	3	15.8
Psykisk problemområde i henvisning <sup>a</sup>		
Depresjon	14	73.7
Angst	6	31.6
Livsbelastning/trauma	5	26.3
ADD/ADHD	4	21.1
Funksjonsnivå/vansker	4	21.1
Personlighetsforstyrrelse	3	15.8
Spiseforstyrrelse	2	10.5
Utviklingsforstyrrelse	2	10.5
Selvmordsfare	2	10.5
Søvn	2	10.5
Psykose	1	5.3
Rus	1	5.3
Tidligere behandling/oppfølging <sup>a</sup>		
BUP	16	84.2
DPS døgn	9	47.4

Kommune psykolog	4	21.1
Spesialpoliklinikk	4	21.1
Akuttpost	3	15.8
AAT	3	15.8
Barnevern	2	10.5
DPS poliklinikk	3	15.8
PPT	1	5.3
Rusbehandling	1	5.3
<b>Sårbarhet og belastninger</b>		
Nevrokognitive vansker <sup>a</sup>		
ADHD/ADD	7	36.8
Autismespekterlidelser	5	26.3
Lærevansker	2	10.5
Opplevde belastninger i barndom/oppvekst <sup>a</sup>		
Familiekonflikter/skilsmiss	7	36.8
Mobbing/utestenging	5	26.3
Tap av nær(e) person(er)	4	21.1
Psykisk vold	3	15.8
Fysisk vold	3	15.8
Omsorgssvikt	2	10.5
Rusmisbruk	1	5.3
Seksuelle overgrep	1	5.3
Annet	2	10.5
Ukjent	3	15.8
Bruk av rusmidler		
Ja	10	52.6
Nei	6	31.6
Ukjent	3	15.8

---

*Notat.* <sup>a</sup> $N > 19$  pga. det var mulig å krysse av på flere svaralternativer samtidig.

Utredningsforløpet i PUV resulterte i følgende hoved- og bidiagnoser ved avslutning, vist i tabell 4. De fleste pasientene hadde F90.0 Hyperkinetiske forstyrrelser som hoveddiagnose, etterfulgt av ulike typer depresjon. Ni av pasientene hadde også bidiagnose(r) (47.4%), hvor depresjonsdiagnoser var hyppigst forekommende.

**Tabell 4***Hoved- og bidiagnoser ved avslutning*

Variabler	Antall	%	Antall	%
	hoveddiagnoser		bidiagnoser	
F30-39 Affektive lidelser	5	26.3	4	21.1
F40-48 Nevrotiske, belastningsrelaterte og somatoforme lidelser	3	15.8	3	15.8
F50 Spiseforstyrrelser			1	5.3
F60 Spesifikke personlighetsforstyrrelser	2	10.5		
F80-89 Utviklingsforstyrrelser	2	10.5	1	5.3
F90 Hyperkinetiske forstyrrelser	6	31.6	1	5.3
Avhengighet			2	10.5
Andre	1	5.3	1	5.3
Totalt	19	100	13	68.4

**Forskningsspørsmål 2: Behandlingstilbudet pasientene mottok i PUV**

Tabell 5 viser behandlingstilbudet pasientene mottok i PUV, hvor variablene psykoterapi, medikamentell behandling og kontakt med samarbeidspartnere inngår. Antall konsultasjoner i PUV varierte fra 15 til 114, med et gjennomsnitt på 56.5 konsultasjoner per pasient ( $SD = 31.1$ ,  $Mdn = 54.0$ ). Konsultasjonstypen som ble gjennomført flest ganger ( $n = 469$ ; 41.9%) var fysisk oppmøte på PUV, etterfulgt av konsultasjon med pasient via telefon ( $n = 238$ ; 21.3%). I snitt mottok pasientene to ulike typer psykoterapi ( $SD = 1.1$ ,  $Mdn = 2.0$ ) i løpet av behandlingsforløpet sitt, med mestringsorientert terapi og CBT/metakognitiv terapi som de to vanligste terapiformene. 52.6% fikk medikamentell behandling i tillegg til psykoterapi. Det var stor variasjon i type medikamenter. Ved avslutning var ADHD-medisin det medikamentet som ble oppført for flest (26.3%), etterfulgt av sovemedisin (15.8%) og antidepressiva (15.8%). For 18 pasienter (94.7%) innebar også behandlingen kontakt med andre samarbeidspartnere, hvor det i gjennomsnitt ble oppgitt 3.1 instanser ( $SD = 1.8$ ,  $Mdn = 3.5$ ) per pasient. NAV var den instansen flest hadde hatt kontakt med, men det var også hyppig kontakt med familie og skole. Videre hadde 31.6% kontakt med jobbspesialist i PUV.

**Tabell 5***Behandlingstilbud ved PUV*

Variabler	N	%
Type psykoterapi <sup>a</sup>		
Mestringsorientert terapi	15	78.9
CBT/metakognitiv terapi	7	36.8
Miljøterapi	4	21.1
Familieterapi	3	15.8
Motiverende intervju	2	10.5
Psykodynamisk terapi	1	5.3
Annet	6	31.6
Medikamentell behandling		
Ja	10	52.6
Nei	9	47.4
Kontakt med jobbspesialist		
Ja	6	31.6
Nei	10	52.6
Ukjent	3	15.8
Samarbeidspartner <sup>a</sup>		
NAV	16	84.2
Familie	10	52.6
Skole	9	47.4
TKA – Avdeling Schønning	7	36.8
Voksenopplæring	1	5.3
Annen skole	1	5.3
Kommunehelsetjeneste	6	31.6
Ansvarsgruppemøter	4	21.1
Spesialisthelsetjeneste	2	10.5
Andre	3	15.8

*Notat.* <sup>a</sup>N > 19 pga. det var mulig å krysse av på flere svaralternativer samtidig.

### **Forskningsspørsmål 3: Status ved avslutning, og endringer i funksjons- og helserelaterte variabler**

Tabell 6 viser data knyttet til status ved avslutning og videre oppfølging. Dette gjelder årsak til avslutning, nytte av behandling og kontakt med andre instanser. Den vanligste årsaken til avslutning av behandlingsforløp ved PUV var fullført behandling. En betydelig andel av pasientene ble også overført til annen avdeling, både ved NDPS-T og til kommunale enheter. Blant de pasientene som hadde annen årsak til avslutning, ble det spesifisert at fire (21.1%) fortsatt var i behandling ved PUV. Behandlerne vurderte at pasientene syntes å ha



god nytte av behandlingen. For 60% ( $n = 9$ ) av pasientene ble behandlingsutbyttet begrunnet med bedret funksjon.

Ved avslutning var NAV og fastlege de instansene flest hadde kontakt med. Blant de 18 som fikk besvart dette spørsmålet ble det i gjennomsnitt oppført 1.8 instanser ( $SD = 0.8$ ,  $Mdn = 2.0$ ) per pasient. Over halvparten av pasientene hadde planlagt oppfølging etter avsluttet behandling, hvor både kommunale og spesialiserte enheter ble rapportert. Enhetene som ble oppført var blant annet NAV, og kommunale tjenester som enhet for psykisk helse og rus (EPHOR) og Helse- og velferdskontor (HVK), i tillegg til annen enhet i psykisk helsevern og rusbehandling.

**Tabell 6**

*Status ved avslutning og videre oppfølging*

Variabel	<i>N</i>	%
Årsak til avslutning <sup>a</sup>		
Ikke møtt	1	5.3
Overført annen avdeling	6	31.6
Avsluttet etter pasientens ønske	.	.
Fullført behandling	7	36.8
Annet	5	26.3
Ukjent	1	5.3
Hjelp/nytte av behandling i PUV		
Ingen	.	.
Noen	2	10.5
Middels	4	21.1
I stor grad	8	42.1
I svært stor grad	1	5.3
Ukjent	4	21.1
Kontakt med andre instanser v/avslutning <sup>a</sup>		
Fastlege	10	52.6
Oppfølgingstjenesten i kommunen	3	15.8
Rusbehandling	1	5.3
Annen enhet innen PH	2	10.5
NAV	11	57.9
TKA – Avdeling Schøning	2	10.5
Andre	4	21.1
Planlagt oppfølging		
Ja	11	57.9
Nei	4	21.1
Ukjent	4	21.1

*Notat.* <sup>a</sup> $N > 19$  pga. det var mulig å krysse av på flere svaralternativer samtidig.

### ***Endring fra oppstart til avslutning***

Tabell 7 viser endring i pasientens daglige virksomhet fra behandlingsoppstart til -avslutning. De fleste ( $n = 13$ ; 68.4%) holdt seg innenfor samme virksomhetskategori gjennom behandlingsforløpet, mens seks stykker endret status fra skole og arbeid til arbeidssøker/arbeidstiltak og annet. Mer spesifikt ble det ved oppstart rapportert at 12 pasienter gikk på skole, mens ved avslutning var det seks. Når det gjelder andelen arbeidssøkere, endret dette seg fra null ved oppstart til tre ved avslutning. Når det gjelder arbeidstiltak, gikk andelen opp fra seks til syv. Én pasient gikk fra å søke uføretrygd til å bli ufør.

**Tabell 7**

*Beskrivelse av virksomhet per i dag ved oppstart og avslutning av behandling*

		Avslutning			Totalt <sup>a</sup>
		Skole og arbeid	Arbeidssøker, arbeidstiltak og annet	Uføretrygd	
Oppstart	Skole og arbeid	8	6	.	14
	Arbeidssøker, arbeidstiltak og annet	.	6	.	6
	Uføretrygd	.	.	1	1
Totalt <sup>a</sup>		8	12	1	21

*Notat.* «Annet» viser til jobbspesialt og oppfølging av NAV. <sup>a</sup> $N > 19$  pga. det var mulig å krysse av på flere svaralternativer samtidig.

Tabell 8 viser endring i hovedinntektskilde ved oppstart og avslutning. Ni deltakere (47.4%) holdt seg innenfor samme inntektskilde. Generelt var det relativt små endringer. Den tydeligste endringen var økningen i antall deltakere med AAP ( $n = 5$ ; 26.3%). Tabell 7 og 8 viser den samme trenden i form av økning i AAP.

**Tabell 8**

*Beskrivelse av hovedinntektskilde ved oppstart og avslutning av behandling*

		Avslutning						Totalt <sup>a</sup>
		Lønns- inntekt	Ufør	AAP	Sosial stønad	Forsørges av foreldre	Ukjent	
Oppstart	Lønns- inntekt	3	.	.	.	.	.	3
	Ufør	.	1	.	.	.	.	1
	AAP	.	1	6	.	1	1	9
	Sosial stønad	.	.	2	.	.	.	2
	Forsørges av foreldre	.	.	1	.	1	.	2
	Ukjent	.	.	2	.	.	1	3
Totalt <sup>a</sup>		3	2	11	.	2	2	20

*Notat.* «Lønnsinntekt» viser til lønnsinntekt og i arbeid som vanlig og studielån, «ufør» viser til arbeidsufør og søkt uføretrygd. <sup>a</sup>*N* > 19 pga. det var mulig å krysse av på flere svaralternativer samtidig.

### **Andre utfallsvariabler**

Når det gjelder endringer fra oppstart til avslutning for variablene presentert under, er disse små, men de synes likevel å reflektere positive tendenser.

**Skolefravær ved oppstart og avslutning.** Det kan virke å være en positiv trend med tanke på reduksjon i skolefravær fra oppstart til avslutning av behandling. Seks pasienter (31.6%) gikk på skole ved oppstart og avslutning. Av disse var det rapportert at tre pasienter

(50%) gikk fra å ha fravær til å ikke ha det. Det manglet imidlertid informasjon om skolefraværet for de resterende tre pasientene, så tallene må betraktes med forbehold.

**Somatisk helse.** Det var en reduksjon fra oppstart til avslutning i rapporteringen av kjent somatisk sykdom og kroppssmerter/ubehag. Fem pasienter (26.3%) fikk rapportert kjent somatisk sykdom ved både oppstart og avslutning. To pasienter (10.5%) fikk rapportert det ved oppstart, men ikke ved avslutning.

Når det gjelder kroppssmerter/ubehag, ble frekvensen redusert fra fire pasienter (21.1%) ved oppstart til to (10.5%) ved avslutning. Én pasient (5.3%) fikk rapportert kroppssmerter/ubehag ved både oppstart og avslutning, og én (5.3%) fikk kun rapportert det ved avslutning. Tre pasienter (15.8%) fikk rapportert kroppssmerter/ubehag ved oppstart, men ikke ved avslutning.

Når det gjelder utredning i spesialisthelsetjenesten, gikk andelen fra to pasienter (10.5%) ved oppstart til en (5.3%) ved avslutning. Én pasient fikk rapportert utredning ved både oppstart og avslutning, og én pasient kun ved oppstart. Ingen av pasientene fikk oppført behandling i spesialisthelsetjenesten verken ved oppstart eller avslutning.

**Kosthold.** Ved avslutning fikk færre pasienter rapportert et avvikende kosthold, med en endring fra åtte (42.1%) ved oppstart til fem (26.3%) ved avslutning. Ni pasienter (47.4%) hadde et vanlig kosthold ved oppstart, med en reduksjon til syv (36.8%) ved avslutning. Antallet med ukjent kosthold var imidlertid større ved avslutning – fra to (10.5%) ved oppstart til syv (36.8%) ved avslutning. Tre pasienter (15.8%) gikk fra å ha et avvikende kosthold ved oppstart, til å ha et vanlig kosthold ved avslutning dersom en ser på trender for hver enkelt pasient.

**Bruk av rusmidler.** Når det gjelder bruk av andre rusmidler enn tobakk, var det en reduksjon fra ti pasienter ved oppstart (52.6%) til ni pasienter ved avslutning (47.4%). Tre av pasientene (15.8%) som brukte rusmidler både ved oppstart og avslutning, gikk fra å bruke narkotiske stoffer ved oppstart til kun alkohol ved avslutning. Når det gjelder behandlers vurdering av om pasienten hadde et rusproblem, var andelen den samme ved både oppstart og avslutning ( $n = 2$ ; 10.5%). Informasjon om et evt. rusproblem var ukjent for en større andel ved avslutning ( $n = 3$ ; 15.8%) sammenlignet med oppstart ( $n = 1$ ; 5.3%). Det ble rapportert «nei» for 16 pasienter (84.2%) ved oppstart og for 14 (73.3%) ved avslutning.

## Diskusjon

Hovedfunnet i denne studien var at pasientene i PUV hadde sammensatte og langvarige vansker på flere områder, blant annet ulike typer psykiske lidelser, nevrokognitive vansker og somatiske helseutfordringer. For de fleste så vanskene ut til å være relatert til redusert funksjon når det gjaldt skole, arbeid og sosial fungering, og data tyder på at pasientene hadde opplevd psykososiale belastninger tidligere i livet. Behandlingstilbudet pasientene fikk i PUV syntes å kunne bli beskrevet som tverrfaglig og integrert, med et helhetlig fokus. Dette på bakgrunn av at behandlingsteamet bestod av fagfolk fra ulike yrkesgrupper, at behandlerne samarbeidet tett med andre instanser utenfor DPS og at behandlingsfokuset var rettet mot flere ulike områder i pasientens liv samtidig (f.eks. psykisk og fysisk helse, arbeid og utdanning, bo- og hverdagsfungering, samt sosialt nettverk). Hovedfunnene tyder på at PUVs pasientgruppe og arbeidsform er i tråd med intensjonene da enheten startet opp, men data må betraktes med forbehold grunnet få deltakere. Studien avdekket nettopp omfattende utfordringer med å forske på denne pasientgruppen, da det var svært vanskelig å rekruttere deltakere. Dette kan tenkes å gjenspeile vanskene mange i denne populasjonen har. Et inntakskrav for PUV er at pasienten ikke har greid, eller har så sammensatte vansker at det antas vanskelig, å følge opp alminnelig allmennpoliklinisk oppfølging og derfor behøver et mer tilrettelagt behandlingstilbud.

### **Forskningsspørsmål 1: Demografiske og kliniske kjennetegn ved pasientgruppen**

#### ***Vansker innen psykisk og fysisk helse og rus***

Resultatene viser at nesten alle i pasientgruppen (94.7%) hadde mottatt psykisk helsehjelp tidligere. I tillegg hadde mange parallelle vansker på områder innen psykisk og fysisk helse, livsbelastninger, søvn, samt skole og arbeid. Dette virker å samsvare med tidligere forskning på unge voksne som viser at mange alvorlige psykiske lidelser debuterer i denne livsfasen, og at kliniske profiler ofte kompliseres av samtidige problemer innen psykisk helse, fysisk helse og rusbruk (Pottick et al., 2014).

Hele 74% av pasientene i PUV hadde depresjon registrert som «psykisk problemområde beskrevet i henvisning» ved oppstart. Depresjon var også den hyppigst registrerte diagnosen ved avslutning (47.4%), om man slår sammen hoved- og bidiagnoser. Dette sammenfaller både med en studie fra USA på en tilsvarende populasjon som fant at depresjon var den hoveddiagnosen flest fikk (21.6%) (Pottick et al., 2014), og den norske SHoT-undersøkelsen (Sivertsen et al., 2023). Den kliniske erfaringen til de ansatte ved PUV tilsier at det også er en høy forekomst av blant annet psykose ved enheten, sammenlignet med

populasjonen i en ordinær allmennpoliklinikk. Det ble imidlertid ikke funnet i denne studien, noe som kan forklares av at utvalget var såpass lite og selektert.

En høy andel pasienter hadde også nevrokognitive vansker. ADHD var den hoveddiagnosen aller flest pasienter hadde ved avslutning, herav opp mot en tredjedel. Dette er i samsvar med data fra Norsk pasientregister som viser en økning i ADHD-diagnoser og -medisinbruk i Norge de siste ti årene (Bang et al., 2023). Tidligere forskning hevder at unge voksne med nevroutviklingsforstyrrelser utgjør en underdiagnostisert gruppe ved poliklinikker, og at vanskene deres overses grunnet den høye komorbiditeten av andre psykiske lidelser som er påvist hos disse pasientene. Prevalensstudier fra barne- og ungdomspsykiatrien og det faktum at symptomer på nevroutviklingsforstyrrelser vedvarer inn i voksenlivet, i tillegg til klinisk erfaring, tilsier at en relativt høy andel nevroutviklingsforstyrrelser i voksenpsykiatrien kan forventes (Eberhard et al., 2022).

En relativt høy andel, om lag 47%, ble rapportert å ha somatisk sykdom og/eller smerteproblematikk. I lys av at forskning viser at personer med angst-, depresjons- og stressrelaterte diagnoser har flere somatiske plager enn andre (Dahli et al., 2021), kan dette forstås som forventet. På den annen side kan underliggende somatisk sykdom være årsak til psykiske helseplager, og utredning og utelukking av somatiske årsaker kan derfor være viktig i oppfølgingen (Meld. St. 23 (2023-2033)). Det kan derfor være en fordel at helsehjelpen ved PUV er organisert ut fra et tverrfaglig team der også legedekningen er høy.

Et fåtall av behandlerne rapporterte at pasientene hadde et rusproblem. Dette til tross for at ungdomsperioden assosieres med en forhøyet risiko for rusbruk grunnet aldersspesifikke nevrobiologiske endringer (Gray & Squeglia, 2018; MacLeod & Brownlie, 2014). Risikoen øker dessuten ved uønskede og stressende opplevelser i barndom og i voksen alder (Villanueva & Gomis-Pomares, 2021). Resultatet kan sees i sammenheng med at St. Olavs inntil 2023 hadde et eget psykiatrisk ungdomsteam rettet mot unge i alderen 15-30 år med samtidig rus- og psykisk lidelse (St. Olavs, u.å.). Den lave rapporteringen av rusbruk kan også skyldes mangelfull kjennskap til pasientens rusvaner blant behandlerne, da underrapportering ved bruk av rusmidler er vanlig (Steinhoff et al., 2023). I tillegg kan en medvirkende årsak være det begrensede og selekterte utvalget.

### ***Sårbarhet***

Henvisningene til PUV kom i hovedsak fra fastlege (73.7%), og kun én pasient ble henvist fra BUP. 84.2% av pasientene hadde imidlertid fått oppfølging av BUP tidligere. Dette kan tenkes å gjenspeile noen av de strukturelle utfordringene ved psykisk helsevern som foreligger i dag, det vil si overgangen mellom BUP og DPS og samarbeidet mellom de to

instansene. Resultatene underbygger viktigheten av å sikre et godt samarbeid og en god overgang mellom BUP og DPS.

Det at en så stor andel av pasientene har hatt behov for hjelp av BUP og har hatt belastninger i oppvekst, kan indikere at de har hatt med seg en sårbarhet. Dette kan sies å være i tråd med for eksempel MacLeod & Brownlie (2014) som anfører at det er en betydelig kontinuitet i psykisk helse og psykososial fungering fra barndom til EA, og at det oftest er slik at «emerging adults» med vansker har hatt problemer tidligere og motsatt. I mange tilfeller forandres uttrykket av vanskene mens innvirkningene vedvarer (MacLeod & Brownlie, 2014). En rekke tidlige risikofaktorer har blitt funnet å påvirke senere psykiske helseutfall, og det foreligger en sammenheng mellom miljømessige erfaringer og hjerneutvikling. Dette inkluderer individuelle faktorer, som prenatal påvirkning, nevrokjemisk ubalanse, kognitive eller språk-/lærevansker og kronisk sykdom. Andre risikofaktorer kan være knyttet til livshendelser, skole, familie, sosiale forhold, samt karakteristikker ved samfunnet (MacLeod & Brownlie, 2014).

Resultatene viste at det forelå svært lite informasjon om mors svangerskap og fødsel for pasientgruppen i PUV (manglet for 85% av pasientene). Det kan imidlertid være rimelig å anta at det foreligger en medfødt sårbarhet hos denne gruppen, noe forekomsten av nevrokognitive vansker også underbygger. Psykososiale belastninger fra oppvekst var imidlertid beskrevet for en større andel av pasientgruppen, hvor familiekonflikter/skilsmisse og mobbing/utestenging var hyppigst forekommende. Det kan være utfordrende å vurdere alvorlighetsgraden av belastningene og deres påvirkning. Mange av eksemplene som var beskrevet omhandlet relativt vanlig forekommende emosjonelle belastninger som skilsmisse og lignende, og kan ikke forstås som traumer i diagnostisk forstand. Samtidig viser en nylig publisert metastudie at skilsmisse kan ha en betydelig innflytelse på unges psykiske helse (Auersperg et al., 2019). En del pasienter hadde imidlertid også livsbelastning/traume som psykisk problemområde i henvisningen. Traumer i barndommen kan ha en vedvarende innvirkning hos individet som strekker seg inn i ungdomsårene og EA. Slike erfaringer er knyttet til økt forekomst av en rekke utfordringer, inkludert vansker med atferds- og emosjonsregulering, avvisning fra jevnaldrende, selvmordstanker, samt oppmerksomhets-, stemnings-, rus-, spise- og personlighetsforstyrrelser og PTSD (MacLeod & Brownlie, 2014).

I denne studien hadde om lag 20% av pasientene tidligere kjent selvskading og mer enn 30% hadde tidligere kjente selvmordsforsøk. I tillegg hadde opp mot halvparten vært innlagt på døgnavdeling. I kombinasjon med de langvarige og sammensatte vanskene som sees, kan dette antyde at det er et høyt lidelsestrykk hos pasientgruppen. Dette samsvarer med

Klodnick og kolleger (2021) som fremmer at stress og lite stabilitet kan ha betydelig innvirkning og konsekvenser for unge voksne med alvorlige psykiske lidelser. Dermed kan overgangen til voksenlivet oppleves som svært utfordrende (Klodnick et al., 2021).

Det kan tenkes at opplevelsen av å ha psykiske helseutfordringer og å falle utenfor i livsfasen som ung voksen kan være ekstra krevende, da dette står i sterk kontrast til de positive forventningene som assosieres med denne perioden. Dette kan også tenkes å øke stigmaet knyttet til psykiske lidelser, som igjen påvirker hjelpesøking blant unge (Westberg et al., 2022). Samlet sett kan dette understreke viktigheten av gode hjelpetjenester som er tilpasset denne gruppens behov, og belyse det komplekse livsstadiet de unge befinner seg i og de sammensatte vanskene der har.

### ***Funksjon***

Over 60% av pasientene i utvalget hadde redusert daglig fungering. Videre hadde opp mot halvparten «funksjonsvansker» og over halvparten «risiko for å falle fra jobb eller skole» som henvisningsårsak ved oppstart. Emosjonelle og atferdsmessige problemer i overgangen til voksenlivet kan svekke funksjonen på områder som skole, arbeid og interpersonlige forhold (Pottick et al., 2014). Videre synes alvorlige psykiske lidelser å påvirke kognisjon og sosiale ferdigheter i betydelig grad (Klodnick et al., 2021).

Når det gjelder kontakt med foreldre og sosialt nettverk, viste resultatene blant annet at om lag halvparten av pasientene bodde med foreldre og et flertall var enslige. Videre hadde om lag halvparten et lite nettverk og halvparten et moderat nettverk. Tilknytningsforhold til foreldre og jevnaldrende er en viktig indikator for livstilfredshet og velvære, til tross for behovet for uavhengighet i denne alderen (Guarnieri et al., 2015). Det kan tenkes at gode sosiale relasjoner er ekstra viktig for de som har falt utenfor skole eller arbeid – ikke bare fordi dette kan være en emosjonell påkjenning i seg selv, men også med hensyn til individets sosiale kontakt og følelse av tilhørighet til et sosialt miljø (Jongbloed & Giret, 2022).

Det er videre kjent at dårlige sosiale relasjoner og familierelasjoner kan være en risikofaktor for å falle utenfor arbeid (Sveinsdottir et al., 2018). Det samme gjelder en vanskelig barndom og belastninger i form av mobbing og misbruk. På den annen side kan det å være NEET ha alvorlige konsekvenser for psykisk og fysisk helse (Sveinsdottir et al., 2018). Flertallet av pasientene (68.4%) stod imidlertid ikke utenfor skole eller arbeid ved oppstart av behandling, og 58% hadde ved oppstart støtte fra NAV. Filia og kolleger (2021) undersøkte kliniske og funksjonelle karakteristikk ved unge voksne tilknyttet Headspace-tjenester i Australia, hvor en noe lavere andel ikke hadde tilknytning til skole eller arbeid (22.2%). Dette kan imidlertid være rimelig å forvente fordi denne pasientgruppen tilhører



primærhelsetjenesten og dermed antas å ha et bedre funksjonsnivå enn pasienter i spesialisthelsetjenesten.

Opp mot halvparten i pasientgruppen hadde skolefravær. Forskning har vist at unge voksne med psykiske helseproblemer har mindre sannsynlighet for å fullføre skolen og å få arbeid (Pottick et al., 2014). Sammenhengen mellom frafall fra skole og arbeid og psykisk helse kan gjenspeiles i at psykiske helsevansker, etterfulgt av søvnvansker var den vanligste årsaken til skolefravær. Det var kun fravær på skole som ble målt i denne studien, og senere undersøkelser bør derfor formulere spørsmålet annerledes slik at en også kan få fanget opp pasienter som har fravær fra andre virksomheter.

Responsraten for spørsmålet relatert til søvn var lav. Dette kan blant annet reflektere at behandler mangler informasjon om pasientenes søvnvaner, eller at det legges for lite vekt på dette i utredningen og behandlingen. I de tilfellene informasjon om søvn ble rapportert, hadde flertallet uregelmessig søvn eller søvnvansker (72.7%). Dette er i tråd med tidligere forskning som har vist at de fleste unge ikke får tilstrekkelig søvn (Hosker et al., 2019). Videre vitner betydelig evidens om en sammenheng mellom utilstrekkelig søvn og dårligere helse og emosjonelt velbehag hos unge, inkludert økt risiko for psykiske lidelser og suicidalitet. Forholdet mellom søvn og psykiske lidelser er ofte gjensidig, der søvnforstyrrelser er et symptom på en psykisk lidelse, og den resulterende dårlige søvnen forverrer og intensiverer tilstanden (Hosker et al., 2019). Det kan derfor være nærliggende å anta at søvnvansker er utbredt blant pasientene i PUV hvor det manglet informasjon om søvn.

### **Forskningsspørsmål 2 og 3: Behandlingstilbudet pasientene mottok i PUV, samt status ved avslutning og endringer i funksjons- og helserelaterte variabler**

#### ***Terapeutisk tilnærming***

Resultatene i studien viste at nesten 80% av pasientene hadde mottatt mestringsorientert terapi i PUV, etterfulgt av kognitiv terapi/metakognitiv terapi (36.8%). Mestringsorientert terapi var ikke operasjonalisert, men inkluderte en eklektisk tilnærming med fokus både på psykoterapeutiske intervensjoner og vektlegging av utenom-terapeutiske forhold (PUV, personlig kommunikasjon, 23. august 2023). Relevans av å tilby en slik type tilnærming er sannsynligvis relatert til annen forskning som fremmer behovet for å se den unge pasienten fra ulike sider, både ut fra psykologiske forhold og livssituasjon (Embrett et al., 2016). Flere har også påpekt at det i mange tilfeller ikke nødvendigvis er tilstrekkelig å basere seg på enkeltsymptomer alene i en psykologisk behandling, men at helhetlig

tilnærming med vekt på utenom-terapeutiske forhold kan ha avgjørende betydning (Probst et al., 2015; Stengård & Appelleqvist-Schmidlechner, 2010).

I henhold til tidligere forskningslitteratur bør særlig tjenester rettet mot unge være utformet slik at de gir pasienten mulighet til å være aktør i behandlingen (Hughes et al., 2018). Dette henger sammen med sentrale utviklingspsykologiske forhold knyttet til identitet og uavhengighet (Arnett, 2014; Hughes et al., 2018). I PUV anvendes funksjonssirkelen i stor grad i behandlingen (PUV, personlig kommunikasjon, 23. august 2023). Gjennom bruk av denne, som også bidrar til det helhetlige behandlingsfokuset, antas pasienten å ha mulighet til å øke eierskap til vanskene sine. I tillegg kan en, når behandler og pasient samarbeider mot felles fokus som ved bruk av funksjonssirkelen, tenkes å utjevne den mer tradisjonelle terapeutiske maktbalansen. Opplevelsen av medvirkning for pasienten vil da antakelig styrkes, noe som trekkes frem som sentralt i utviklingen av tilbud til unge og i forbindelse med behandlingsutfall (Hatling, 2021; Helsedirektoratet, 2012).

### ***Tverrfaglig, integrert og holistisk behandlingstilbud***

Unge voksne er som nevnt en svært heterogen gruppe som karakteriseres av ulike og sammensatte vansker (Fyhn et al., 2021). Dette avspeiles i dataene for pasientene fra PUV i denne studien. Ofte kan det være utfordrende å kategorisere den unges vansker, og i litteraturen er det beskrevet at flere unge pasienter kan oppleve å være «kasteball» mellom systemer (Fyhn et al., 2021). Dette kan forstås som at de involverte aktørene ikke griper helheten i den unges problematikk og «glippsoner» kan oppstå (Frøyland et al., 2022).

Behandlingstilbudet ved PUV ser ut til å samsvare med kliniske anbefalinger og forskningslitteratur omkring behovet for tverrfaglige, integrerte og holistiske tilbud til unge voksne (Helsedirektoratet, 2018; Hughes et al., 2018; Iorfino et al., 2022; McGorry et al., 2013; Meld. 23 St. (2023-2033)). Ut fra dataene blir det tydelig at PUV på mange måter møter denne utfordringen ved at teamet er tverrfaglig sammensatt og tilbyr integrert behandling. Det foreligger et tett og kontinuerlig samarbeid med instanser som TKA – Avdeling Schøning, NAV og pasientens familie og nettverk. På bakgrunn av målgruppen, kan det se ut til at et slikt integrert behandlingsfokus er passende og svært nødvendig for pasientgruppen (Helsedirektoratet, 2022).

### ***Samarbeidspartnere***

Omkring halvparten av pasientene i PUV ble henvist på bakgrunn av utfordringer med tanke på frafall fra skole og arbeid. Et flertall studier indikerer at fleksibelt og individuelt tilpasset oppfølging i grunnskolen medfører at flere utsatte unge fullfører mer skole og får bedre resultater (Frøyland et al., 2022). TKA – Avdeling Schøning var en hyppig

forekommende samarbeidspartner blant pasientene (36.7%). Resultatene viste at det var en liten reduksjon i fravær på skolen fra oppstart til avslutning. Blant de seks pasientene som hadde skolefravær ved oppstart av behandling, hadde halvparten skolefravær også ved avslutning av behandling. Det kan se ut til at samarbeid med og tilpasninger på skolen kan ha vært nyttig i behandlingen, men det foreligger imidlertid ikke informasjon om årsakene til reduksjonen i fravær.

Samarbeid med NAV og jobbspesialist er videre sentrale elementer ved behandlingstilbudet i PUV. Over 80% av pasientene samarbeidet med NAV gjennom behandlingsforløpet, og over en tredjedel hadde kontakt med jobbspesialist. Forskningslitteraturen viser at IPS som en integrert del av tilbudet i spesialisthelsetjenesten gir gode resultater for arbeid og helse. Ved å sette arbeid på agendaen fra start kan pasienter med sammensatte og alvorlige psykiske lidelser, som står i fare for å falle fra arbeid, få en reell tilgang til arbeidslivet (Lystad et al., 2022).

Til tross for at unge voksne i økende grad bor sammen med familien i tyveårene, og det foreligger en økning i andelen unge pasienter i psykisk helsevern for voksne, synes ikke familieinvolvering å være utbredt innenfor den tradisjonelle individualorienterte tilnærmingen (Klodnick et al., 2021). Våre funn tyder imidlertid på at familien var en viktig samarbeidspartner i behandlingen ved PUV, der familieinvolvering var gjeldende for over halvparten av pasientene. Betydningen av nettverks- og familiearbeid fremheves i forskning knyttet til tilnærminger spesifikt rettet mot unge (Richwood et al., 2019) da det blant annet synes å medføre terapeutisk fremgang (Hughes et al., 2018). I tillegg kan inkludering av familie og pårørende være viktig da de kan stå i store belastninger som følge av deres rolle og relasjon til pasienten. Samtidig er det verdt å merke seg at selv om forskningen indikerer flere positive helseeffekter ved å involvere familie og pårørende (Bøckmann & Kjellevold, 2021), er det flere tilfeller hvor familierelasjonen kan være preget av konflikt og/eller traume (Hughes et al., 2018). Dette gjenspeiles også i dataene våre knyttet til belastninger i oppvekst. Ulike hensyn må altså avveies i hvert enkelt tilfelle for å utøve god praksis. Det er blant annet viktig å opprettholde den unges opplevelse av autonomi (Bøckmann & Kjellevold, 2021; Hughes, et al., 2018).

### ***Arbeidsmetodikk***

Samlet sett indikerer funnene at PUV vektlegger systemisk arbeid rundt pasienten da det eksempelvis er tett samarbeid med NAV, skole og familie. En slik tilnærming kan potensielt øke opplevelsen av kontinuitet blant unge voksne i psykisk helsevern og gjøre overgangen mellom barne- og ungdomstjenester til voksentjenester mindre utfordrende. I

praksis synes dette å bestå av at en både viderefører systemtankegangen fra BUP, samtidig som det individualiserte fokuset praktisert innen psykisk helsevern for voksne tas høyde for.

Ambulante og oppsøkende virksomhet synes å være en lovende tilnærming overfor unge med sammensatte psykiske lidelser (Helsedirektoratet, 2014) og som er i risikozonen for utenforskap fra utdanning og arbeid (Fyhn et al., 2022). Av informasjonen innhentet fra NDPS-T fremgår det at PUV har fokus på å jobbe ambulant. Funnene våre viser imidlertid at de fleste konsultasjoner ble gjennomført på PUV sine kontorer på NDPS-T, etterfulgt av telefonkonsultasjoner. Det er sannsynlig at deler av denne diskrepansen kan skyldes koronapandemien som var gjeldende på tidspunktet dataen ble innhentet. Slik som i samfunnet for øvrig, ble en i behandlingssystemet oppfordret til å minimere fysisk kontakt dersom det var mulig (Folkehelseinstituttet, 2020). Dette kan trolig ha satt begrensninger på muligheten for å møte pasienten i deres miljø. Telefonsamtalene kan derfor ha vært et substitutt for den oppsøkende og ambulante virksomheten PUV utøver. Dette er imidlertid beheftet med en viss usikkerhet, og en alternativ tolkning av dataene er at pasientene som samtykket til å delta i studien har bedre funksjon sammenlignet med resten av PUV-populasjonen. Med utgangspunkt i dette er det mulig at pasientene som deltok i studien kan ha hatt økt evne til å møte på kontoret.

### ***Behandlingsutfall***

Ut fra behandlerens vurdering og opplysninger fra pasientjournal, virker behandlingstilbudet ved PUV å være nyttig. Opp mot halvparten av behandlerne vurderte at pasienten hadde hatt godt eller svært godt utbytte av behandling. 60% av behandlerne begrunnet dette med funksjonsbedring. Dette er imidlertid behandlerens vurdering, det er derfor ukjent hva pasientenes egne oppfatninger er.

En kan diskutere om det foreligger en positiv endring i forbindelse med trenden i økning i AAP ( $n = 5$ ; 26.3%) som vi observerte i dataene. På den ene siden kan økningen i AAP avspeile en form for inkludering og aktivisering (NAV, 2022). Ettersom aktivitetsplikt er en bærebjelke i AAP-ordningen, er den unge pasienten påkoblet et system som fremmer aktivitet. I tillegg er målet med en slik avklaring å få vedkommende i eller tilbake til arbeid, helt eller delvis (NAV, 2022), noe som kan anses som et positivt tiltak for å redusere andelen unge som står utenfor noen form for sysselsetting. På den annen side kan stønader som AAP bidra til at unge med redusert arbeidsaktivitet forblir inaktive, da støtten finansierer unge som det er vanskelig å hjelpe ut i arbeid (Fyhn et al., 2021). Det påpekes også at AAP-støtte synes å fungere bedre for eldre aldersgrupper enn for unge under 30 år. Dette henger sammen med

at flere unge har uavklart utfall, verken veletablert tilknytning til arbeidslivet eller avklart uføretrygd, etter at AAP-støtten er avsluttet (Fyhn et al., 2021).

Endringer i positiv retning på andre utfallsvariabler kan også indikere en potensiell effekt av behandlingstilbudet. Omkring halvparten, av de totalt seks pasientene som gikk på skole, hadde redusert fravær fra oppstart til avslutning. Det fremkommer også positive endringer knyttet til somatisk helse og kosthold, hvor det rapporteres at færre pasienter har kroppslige plager/smerter og avvikende kosthold ved avslutning.

Til tross for at det rapporteres om nytte av behandling og funksjonsbedring i studien, kan ikke denne studien vurdere behandlingstilbudets effekt og behandlingsutfall. En kan se til lignende behandlingstilbud med dokumentert effekt som for eksempel tilbudene FACT ung-team og Headspace. Disse har flere likhetstrekk med PUV i forbindelse med målgruppe, tverrfaglighet, samt integrert og helhetlig behandlingsfokus (Helsedirektoratet, 2023; Rickwood et al., 2019). Rickwood og kolleger (2023) undersøkte for eksempel endringene i psykiske vansker blant 24000 unge australiere i aldersgruppen 12-25 år som benyttet Headspace i tidsrommet 2013 til 2014. 60% av deltakerne rapporterte betydelig bedring i form av psykisk bedring og økt psykososial fungering. Videre har FACT-modellen vist seg å være effektiv for pasienter med alvorlige psykiske lidelser, med eller uten komorbid rusmiddellidelse. Flere unge rapporterte positive endringer i livet knyttet til mestring og deltakelse i skole, samt bedre relasjon og kommunikasjon med familie (Fyhn et al., 2021). Dersom en legger disse funnene til grunn, kombinert med likhetstrekk mellom behandlingstilbudene, kan det synes nærliggende å anta at PUV sitt behandlingstilbud kan ha effekt for unge voksne. Dataen som er presentert i studien vår er imidlertid for usikre til å endelig konkludere, og det er behov for videre forskning.

## **Begrensninger**

Det kan pekes på flere begrensninger ved denne pilotstudien, som medfører svakheter ved forskningen. Begrensningene kan imidlertid gi verdifull informasjon, og genererer forslag til hvordan den kommende prospektive studien og videre forskning kan tilpasses og forbedres.

Et lite utvalg er en vesentlig begrensning ved studien, noe kan sees i sammenheng med utfordringer med rekruttering i denne gruppen. Studien, og forskningsprosjektet i sin helhet, var opprinnelig tenkt gjennomført som en kvalitetssikringsstudie med avgrenset kartlegging av hele pasientgruppen og tilbudet for å se om det oppfylte formålet med intervensjonen. Fremleggsvurdering til REK konkluderte imidlertid med at formålet og studien krevde full søknad og at den måtte baseres på skriftlig samtykke, som da ble gjennomført. Det ble gjort

en omfattende innsats av PUV og forskere for å rekruttere deltakere, men til tross for dette lyktes en kun med å rekruttere et fåtall. Dette gjør det vanskelig å beskrive populasjonen og evaluere behandlingstilbudet, og medfører begrenset representasjon og generaliserbarhet. Ytterligere forskning med flere deltagere synes derfor å være nødvendig, i tillegg til at rekrutteringsprosedyrer bør forbedres. Antakelig vil det i denne studien også være en betydelig seleksjonsbias blant de inkluderte deltakerne, som gjerne representerer de friskeste i populasjonen. Resultatene kan dermed gi et feilaktig bilde av pasientgruppen i mer positiv retning enn det realiteten tilsier. Det kunne ha vært en metodisk styrke å få sammenlignet funnene opp mot resten av pasientgruppen i PUV. Det var imidlertid utfordrende innenfor rammene av hovedoppgaven å hente ut informasjon, da studien er gjennomført i en travel klinisk hverdag og i en periode der det ble innført et nytt journalsystem, Helseplattformen. Vansker med rekruttering for deltakelse i studien synliggjør utfordringen med å samle inn og behandle forskningsdata for pasientgruppen, og viser viktigheten av at rekrutteringsdesign i enda større grad tilpasses informantgruppen for å sikre tilstrekkelig datagrunnlag i videre forskning.

Det ble ikke nøyaktig registrert hvor mange pasienter som ble forespurt om å delta i studien, eller hvor mange skjema som ble delt ut. Bakgrunnen for dette var komplisert rekrutteringsprosedyre innenfor klinisk drift som gikk over lang tid, både med koronapandemi og forberedelse av innføring av nytt journalsystem. Dette utgjør en usikkerhet for vurdering av relevansen av datagrunnlaget. Det er imidlertid nærliggende å tro at de fleste aktuelle pasienter ble forespurt, selv om vi ikke kan tallfeste dette, da det var tett kontakt mellom leder, merkantile og ansatte ved PUV og forskere i perioden.

Det er noen begrensninger knyttet til registreringskjemaet som brukes i studien. Skjemaene for oppstart og avslutning er egenutviklede, og dermed ikke standardiserte og validerte. På den annen side kan registreringskjemaer der behandlerne ved PUV har vært medvirkende være en styrke i form av at de kjenner pasientgruppen godt. Det kan legge til rette for at man får undersøkt sentrale temaer av interesse og får svar på det man ønsker. Det vurderes å være særlig aktuelt ved en hypotesegenererende pilotstudie, slik dette er. Kartleggingsskjemaet Health of the Nation Outcome Scales (HONOS) var inkludert som et vedlegg i registreringskjemaene. Instrumentet består av 12 deler, med en fempunktsskala, som måler atferd, uførhet, symptomer og sosial fungering hos voksne med psykiske lidelser (Wing, 1998). Anvendelse av et slikt standardisert verktøy kan anses som en styrke i datainnsamling. HONOS ble imidlertid ikke inkludert i studien. Dette på bakgrunn av den

svært lave responsraten, spesielt ved avslutning, som førte til begrenset informasjon. En del av spørsmålene ser dessuten ut til å reflekteres i det egenutviklede registreringsskjemaet.

En videre begrensning ved forskningen er forekomst av manglende data (missing), i det allerede lille utvalget, noe som kan påvirke påliteligheten, gyldigheten og tolkningen av resultatene. Dette kan reflektere utfordringer knyttet til å drive forskning i klinikk, i tilknytning til et høyt arbeidstrykk. Manglende data og utformingen av registreringsskjemaenes svaralternativer, medfører utfordringer i tolkningen av dataene. Dette henger blant annet sammen med at spørsmål som ikke er besvart både kan indikere «nei» og missing. I tillegg består ikke registreringsskjemaene fra oppstart og avslutning av de samme spørsmålene på enkelte temaer, noe som går utover muligheten for sammenligning og evaluering av utfallsmål.

Skjemaene er fylt ut av pasientenes behandler eller ved bruk av journaldata. Enkelte klinikere hadde ikke mulighet til å prioritere tid til å fylle ut data, og dette ble da gjort av en forskningsassistent. Indirekte utfylling eller utfylling uten pasientkonsultasjon kan medføre at informasjonen er mangelfull og mindre nøyaktig. Måten behandlerne har besvart spørsmålene på kan også preges av sosial ønskelighet, der en tenderer mot å rapportere positive behandlingsutfall. På den annen side kan journal- og behandlerrapporterte registreringsskjemaer medføre større grad av objektivitet sammenlignet med selvrapportering.

Studiens styrke er at den omfatter klinisk forskning i en reell populasjon, med få eksklusjonskriterier. Det er en økologisk valid studie i poliklinisk psykisk helsevern. Funn i slike studier kan være mer direkte anvendbart i generelle pasientpopulasjoner enn i studier med strenge inklusjonskriterier. I tillegg anses den valgte metoden som relevant for å undersøke oppgavens forskningsspørsmål. På tross av nevnte begrensninger ved dataen og registreringsskjemaene, har vi gjort vårt ytterste for å beskrive pasientgruppen og behandlingstilbudet, og maksimert datamaterialets potensiale.

## **Implikasjoner**

Resultatene fra studien kan sies å ha implikasjoner for klinisk praksis. Studien vil kunne tilføre informasjon til St. Olavs hospital og NDPS-T om PUV-tilbudet for å sikre at det sammenfaller med pasientenes behov, og gi retning for videre utvikling av både tilbudet og forskningsarbeid. Viktigheten av å tilby unge voksne med komplekse vansker et utviklingssensitivt tilbud med sammensatte tjenester, understøttes. Det synes hensiktsmessig å videreføre tilbudet, med tanke på behandlernes opplevelse av behandlingsutbyttet, og små endringer i positiv retning. I tillegg virker behandlingen å være tilpasset pasientgruppens

utfordringer. Funnene indikerer at pasientgruppen karakteriseres av komplekse og langvarige vansker, hvor et flertall har hatt tidligere behandlingsforløp eksempelvis i BUP. Det synes derfor nærliggende å styrke samarbeidet mellom psykisk helsevern for barn og unge og voksne ved å legge til rette for sømløse overganger. Videre kan data legges til grunn for å avklare om flere tilbud tilpasset unge voksne bør implementeres i tjenestene. Det kan tenkes nyttig å vurdere om en utvikling mot en tredeling i organiseringen av psykiske helsetjenester (barn, ungdom/unge voksne og voksne) kunne være gunstig for å øke kvaliteten og kontinuiteten i tjenestene.

Til tross for begrensningene kan studien betraktes som et supplement til den nåværende, noe mangelfulle forskningslitteraturen på unge voksne og behandlingstilbud innenfor psykisk helsevern. Dette fremmes av Arnett (2014) som argumenterer for at denne aldersgruppen befinner seg i et distinkt livsstadie, og det er behov for mer forskning på denne populasjonen (Babajide et al., 2020). Det anses som hensiktsmessig å legge mer vekt på forskning på ungdomsvennlige tjenester i spesialisthelsetjenesten, utover lavterskeltilbud i primærhelsetjenesten.

Denne studien fokuserte først og fremst på kjennetegn ved pasientgruppen og hvilket behandlingstilbud de mottok. Videre forskning bør, dersom det er mulig, i større grad ta for seg en mer kontrollert evaluering, og slik undersøke effekt av behandlingstilbudet. En sammenligning av tradisjonell tilnærming i allmennpoliklinikk og en mer teambasert- og mestringsorientert tilnærming som brukes i PUV kunne vært aktuelt. I tillegg vil det være nødvendig å inkludere pasientenes egne stemme, og de unges brukermedvirkning er noe som vektlegges i litteraturen (Burns & Birrell, 2014; Rickwood et al., 2019). Av Opptrappingsplanen for psykisk helse fremgår det også at pasientens og pårørendes innspill og samlede erfaringer bør vektlegges i tjenesteutvikling og kvalitetsforbedring (Meld. St. 23 (2023-2033)).

### **Oppsummering og konklusjon**

Studiens formål var å beskrive pasientgruppen ved PUV og behandlingstilbudet de mottok. Oppsummert viste funnene at pasientene i PUV hadde sammensatte, langvarige og betydelige/dels alvorlige vansker på ulike områder, som i stor grad igjen var relatert til vansker med fungering på ulike livsområder. Pasientpopulasjonen virket å ha en lang historie med belastninger og tidligere oppfølging. Behandlingstilbudet pasientene fikk syntes å være tverrfaglig og integrert, med et helhetlig fokus. Pasientens vansker på ulike arenaer ble vektlagt og det forelå tett samarbeid med andre instanser.



Vurdering fra behandlerne antydte at behandlingen var til nytte for pasientene. Det trengs imidlertid mer forskning for å evaluere effekten av tilbudet, samt forskning som inkluderer pasientenes perspektiv. Kartleggingsstudien avdekket utfordringer med å forske på denne pasientgruppen, da rekruttering og svarprosent var svært lav. Det begrensede utvalget indikerer et behov for videre forskning med flere deltakere, som gir økt generaliserbarhet og representasjon av gruppen. Studien representerer likevel sjelden forekommende forskning på unge voksne innenfor det allmenne psykiske helsevernet. Den kan legge utgangspunkt for både en planlagt prospektiv studie, og mulig fremtidig klinisk utviklingsarbeid sammen med enheter som følger de eldre ungdommene i BUP.

### Referanseliste

- Andersen, A. J. W. & Braut, G. S. (2021, 7. desember). *Psykisk helsevern*.  
[https://sml.snl.no/psykisk\\_helsevern](https://sml.snl.no/psykisk_helsevern)
- Arbeids- og velferdsdirektoratet & Helsedirektoratet. (2021). *Strategi for fagfeltet arbeid og helse* (Rapport IS-3023). [https://www.helsedirektoratet.no/tema/arbeid-og-helse/Strategi%202021%20%E2%80%93%20Strategi%20for%20fagfeltet%20arbeid%20og%20helse.pdf/\\_/attachment/inline/5a1a73df-bed0-4d3c-890f-ff15839ed62a:98d8d6eae6112f26604646c874a70fe49f472fe9/Strategi%202021%20%E2%80%93%20Strategi%20for%20fagfeltet%20arbeid%20og%20helse.pdf](https://www.helsedirektoratet.no/tema/arbeid-og-helse/Strategi%202021%20%E2%80%93%20Strategi%20for%20fagfeltet%20arbeid%20og%20helse.pdf/_/attachment/inline/5a1a73df-bed0-4d3c-890f-ff15839ed62a:98d8d6eae6112f26604646c874a70fe49f472fe9/Strategi%202021%20%E2%80%93%20Strategi%20for%20fagfeltet%20arbeid%20og%20helse.pdf)
- Arnett, J. J. (2014). *Emerging adulthood: The winding road from the late teens through the twenties*. Oxford University Press.  
<https://doi.org/10.1093/acprof:oso/9780199929382.001.0001>
- Arnett, J. J. & Schwab, J. (2012). *The Clark University Poll of Emerging Adults. Thriving, struggling & hopeful*. Worcester, MA: Clark University.  
<https://www2.clarku.edu/clark-poll-emerging-adults/pdfs/clark-university-poll-emerging-adults-findings.pdf>
- Auersperg, F., Vlasak, T., Ponocny, I. & Barth, A. (2019). Long-term effects of parental divorce on mental health – A meta-analysis. *Journal of Psychiatric Research*, 119, 107-115. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2019.09.011>
- Babajide, A., Ortin, A., Wei, C., Mufson, L. & Duarte, C. S. (2020). Transition Cliffs for Young Adults with Anxiety and Depression: Is Integrated Mental Health Care a Solution? *Journal of Behavioral Health Services & Research*, 47(2), 275-292.  
<https://doi.org/10.1007/s11414-019-09670-8>
- Bang L., Surén, P., Støle, H. S., Odsbu, I., Handal, M., Furu, K., Hartz I. & Torgersen, L. (2023). *Folkehelse rapporten: Psykiske plager og lidelser hos barn og unge*. Folkehelseinstituttet. <https://www.fhi.no/he/folkehelse rapporten/psykisk-helse/psykisk-helse-hos-barn-og-unge/?term=>
- Batini, F., Corallino, V., Toti, G. & Bartolucci, M. (2017). NEET: A Phenomenon Yet to Be Explored. *Interchange*, 48, 19-37. <https://doi.org/10.1007/s10780-016-9290-x>
- Birchwood, M. & Singh, S. P. (2013). Mental health services for young people: matching the service to the need. *The British Journal of Psychiatry*, 202(54), 1-2.  
<http://doi.org/10.1192/bjp.bp.112.119149>

- Bolton, D. & Bhugra, D. (2021). Changes in society and young people's mental health. *International Review of Psychiatry*, 33(1-2), 154-161.  
<https://doi.org/10.1080/09540261.2020.1753968>
- Bråten, R.H, Sten-Gahmberg, S., Bugge, C., Kristiansen, I. S., Gardsjord, E. S. & Sæther, E. M. (2023). Økt bruk av psykiske diagnoser for unge. *Psykologtidsskriftet*, 60(4), 208-215. <https://doi.org/10.52734/VHHP4493>
- Burns, J. & Birrell, E. (2014). Enhancing early engagement with mental health services by young people. *Psychology research and behavior management*, 7, 303-312.  
<https://doi.org/10.2147/PRBM.S49151>
- Bøckmann, K. & Kjellevoid, A. (2021). Å innhente kunnskap fra pårørende i psykisk helsevern for voksne kan være nødvendig for at psykologen skal utøve anerkjent klinisk praksis og praksis i tråd med gjeldende lovverk. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 58(1), 38-46.  
<https://psykologtidsskriftet.no/fagessay/2021/01/parende-som-kunnskapskilde>
- Dahli, M. P., Šaltytė-Benth, J., Haavet, O. R., Ruud, T., & Brekke, M. (2021). Somatic symptoms and associations with common psychological diagnoses: a retrospective cohort study from Norwegian urban general practice. *Family Practice*, 38(6), 766-772.  
<https://doi.org/10.1093/fampra/cmab038>
- Eberhard, D., Billstedt, E. & Gillberg, C. (2022). Neurodevelopmental disorders and comorbidity in young adults attending a psychiatric outpatient clinic. *Psychiatry Research*, 313, 1-7. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2022.114638>
- Embrett, M.G., Randall, G.E., Longo, C.J., Nguyen, T. & Mulvale, G. (2016). Effectiveness of Health System Services and Programs for Youth to Adult Transitions in Mental Health Care: A Systematic Review of Academic Literature. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 43, 259-269.  
<https://doi.org/10.1007/s10488-015-0638-9>
- Eurofound. (2016). *Exploring the diversity of NEETs – country profiles*. Publications Office of the European Union. Luxemburg. DOI:10.2806/15992
- Filia, K., Rickwood, D., Mensink, J., Gao, C. X., Hetrick, S., Parker, A., Hamilton, M., Hickie, I., Herman, H., Telford, N., Sharmin, S., McGorry, P. & Cotton, S. (2021). Clinical and functional characteristics of a subsample of young people presenting for primary mental healthcare at headspace services across Australia. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 56, 1311-1323. <https://doi.org/10.1007/s00127-020-02020-6>

- Folkhelseinstituttet. (2020). *Smittevernveileder for ulike tjenester under covid-19-utbruddet*. [https://www.fhi.no/contentassets/0efa3d8e55764d3a97a01855de0d4cbe/20\\_10\\_13\\_mal\\_smittevernveileder-bransjestandard-v4.pdf](https://www.fhi.no/contentassets/0efa3d8e55764d3a97a01855de0d4cbe/20_10_13_mal_smittevernveileder-bransjestandard-v4.pdf)
- Frøyland, K., Alecu, A. A., Ballo, J. K. & Sadeghi, T. (2022). *Inkludering av unge i skole, arbeid og samfunn – en sammenstilling av kunnskap fra nordisk forskning*. (AFI-rapport 2022:02). Arbeidsforskningsinstituttet, OsloMet. [https://oda.oslomet.no/oda-xmlui/bitstream/handle/11250/2984178/r\\_2022\\_Inkludering%20av%20unge%20i%20skole%20arbeid%20og%20samfunn%20-%20en%20sammenstilling%20av%20kunnskap%20fra%20nordisk%20forskning.pdf?sequence=1](https://oda.oslomet.no/oda-xmlui/bitstream/handle/11250/2984178/r_2022_Inkludering%20av%20unge%20i%20skole%20arbeid%20og%20samfunn%20-%20en%20sammenstilling%20av%20kunnskap%20fra%20nordisk%20forskning.pdf?sequence=1)
- Fyhn, T., Radlick, R. L. & Sveinsdottir, V. (2021). *Unge som står utenfor arbeid, opplæring og utdanning (NEET): En analyse av unge i NEET-kategorien* (Rapport 2-2021). NORCE Helse. <https://norceresearch.brage.unit.no/norceresearch-xmlui/bitstream/handle/11250/2770190/Sluttrapport%2bNEET.pdf?sequence=5&isAllowed=y>
- Gariépy, G., Danna, S. M., Hawke, L., Henderson, J. & Iyer, S. N. (2022). The Mental Health of Young People Who are Not in Education, Employment, or Training: a Systematic Review and Meta-Analysis. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 57, 1107-1121. <https://doi.org/10.1007/s00127-021-02212-8>
- Gilmer, T. P., Ojeda, V. D., Fawley-King, K., Larson, B. & Garcia, P. (2012). Change in Mental Health Service Use After Offering Youth-Specific versus Adult Programs to Transition-Age Youths. *Psychiatric Services*, 63(6), 592-596. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201100226>
- Gray, K. M. & Squeglia, L. M. (2018). Research Review: What have we learned about adolescent substance use? *Journal of child psychology and psychiatry*, 59(6), 618-627. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12783>
- Guarnieri, S., Smorti, M. & Tani, F. (2015). Attachment Relationships and Life Satisfaction During Emerging Adulthood. *Social Indicators Research*, 121(3), 833-847. <https://doi.org/10.1007/s11205-014-0655-1>
- Hatling, T. (Red.) (2021). *Utredning om FACT ung i Norge*. Nasjonal kompetansetjeneste for samtidige rusmisbruk og psykisk lidelse & Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid. <https://napha.no/content/25067/utredningen-om-fact-ung-er-levert-til-helsedirektoratet>
- Hawke, L. D., Mehra, K., Settapani, C., Relihan, J., Darnay, K., Chaim, G. & Henderson J.

- (2019). What makes mental health and substance use services youth friendly? A scoping review of literature. *BMC Health Services Research*, 19(257), 1-16.  
<https://doi.org/10.1186/s12913-019-4066-5>
- Helsedirektoratet. (2012). *Helsedirektoratet: Helsetilbud til ungdom og unge voksne*. (Rapport IS-2044). Rambøll Management Consulting.  
<https://napha.no/content/14616/helsetilbud-til-ungdom-og-unge-voksne>
- Helsedirektoratet. (2014). *Sammen om mestring: Veiledere i lokalt psykisk helsearbeid og rusarbeid for voksne - Et verktøy for kommuner og spesialisthelsetjenesten*. (Rapport IS-2076). [https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/sammen-om-mestring-lokalt-psykisk-helsearbeid-og-rusarbeid-for-voksne/Lokalt%20psykisk%20helsearbeid%20og%20rusarbeid%20for%20voksne%20%E2%80%93%20Veileder.pdf/\\_attachment/inline/739b0cbe-9310-41c7-88cf-c6f44a3c5bfc:8f8b02ae7b26b730d27512d01420ec947d5ead97/Lokalt%20psykisk%20helsearbeid%20og%20rusarbeid%20for%20voksne%20%E2%80%93%20Veileder.pdf](https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/sammen-om-mestring-lokalt-psykisk-helsearbeid-og-rusarbeid-for-voksne/Lokalt%20psykisk%20helsearbeid%20og%20rusarbeid%20for%20voksne%20%E2%80%93%20Veileder.pdf/_attachment/inline/739b0cbe-9310-41c7-88cf-c6f44a3c5bfc:8f8b02ae7b26b730d27512d01420ec947d5ead97/Lokalt%20psykisk%20helsearbeid%20og%20rusarbeid%20for%20voksne%20%E2%80%93%20Veileder.pdf)
- Helsedirektoratet (2015, 10. oktober). *Fagspesifikk innledning - psykisk helsevern for barn og unge: Spesielle trekk ved fagområdet psykisk helsevern for barn og unge*.  
<https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/prioriteringsveiledere/psykisk-helsevern-for-barn-og-unge/fagspesifikk-innledning-psykisk-helsevern-for-barn-og-unge>
- Helsedirektoratet. (2018, 17. januar). *Tverrfaglig samarbeid som grunnleggende metodikk i oppfølging av personer med behov for omfattende tjenester*.  
<https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/oppfolging-av-personer-med-store-og-sammensatte-behov/strukturert-oppfolging-gjennom-tverrfaglige-team/tverrfaglig-samarbeid-som-grunnleggende-metodikk-i-oppfolging-av-personer-med-behov-for-omfattende-tjenester>
- Helsedirektoratet. (2022, 30. september). *Behandling og oppfølging: Samhandling i forløpet*.  
<https://www.helsedirektoratet.no/nasjonale-forlop/psykiske-lidelser-voksne/behandling-og-oppfolging-psykiske-lidelser-pakkeforlop-voksne#samhandling-i-forlopet>
- Helsedirektoratet. (2023, 23. oktober). *ACT-, FACT- og FACT ung-team*.  
<https://www.helsedirektoratet.no/tema/lokalt-psykisk-helse-og-rusarbeid/act-og-fact-team#factungteam>
- Hetrick, S. E., Bailey, A. P., Smith, K. E., Malla, A., Mathias, S., Singh, S. P., O'Reilly, A., Verma, S. K., Benoit, L., Fleming, T. M., Moro, M. R., Rickwood, D. J., Duffy, J.,

- Eriksen, T., Illback, R., Fisher, C. A. & McGorry, P. D. (2017). Integrated (one-stop shop) youth health care: best available evidence and future directions. *Medical Journal of Australia*, 207(10), 5-18. <https://doi.org/10.5694/mja17.00694>
- Hosker, D. K., Elkins, R. M. & Potter, M. P. (2019). Promoting Mental Health and Wellness in Youth Through Physical Activity, Nutrition, and Sleep. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 28(2), 171-193. <https://doi.org/10.1016/j.chc.2018.11.010>
- Hughes, F., Hebel, L., Badcock, P. & Parker, A. G. (2018). Ten guiding principles for youth mental health services. *Early Intervention in Psychiatry*, 12(3), 513-519. <https://doi.org/10.1111/eip.12429>
- Imenes, A. (2018). *Allmennpsykologi – Psykisk helsehjelp i kommunen*. Gyldendal.
- Iorfino, F., Carpenter, J. S., Cross, S. P., Crouse, J., Davenport, T. A., Hermens, D. F., Yee, H., Nichles, A., Zmicerecska, N., Guastella, A., Scott, E. M. & Hickie, I. B. (2022). Social and occupational outcomes for young people who attend early intervention mental health services: a longitudinal study. *Medical Journal of Australia*, 216(2), 87-93. <https://doi.org/10.5694/mja2.51308>
- Jongbloed, J. & Giret, J. F. (2022). Quality of life of NEET youth in comparative perspective: subjective well-being during the transition to adulthood. *Journal of Youth Studies*, 25(3), 321-343. <https://doi.org/10.1080/13676261.2020.1869196>
- Klodnick V. V., Candy, M., Fagan M. A., Johnson R. P., Brenits A., Zeidner, E. & Viruet J. (2021). Meeting the Developmental Needs of Young Adults Diagnosed with Serious Mental Health Challenges: the Emerge Model. *Journal of Behavioral Health Services & Research*, 48, 77-92. <https://doi.org/10.1007/s11414-020-09699-0>
- Lockertsen, V., Nilsen, L., Holm, L. A. W., Rø, Ø., Burger, L. M. & Røssberg, J. I. (2020). Experiences of patients with anorexia nervosa during the transition from child and adolescent mental health services to adult mental health services. *Journal of Eating Disorders*, 8(37), 1-11. <https://doi.org/10.1186/s40337-020-00313-4>
- Lystad, J., Rognli, E. B., Moen, E. Å., Brinchmann, B., Spjelkavik, Ø. & Aamodt, H. L. (2022). Arbeidsrettet behandling ved alvorlig psykisk lidelse i spesialisthelsetjenesten. *Psykologtidsskriftet*, 59(10), 874-883. <https://doi.org/10.52734/2h82w7yP>
- MacLeod, K. B. & Brownlie, E. B. (2014). Mental Health and Transitions from Adolescence to Emerging Adulthood: Developmental and Diversity Considerations. *Canadian Journal of Community Mental Health*, 33(1), 77-86. <https://doi.org/10.7870/cjcmh-2014-007>

- McGorry, P., Bates, T. & Birchwood, M. (2013). Designing youth mental health services for the 21st century: examples from Australia, Ireland and the UK. *The British Journal of Psychiatry*, 202(54), 30-35. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.112.119214>
- McGorry, P. D., Mei, C., Chanen, A., Hodges, C., Alvarez-Jmenez, M. & Killackey, E. (2022). Designing and Scaling up Integrated Youth Mental Health Care. *World Psychiatry*, 21(1), 61-76. <https://doi.org/10.1002/wps.20938>
- Meld. St. 23 (2023-2033). *Opptrappingsplan for psykisk helse*. Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-23-20222023/id2983623/>
- NAV. (2021, 26. oktober). *1 av 3 uføretrygdede har en psykisk lidelse eller atferdsforstyrrelse*. <https://www.nav.no/no/nav-og-samfunn/statistikk/aap-nedsatt-arbeidsevne-og-uforetrygd-statistikk/nyheter/1-av-3-uforetrygdede-har-en-psykisk-lidelse-eller-atferdsforstyrrelse>
- NAV. (2022). *Veilederes erfaringer med aktivitetskravet i AAP-ordningen* (NAV-rapport nr. 1 2022). Arbeids- og velferdsdirektoratet. <https://www.nav.no/no/nav-og-samfunn/kunnskap/analyser-fra-nav/nav-rapportserie/veilederes-erfaringer-med-aktivitetskravet-i-aap-ordningen>
- 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. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(07\)60368-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(07)60368-7)
- Paus, T., Keshavan, M. & Giedd, J. N. (2008). Why do many psychiatric disorders emerge during adolescence? *Nature reviews neuroscience*, 9, 947-957. <https://doi.org/10.1038/nrn2513>
- Plaistow, J., Masson, K., Koch, D., Wilson, J., Stark, R. M., Jones, P. B. & Lennox, B. R. (2014). Young people's views of UK mental health services. *Early intervention in psychiatry*, 8(1), 12-23. <https://doi.org/10.1111/eip.12060>
- Pottick, K. J., Warner, L. A., Stoep, A. V. & Knight, N. M. (2014). Clinical Characteristics and Outpatient Mental Health Service Use of Transition-Age Youth in the USA. *The Journal of Behavioral Health Services & Research*, 41(2), 230-243. <https://doi.org/10.1007/s11414-013-9376-5>
- Probst, T., Lambert, M. J., Loew, T. H., Dahlbender, R. W. & Tritt, K. (2015). Extreme deviations from expected recovery curves and their associations with therapeutic alliance, social support, motivation, and life events in psychosomatic in-patient

- therapy. *Psychother Research*, 25(6), 714-723.  
<https://doi.org/10.1080/10503307.2014.981682>
- Rickwood, D., McEachran, J., Saw, A., Telford, N., Trethowan, J. & McGorry, P. (2023). Sixteen years of innovation in youth mental healthcare: Outcomes for young people attending Australia's headspace centre services. *PloS ONE*, 18(6), 1-18.  
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0282040>
- Rickwood, D., Paraskakis, M., Quin, D., Hobbs, N., Ryall, V., Trethowan, J. & McGorry, P. (2019). Australia's innovation in youth mental health care: The headspace centre model. *Early intervention in psychiatry*, 13(1), 159-166.  
<https://doi.org/10.1111/eip.12740>
- Rickwood, D. J., Telford, N. R., Parker, A. G., Tanti, C. J. & McGorry, P. D. (2014). Headspace—Australia's innovation in youth mental health: who are the clients and why are they presenting? *Medical Journal of Australia*, 200(2), 108-111.  
<https://doi.org/10.5694/mja13.11235>
- Ringbom, I., Suvisaari, J., Kääriälä, A., Sourander, A., Gissler, M., Ristikari, T. & Gyllenberg, D. (2022). Psychiatric disorders diagnosed in adolescence and subsequent long-term exclusion from education, employment or training: longitudinal national birth cohort study. *The British Journal of Psychiatry*, 220(3), 148-153.  
<https://doi.org/10.1192/bjp.2021.146>
- Signorini, G., Singh, S. P., Marsanic, V. B., Dieleman, G., Dodig-Ćurković, K., Franic, T., Gerritsen, S. E., Griffin, J., Maras, A., McNicholas, F., O'Hara, L., Purper-Ouakil, D., Paul, M., Russet, F., Santosh, P., Schulze, U., Street, C., Tremmery, S., Tuomainen, H., Verhulst, F., Warwick, J. & Girolamo, G. (2018). The interface between child/adolescent and adult mental health services: results from a European 28-country survey. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 27, 501-511.  
<https://doi.org/10.1007/s00787-018-1112-5>
- Sivertsen, B. & Johansen, M. S. (2022). *Studentenes helse- og trivselsundersøkelse (SHoT) 2022*. Folkehelseinstituttet. [https://studenthelse.no/SHoT\\_2022\\_Rapport.pdf](https://studenthelse.no/SHoT_2022_Rapport.pdf)
- Sivertsen, B., Knudsen, A. K. S., Kirkøen, B., Skogen, J. C., Lagerstrøm, B. O., Lønning, K. J., Kessler, R. C. & Reneflot, A. (2023). Prevalence of mental disorders among Norwegian college and university students: a population-based cross-sectional analysis. *The Lancet Regional Health–Europe*, 34, 1-11.  
<https://doi.org/10.1016/j.lanepe.2023.100732>
- Solmi, M., Radua, J., Olivola, M., Croce, E., Soardo, L., de Pablo, G. S., Shin, J.,



- Kirkbride, J. B., Jones, P., Kim, J. H., Kim, J. Y., Carvalho, A. F., Seeman, M. V., Correll, C. U. & Fusar-Poli, P. (2022). Age at onset of mental disorders worldwide: Large-scale meta-analysis of 192 epidemiological studies. *Molecular Psychiatry*, 27(1), 281–295. <https://doi.org/10.1038/s41380-021-01161-7>
- Statistisk sentralbyrå. (2023, 27. september). *Spesialisthelsetjenesten*. <https://www.ssb.no/helse/helsetjenester/statistikk/spesialisthelsetjenesten>
- Steinhoff, A., Shanahan, L., Bechtiger, L., Zimmermann, J., Ribeaud, D., Eisner, M. P., Baumgartner, M. R. & Quednow, B. B. (2023). When Substance Use is Underreported: Comparing Self-reports and Hair Toxicology in an Urban Cohort of Young Adults. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 62(7), 791-804. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2022.11.011>
- Stengård, E. & Appelqvist-Schmidlechner, K. (2010). Mental Health Promotion in Young People – an Investment for the Future. *WHO Regional Office for Europe*. <https://www.consaludmental.org/publicaciones/Mentalhealthpromotionyoungpeople.pdf>
- St. Olavs hospital, (u.år.). *Psykiatrisk ungdomsteam (PUT)*. Hentet 23. oktober fra <https://www.stolav.no/avdelinger/klinikk-for-rus-og-avhengighetsmedisin/nidaros-dps-psykiatrisk-ungdomsteam-put>
- Sveinsdottir, V., Eriksen, H. R., Baste, V., Hetland, J. & Reme, S. E. (2018). Young adults at risk of early work disability: who are they? *BMC Public Health*, 18(1176), 1-12. <https://doi.org/10.1186/s12889-018-6095-0>
- Trøndelag fylkeskommune. (2023, 24. august). *TKA – Avdeling Schøning*. Trondheim Katedralskole. <https://web.trondelagfylke.no/trondheim-katedralskole/trondheim-katedralskole-avd.-schoning/avdeling-schoning/>
- Villanueva, L. & Gomis-Pomares, A. (2021). The Cumulative and Differential Relation of Adverse Childhood Experiences and Substance Use During Emerging Adulthood. *Child Psychiatry & Human Development*, 52, 420-429. <https://doi.org/10.1007/s10578-020-01029-x>
- Welde, H. R. (2013). «Å bygge et liv – og ta vare på det» - Konkretisering av helhetlig behandling med barnet i sentrum gjennom utviklingen av metodeverktøy for bedre funksjonsvurdering, kompetanseheving og samhandling. Lade Behandlingscenter Blå Kors. <https://biblioteket.husbanken.no/arkiv/dok/Komp/A%20bygge%20et%20liv%20og%20ta%20vare%20pa%20det.pdf>

Westberg, K. H., Nyholm, M., Nygren, J. N. & Svedberg, P. (2022). Mental Health Problems among Young People – A Scoping Review of Help-Seeking. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(3), 1-15.

<https://doi.org/10.3390/ijerph19031430>

Wing, J. K., Beevor, A. S., Curtis, R. H., Park, S. G. B., Hadden, J. & Burns, A. (1998). Health of the Nation Outcome Scales (HoNOS): Research and development. *The British Journal of Psychiatry*, 172(1), 11-18. <https://doi.org/10.1192/bjp.172.1.11>

## **Vedlegg 1**

### **Arbeidsfordeling**

Når det gjelder arbeidet med hovedoppgaven har vi hatt et tett samarbeid, og jobbet sammen i store deler av prosessen. Vi har hatt en tett dialog og hyppige møtepunkter, og tilstrebet en lik fordeling av arbeidsmengde og bidrag.

Det var en stor fordel å være to stykker i arbeidet med datamaterialet, i prosessen etter at vi mottok ferdig utfylte registreringsskjemaer. Vi jobbet sammen med scanne registreringsskjemaene, samt bearbeide datafilene og sjekke at ting stemte. Det var hensiktsmessig å være to i denne prosessen, da en kunne lese opp og den andre sjekke over datafilen. Etter hvert kunne vi fordele arbeid i større grad, da vi skulle gjøre deskriptive analyser av datamaterialet og skrive resultatene. Marthe jobbet med datamaterialet fra behandlingsoppstart, mens Amalie jobbet med datamaterialet fra behandlingsslutt. Videre jobbet vi sammen med å se på dataen fra oppstart og avslutning i sammenheng med hverandre, og å trekke ut og formulere resultater som skulle med i hovedoppgaven. Metododelen skrev vi også i stor grad sammen.

Da vi skulle lese oss opp på litteratur og gjøre oss kjent i forskningsfeltet i startfasen, forsøkte vi å fordele artikler vi fant noenlunde likt mellom oss. Vi laget et felles dokument med en oversikt over artiklene og hovedpoengene i dem. I arbeidet med å skrive introduksjonen fordelte vi temaene vi ønsket å ha med, med noe hensyn til hva hver av oss hadde lest mest om. Vi jobbet videre sammen med å binde de ulike delene sammen og å revidere teksten. Når det gjelder arbeidet med diskusjonen, fordelte vi arbeidet ut fra oppgavens problemstillinger. Amalie skrev om hva som kjennetegnet pasientgruppen, og Marthe om behandlingstilbudet de fikk. Gjennom hele skriveprosessen har vi sparret og drøftet med hverandre, og sammen jobbet med tilbakemeldinger fra veilederne.

## Vedlegg 2

### Samtykkeskjema



**St. Olavs hospital HF**  
Universitetssykehuset i Trondheim  
**Psykisk Helsevern**

#### Tiller Distriktpsikiatriske Senter

Besøksadresse:  
Østre Rosten 55, Tiller

Telefon: 72 82 39 00  
Telefaks: 72 82 39 01

*Samtykke retrospektiv studie*

## VIL DU DELTA I FORSKNINGSPROSJEKTET ERFARINGER MED BEHANDLING I POLIKLINIKK FOR UNGE VOKSNE VED TILLER DPS?

### FORMÅLET MED PROSJEKTET OG HVORFOR DU BLIR SPURT

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt for å undersøke hvilke behandlingsbehov pasienter ved Poliklinikk for unge voksne ved Tiller DPS, St Olavs hospital har. Vi ønsker å undersøke hva som kjennetegner pasientene og hva de tilbys av behandling.

Du er spurt om deltakelse i prosjektet siden du mottar behandling ved denne poliklinikken.

### HVA INNEBÆRER PROSJEKTET FOR DEG?

I prosjektet ber vi om din tillatelse til at behandleren din fyller ut et registreringsskjema med generelle opplysninger om deg ved starten og slutt av behandlingen. Vi ber også om tillatelse til å hente ut relevante helseopplysninger fra journalen din. Opplysninger vil være data som beskriver din livssituasjon, og fysiske og psykiske helseforhold. Om du ønsker å se registreringsskjemaet før du bestemmer deg, kan du be om dette.

Det vil ikke påvirke behandlingen om du deltar i studien eller ikke. Vi ber ikke om at du bidrar på annen måte enn å gi ditt samtykke. Dersom du i løpet av prosjektperioden behøver hjelp kan du henvende deg til din behandler ved DPS eller din fastlege dersom du ikke lenger mottar behandling ved DPS.

### MULIGE FORDELER OG ULEMPER

Du vil få det behandlingstilbudet du har rett på ved Tiller DPS og deltakelse i studien vil ikke gi noen fordeler eller ulemper.

### FRIVILLIG DELTAKELSE OG MULIGHET FOR Å TREKKE DITT SAMTYKKE

Det er frivillig å delta i prosjektet. Dersom du ønsker å delta, undertegner du samtykkeerklæringen på siste side. Du kan når som helst og uten å oppgi noen grunn trekke ditt samtykke. Det vil ikke ha noen negative konsekvenser for deg eller din behandling hvis du ikke vil delta eller senere velger å trekke deg. Dersom du trekker tilbake samtykket, vil det ikke forskes videre på dine helseopplysninger. Du kan også kreve at dine helseopplysninger i prosjektet slettes eller utleveres innen 30 dager. Adgangen til å kreve sletting eller utlevering gjelder ikke dersom materialet eller opplysningene er anonymisert eller publisert. Denne adgangen kan også begrenses dersom opplysningene er inngått i utførte analyser.

Dersom du senere ønsker å trekke deg eller har spørsmål til prosjektet, kan du kontakte en av prosjektlederne (se kontaktinformasjon på siste side).

HELSE  MIDT-NORGE

St. Olavs hospital HF  
www.stolav.no

Bankkonto:  
1503.27.09157  
tillerdps@helsemn.no

Org.nr.:  
NO 883 974 832

Postadresse:  
St.Olavs hospital, Tiller DPS,  
Postboks 3250 Torgarden,  
7006 TRONDHEIM

#### HVA SKJER MED OPPLYSNINGENE OM DEG?

Opplysningene som registreres om deg skal kun brukes slik som beskrevet under formålet med prosjektet, og planlegges brukt til 31.12.2028. Eventuelle utvidelser i bruk og oppbevaringstid kan kun skje etter godkjenning fra REK og andre relevante myndigheter. Du har rett til innsyn i hvilke opplysninger som er registrert om deg og rett til å få korrigeret eventuelle feil i de opplysningene som er registrert. Du har også rett til å få innsyn i sikkerhetstiltakene ved behandling av opplysningene. Du kan klage på behandlingen av dine opplysninger til Datatilsynet og institusjonen sitt personvernombud.

Alle opplysningene vil bli behandlet uten navn og fødselsnummer eller andre direkte gjenkjenning opplysninger (=kodete opplysninger). En kode knytter deg til dine opplysninger gjennom en navneliste. Det er kun Katrine Høyer Holgersen, Gunnhild Bagøien og en prosjektmedarbeider som har tilgang til denne listen.

Publisering av resultater er en nødvendig del av forskningsprosessen. All publisering skal gjøres slik at enkelt deltakere ikke skal kunne gjenkjennes, men vi plikter å informere deg om at vi ikke kan utelukke at det kan skje.

Opplysningene om deg vil bli oppbevart i fem år etter prosjektslutt av kontrollhensyn.

#### FORSIKRING

Ordinær pasientskadeerstatning er gjeldende.

#### OPPFØLGINGSPROSJEKT

Det kan være at vi vil kontakte deg igjen for å be om din tillatelse til å delta i et oppfølgingsprosjekt.

#### GODKJENNINGER

Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk har gjort en forskningsetisk vurdering og godkjent prosjektet [218030].

St Olavs Hospital, Psykisk helsevern, Tiller DPS og prosjektledere psykologspesialist PhD Katrine Høyer Holgersen og overlege PhD Gunnhild Bagøien er ansvarlig for personvernet i prosjektet.

Personopplysninger behandles i henhold til GDPR art 6 nr 1a jmf art 9 nr 2a jmf helseforskningsloven § 10.

#### KONTAKTOPPLYSNINGER

Dersom du har spørsmål til prosjektet eller ønsker å trekke deg fra deltakelse, kan du kontakte Katrine Høyer Holgersen telefon 72823900, [katrine.hoyer.holgersen@stolav.no](mailto:katrine.hoyer.holgersen@stolav.no) eller Gunnhild Bagøien, telefon 72823900, [gunnhild.irene.bagoien@sstolav.no](mailto:gunnhild.irene.bagoien@sstolav.no)

Dersom du har spørsmål om personvernet i prosjektet, kan du kontakte personvernombudet ved institusjonen: [personvernombudet@stolav.no](mailto:personvernombudet@stolav.no)

Datatilsynets e-postadresse er [postkasse@datatilsynet.no](mailto:postkasse@datatilsynet.no)

3

JEG SAMTYKKER TIL Å DELTA I PROSJEKTET OG TIL AT MINE PERSONOPPLYSNINGER  
BRUKES SLIK DET ER BESKREVET

---

Sted og dato

Deltakers signatur

Deltakers navn med trykte bokstaver

### Vedlegg 3

## Registreringskjema ved oppstart

ID nr

Utfylt dato  .  .  Behandler: \_\_\_\_\_

#### Registreringer i prosjekt ved Poliklinikk for Unge Voksne – ved oppstart:

Henvisnings dato:  .  .  Poliklinikk:  Byåsen  Heimdal  
 Rosten  SPISenheten

1 Henvist Tiller DPS fra

- Fastlege  BUP  Annen spesialisthelsetjeneste, hvilken \_\_\_\_\_  
 Legevakt  PPT  Annet, hvem \_\_\_\_\_

2 Er saken påbegynt ved annen enhet ved Tiller DPS

- Annen allmennpoliklinikk, hvilken \_\_\_\_\_  
 Ambulant akutteam (AAT)  Tidlig avklaring (TA)  ACT  Døgnavdeling  
 Annet, hvilken \_\_\_\_\_

3 Henvisningsårsak: Sett minst ett kryss. 1 er mest aktuelt, deretter 2, osv:

- Henvist psykoseutredning  
 Henvist PUV annet (evt flere tall, 1 = mest aktuelt)
- Risiko for å falle ut av jobb eller skole
  - Behov for ambulant oppfølging
  - Oppfølging av psykiatrisk sykepleier/miljøterapeut
  - Funksjonsvansker
  - Evnenivå
  - Behov for integrert behandling/sammensatte tjenester
  - Multimorbiditet/uavklarte tilstander
  - Vansker med oppmøte i ordinær poliklinikk
  - Annet \_\_\_\_\_

4 Psykisk problemområde beskrevet i henvisning (Inntil 3 tall, 1 = mest aktuelt)

- |  |  |  |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> 1 Depresjon     | <input type="checkbox"/> 7 Personlighetsforstyrrelse | <input type="checkbox"/> 13 Relasjonsbrudd         |
| <input type="checkbox"/> 2 Angst         | <input type="checkbox"/> 8 Rus                       | <input type="checkbox"/> 14 Livsbelastning         |
| <input type="checkbox"/> 3 Psykose       | <input type="checkbox"/> 9 Spiseforstyrrelse         | <input type="checkbox"/> 15 Utviklingsforstyrrelse |
| <input type="checkbox"/> 4 Mani          | <input type="checkbox"/> 10 Søvn                     | <input type="checkbox"/> 16 ADD/ADHD               |
| <input type="checkbox"/> 5 Traume        | <input type="checkbox"/> 11 Kjønnssidentitet         | <input type="checkbox"/> 17 Evnenivå               |
| <input type="checkbox"/> 6 Selvmordsfare | <input type="checkbox"/> 12 Livskrise                | <input type="checkbox"/> 18 Funksjonsnivå/vansker  |
| <input type="checkbox"/> 19 Annet        |  |  |

5 Dato først møte  .  .

54970



- 6 Biologisk kjønn:  Kvinne  Mann Alder   ID nr
- 7 Innvandrer/flyktning, fra  Europa  Asia  Afrika  Sør Amerika  Nord Amerika  Oseania
- 8 Omsorg for barn < 18 år:  Heltid  Deltid  Alene  Har ikke barn
- 9 Sivilstatus  Enslig  Gift  
 Kjæreste men ikke samboer  Skilt/separert  
 Samboer  Enke/enkemann  Annet
- 10 Bosisuasjon  
 Bor alene  
 Bor med samboer/ektefelle  
 Bor med foreldre  
 Bor med andre (slektinger, hybel, kollektiv etc), spesifiser: \_\_\_\_\_  
 Annet (fosterhjem, institusjon, kommunal bolig etc), spesifiser: \_\_\_\_\_  
 Ukjent
- 11 Virksomhet per i dag (ett eller flere kryss)  
 Skole/høyskole/universitet, spesifiser \_\_\_\_\_  Arbeidstiltak  
 Ordinært arbeid  Arbeidsufør  
 Arbeidssøker  Ingen fast virksomhet  
 Ukjent  Annet: \_\_\_\_\_
- 12 Hovedinntektskilde (ett eller flere kryss)  
 Lønnsinntekt og i arbeid som vanlig.  Uføretrygd (prosent):    %  
 Stillingsprosent:    %  Arbeidsledig  
 Studielån  Sosial stønad  
 Forsørges av foreldre  Overgangsstønad  
 Forsørges av partner  Annet:  
 Sykepenger (prosent):    %  Vet ikke  
 Arbeidsavklaringspenger (AAP) (prosent):    %
- 13 Hvis pasienten arbeider eller studerer: hvor mange dager har pasienten vært borte fra arbeid, skole eller studier siste 4 uker:   dager
- 14 Hvis pasienten ikke er i arbeid eller går på skole nå: Hvor lenge er det siden pasienten var i arbeid eller gikk skole?    uker
- 15 Høyeste fullførte utdanning (evt hvor mange år før avbrudd)  
 Barneskole  Videregående skole, evt. fullførte hele klassetrinn:   
 Ungdomsskole  Høyere utdanning (universitet/høyskole), antall år:   
 Annet. Evt. hva: \_\_\_\_\_
- 16 Totalt antall år med skolegang:

54970





ID nr 17 Fravær skolegang nå  Ja  Nei

18 Hvis ja, hva er årsak til fraværet (flere kryss er mulig)

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Psykiske helseproblem     | <input type="checkbox"/> Lærevansker                   |
| <input type="checkbox"/> Fysiske helseproblem      | <input type="checkbox"/> Skolelei/manglende motivasjon |
| <input type="checkbox"/> Manglende tilrettelegging | <input type="checkbox"/> Søvnvansker                   |
| <input type="checkbox"/> Problemer hjemme          | <input type="checkbox"/> Rus                           |
| <input type="checkbox"/> Trivdes ikke på skolen    | <input type="checkbox"/> Annet, beskriv: _____         |
| <input type="checkbox"/> Mobbing                   | <input type="checkbox"/> Vet ikke                      |

19 Hvis ja, når startet skolefraværet?

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Barneskolen   | <input type="checkbox"/> VGS                                     |
| <input type="checkbox"/> Ungdomsskolen | <input type="checkbox"/> Annet (eks under lærlingetid osv) _____ |

20 Har pasienten tilpasset skolegang nå?

- |  |
|--|
| <input type="checkbox"/> Ja, (eks tar opp fag evt hva) _____ |
| <input type="checkbox"/> Nei                                 |
| <input type="checkbox"/> Annet, evt hva _____                |

21 Har pasienten noen gang vært i lønnet arbeid?  Ja  Nei  Vet ikke

22 Hvis ja, kryss av for det som passer: (flere kryss er mulig)

- |                                 |                                 |  |  |   |
|---------------------------------|---------------------------------|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Heltid | <input type="checkbox"/> Deltid | <input type="checkbox"/> Ordinært arbeid | <input type="checkbox"/> Tilrettelagt arbeid | <input type="checkbox"/> Tiltak i regi av NAV |
|---------------------------------|---------------------------------|--|--|---|

23 Type arbeid/tiltak:

\_\_\_\_\_

24 Nåværende aktiviteter, annet enn arbeid

- |   |
|---|
| <input type="checkbox"/> Hobbyer (evt hvilke) _____   |
| <input type="checkbox"/> Fysisk trening. Antall timer pr uke <input type="text"/> <input type="text"/>                                |
| <input type="checkbox"/> Dataspill. Antall timer pr døgn <input type="text"/> <input type="text"/>                                    |
| <input type="checkbox"/> Spiller alene <input type="checkbox"/> Spiller med andre <input type="checkbox"/> Spiller alene og med andre |
| <input type="checkbox"/> Andre aktiviteter. Hvilke _____  |

25 Døgnrytme siste uken

Står opp ca kl  :  Legger seg ca kl  : 26 Kosthold  Vanlig  Avvikende, beskriv \_\_\_\_\_  
 Vet ikke \_\_\_\_\_

27 Religiøs tro

- |                             |                              |                                   |
|-----------------------------|------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nei | <input type="checkbox"/> Vet ikke |
|-----------------------------|------------------------------|-----------------------------------|

54970



## 28 Sosialt nettverk

ID nr

--	--	--	--	--

- Ikke noe kjent nettverk, ingen personer     Stort nettverk, mange personer  
 Lite nettverk, få eller eventuelt en person     Ukjent  
 Moderat nettverk, flere personer

## 29 Foreldre

- Gift/samboere     Annet \_\_\_\_\_  
 Skilt/samlivsbrudd     Vet ikke  
 Har aldri bodd sammen

## 30 Pasienten har vokst opp med/i

- Begge foreldre     Fosterhjem  
 En forelder     Annet \_\_\_\_\_  
 Delt omsorg     Vet ikke

## 31 Har pasienten søsken?(evt 2 kryss)

- Ja, andre helsøsken     Ja, ste- og halv søsken     Nei     Vet ikke

## 32 Hvis ja: Kontakt med søsken

- God     Dårlig     Både og

## 33 Røyker pasienten?

- Ja     Nei     Vet ikke

## 34 Snuser pasienten?

- Ja     Nei     Vet ikke

## 35 Bruker pasienten andre rusmidler (alkohol/illegale/vanedannende medisiner- ikke foreskrevet)?

- Ja, hvilke? \_\_\_\_\_  
 Nei     Vet ikke

## 36 Vurderer du at pasienten har et rusproblem?

- Nei  
 Ja, avhengighet; hvilke rusmidler? \_\_\_\_\_  
 Ja, skadelig bruk; hvilke rusmidler? \_\_\_\_\_  
 Ja, annen grad/form av rusproblem; spesifiser? \_\_\_\_\_  
 Vet ikke

## 37 Somatisk helse/smerter nå?

- Kjent somatisk sykdom(mer). Hvilke \_\_\_\_\_  
 Behandling i spesialisthelsetjenesten? \_\_\_\_\_  
 Utreddes i spesialisthelsetjenesten? For hva \_\_\_\_\_  
 Kroppssmerter/ubehag  
 a) Sporadiske smerter, spesifiser \_\_\_\_\_  
 b) Kroniske smerter, spesifiser \_\_\_\_\_

## 38 Medisiner

- Faste. Hvilke (dosering) \_\_\_\_\_  
 Ved behov. Hvilke (dosering) \_\_\_\_\_  
 Bruker ikke medisiner

54970



ID nr 

- 39 Klinisk inntrykk av kontaktevne  
 God  Alminnelig  Redusert  Vet ikke
- 40 Klinisk inntrykk av daglig fungering  
 God  Alminnelig  Redusert  Vet ikke
- 41 Klinisk inntrykk av sosial kompetanse  
 God  Alminnelig  Redusert  Vet ikke
- 42 Er det behov for utredning ift nevrokognitive vansker?  
 Ja  Nei, er gjort før  Nei, ikke behov  Vet ikke
- 43 Er det mistanke om eller påviste nevrokognitive vansker?  
 Nei  Nonverbale lærevansker  
 ADHD/ADD  Narkolepsi  
 Autismespekterlidelse  Tourette  
 Spesifikke lærevansker  Annet  
 Andre eksekutive vansker
- 44 Mors svangerskap  Normalt  Problematisk  Vet ikke
- 45 Fødsel  Normal  Problematisk  Vet ikke
- 46 Tidligere behandling/oppfølging for psykiske plager (årstall)
- BUP Evt når: fom     tom
- PPT Evt når: fom     tom
- Barnevern Evt når: fom     tom
- Kommune psyk (psykolog, psyk spl, mestringsteam, evt hva \_\_\_\_\_)  
 fom     tom
- DPS døgn Evt når: fom     tom
- Akuttpost Evt når: fom     tom
- Spesialpoliklinikk Evt når: fom     tom
- Spesialavdeling Evt når: fom     tom
- Rusbehandling Evt når: fom     tom
- Privatpraktiserende psykolog/psykiater Evt når: fom     tom
- Ambulant akutteam (AAT) Evt når: fom     tom
- Tidlig avklaring Evt når: fom     tom
- 47 Tidligere selvsikring  Ja  Nei  Vet ikke
- 48 Tidligere selvmordsforsøk  Ja  Nei  Vet ikke

54970



ID nr 

HoNOS – Health of the Nation Outcome Scales  
(Skåres av behandler ved oppstart)

	Ingen problemer	Lite problem som ikke krever tiltak	Mildt problem, men avgjort til stede	Moderat alvorlig problem	Alvorlig til svært alvorlig problem	Ukjent
1. Overaktiv, aggressive, forstyrrende eller agitert atferd	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Selvskade som ikke skyldes uhell	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Problemdrikking eller bruk av rusmiddel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Kognitive Problemer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Problemer med fysisk sykdom eller funksjonshemming	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Problemer forbundet med hallusinasjoner og vrangforestillinger	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Problem med senket stemningsleie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Andre mentale eller atferdsmessige problem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Spesifiser type:  Fobi  Angst  Tvangslidelse  Mentalt stress/spenninger  Dissosiativ

Somatoform  Spiseproblemer  Søvnvansker  Seksuelt problem

Annet problem (spesifiser) \_\_\_\_\_

9. Problemer med forhold til andre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Problemer med dagliglivets aktiviteter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Problemer med boligforhold	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Problemer med yrke og aktiviteter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

54970



## Vedlegg 4

### Registreringskjema ved avslutning

ID nr Utfylt dato  .  . 

Behandler: \_\_\_\_\_

Registreringer i prosjekt ved Poliklinikk for Unge Voksne - Ved avslutning:

## 49 Diagnose( r) ICD-10/ICD-11 (psykiatrisk/somatisk)

1 Hoveddiagnose  . 2 Evt. bi-diagnose  . 3 Evt. bi-diagnose  . 4 Evt. bi-diagnose  . 

## 50 Årsak til avslutning

 Ikke møtt Overført annen avdeling, hvilken \_\_\_\_\_ Avsluttet etter pasientens ønske Fullført behandling Annet, spesifiser \_\_\_\_\_

## 51 Konsultasjoner i PUV

Totalt antall konsultasjoner i PUV  Totalt antall ikke møtt Av disse; Pasient alene her (oppmøte) (antall) Pasient alene skype (antall) Pasient alene telefon (antall) Hjemmebesøk til pasienten (antall) Ambulante oppdrag med pasient alene (andre enn hjemmebesøk) Pasient og pårørende her (oppmøte) (antall) Pasient og pårørende skype (antall) Pasient og samarbeidspart her (oppmøte)(antall) Pasient og samarbeidspart skype (antall) Pasient og samarbeidspart telefon (antall) Samarbeidspart (uten pasient) her(oppmøte)(antall) Samarbeidspart (uten pasient) skype (antall) Samarbeidspart (uten pasient) telefon (antall) Annet (evt hva, antall) \_\_\_\_\_ 

10281



57 Medikamentell behandling  Nei  Ja

ID nr

Faste medisiner ved utskrivelse (dosering) \_\_\_\_\_

Medisiner ved behov (dosering) \_\_\_\_\_

58 Sivilstatus ved avslutning  Enslig  Gift  Annet  
 Kjæreste, men ikke samboer  Skilt/separert  
 Samboer  Enke/enkemann

59 Bosituasjon ved avslutning

Bor alene  
 Bor med samboer/ektefelle  
 Bor med foreldre  
 Bor med andre (slektinger, hybel, kollektiv etc), spesifiser: \_\_\_\_\_  
 Annet (fosterhjem, institusjon, kommunal bolig etc), spesifiser: \_\_\_\_\_  
 Ukjent

60 Virksomhet per i dag (ett eller flere kryss) - ved avslutning

Skole/høyskole/universitet, spesifiser \_\_\_\_\_  Arbeidstiltak  
 Arbeidsufør  
 Ordinært arbeid  Ingen fast virksomhet  
 Arbeidssøker  Annet: \_\_\_\_\_  
 Ukjent

61 Hovedinntektskilde (ett eller flere kryss) - ved avslutning

Lønnsinntekt og i arbeid som vanlig.  Uføretrygd (prosent):   %  
 Stillingsprosent:   %  Arbeidsledig   %  
 Studielån  Sosial stønad  
 Forsørges av foreldre  Overgangsstønad  
 Forsørges av partner  Annet:  
 Sykepenger (prosent):   %  Vet ikke  
 Arbeidsavklaringspenger (AAP) (prosent):   %

62 Hvis pasienten arbeider eller studerer: hvor mange dager har pasienten vært borte fra arbeid, skole eller studier siste 4 uker:

63 Hvis pasienten ikke er i arbeid eller går på skole nå: Hvor lenge er det siden pasienten var i arbeid eller gikk skole?    uker

64 Høyeste fullførte utdanning (evt hvor mange år før avbrudd) ved avslutning

Barneskole  Videregående skole, evt. fullførte hele klassetrinn:   
 Ungdomsskole  Høyere utdanning (universitet/høyskole), antall år:   
 Annet. Evt. hva: \_\_\_\_\_

65 Totalt antall år med skolegang (ved avslutning)

10281



ID nr 74 Røyker pasienten?  Ja  Nei  Vet ikke75 Snuser pasienten?  Ja  Nei  Vet ikke

76 Bruker pasienten andre rusmidler (alkohol/illegale/vanedannende medisiner- ikke foreskrevet)?

 Ja, hvilke? \_\_\_\_\_ Nei  Vet ikke

77 Vurderer du at pasienten har et rusproblem?

 Nei Ja, avhengighet; hvilke rusmidler? \_\_\_\_\_ Ja, skadelig bruk; hvilke rusmidler? \_\_\_\_\_ Ja, annen grad/form av rusproblem; spesifiser? \_\_\_\_\_ Vet ikke

78 Hvilke andre instanser har pasienten kontakt med ved avslutning? (flere kryss er mulig)

 Ingen NAV Fastlege (kontakt utover å bli henvist videre) BFT Skolehelsetjenesten/helsesøster Familievernkontoret Oppfølgingstjenesten i kommunen Kriminalomsorgen PPT Gerhard Schønning vgs Rusbehandling Andre \_\_\_\_\_ Annen enhet innen PH Vet ikke

79 Hvilke av tiltakene er igangsatt i løpet av behandlingstiden ved PUV (spesifiser):

\_\_\_\_\_

80 I hvilken grad vurderer du at pasienten har hatt opplevelse av å få hjelp av behandlingen fra PUV?

 Ingen Noen, på hvilken måte: \_\_\_\_\_ Middels, på hvilken måte: \_\_\_\_\_ I stor grad, på hvilken måte: \_\_\_\_\_ I svært stor grad, på hvilken måte: \_\_\_\_\_

81 Planlagt oppfølging:

 Nei  Ja, Hvilke instanser \_\_\_\_\_Avslutningsdato  .  . 

ID nr

--	--	--	--

HoNOS – Health of the Nation Outcome Scales  
(Skåres av behandler ved avslutning)

	Ingen problemer	Lite problem som ikke krever tiltak	Mildt problem, men avgjort til stede	Moderat alvorlig problem	Alvorlig til svært alvorlig problem	Ukjent
1. Overaktiv, aggressive, forstyrrende eller agitert atferd	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Selvskade som ikke skyldes uhell	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Problemdrikking eller bruk av rusmiddel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Kognitive Problemer						
5. Problemer med fysisk sykdom eller funksjonshemming	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Problemer forbundet med hallusinasjoner og vrangforestillinger	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Problem med senket stemningsleie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Andre mentale eller atferdsmessige problem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Spesifiser type: <input type="checkbox"/> Fobi <input type="checkbox"/> Angst <input type="checkbox"/> Tvangslidelse <input type="checkbox"/> Mentalt stress/spenninger <input type="checkbox"/> Dissosiativ						
<input type="checkbox"/> Somatoform <input type="checkbox"/> Spiseproblemer <input type="checkbox"/> Søvnvansker <input type="checkbox"/> Seksuelt rproblem						
<input type="checkbox"/> Annet problem (spesifiser) _____						
9. Problemer med forhold til andre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Problemer med dagliglivets aktiviteter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Problemer med boligforhold	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Problemer med yrke og aktiviteter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>





