



Porsgrunn
VIDEREGÅENDE SKOLE

I hvilken grad føler unge i Grenland seg ivaretatt av det psykiske helsevesenet?



Navn: Ruby Smith-Resch

Klasse: 3STB

Fag: Psykologi

Termin & år: 2023/2024

Innhold

Sammendrag.....	2
Forord.....	2
1. Innledning.....	2
1.1. Bakgrunn	2
1.2. Avgrensning og problemstilling	4
1.3. Disposisjon	5
2. Teori	5
2.1. Erik Eriksons stadier; identitet eller identitetsforvirring	5
2.2. Maslows behovspyramide	5
2.3. Bronfenbrenner.....	6
2.4. Behandling.....	6
2.5. Livsmestring og hjernen i ungdomstiden	7
2.6. Sosial kompetanse og kommunikasjon.....	7
2.7. Den biopsykososiale modellen	8
3. Metode.....	8
4. Resultater	10
4.1. Informant 1	10
4.2. Informant 2	
4.3. Informant 3	12
4.4. Informant 4	14
5. Analyse	16
5.1. Funn 1.....	16
5.2. Funn 2.....	16
5.3. Funn 3.....	17
5.4. Funn 4.....	17
5.5. Funn 5.....	18
5.6. Funn 6.....	18
6. Drøfting.....	19
7. Konklusjon.....	21
Kilder.....	22
8. Bibliografi	22

Sammendrag

I denne forskningsoppgaven har jeg forsket på i hvilken grad unge i Grenland føler seg ivaretatt av det psykiske helsevesenet. Jeg har forsket på problemstillingen gjennom en kvalitativ undersøkelse. Jeg har intervjuet fire ungdommer som går eller har gått til behandling i det psykiske helsevesenet. Målet med oppgaven er å finne ut av hva man kan gjøre bedre og hvilke hensyn og tiltak som må tas for å bedre behandlingstilbudet. Av undersøkelsene mine kommer det frem at behandlingen svikter når det kommer til ivaretagelse på flere områder. Veien til riktig behandling er vanskelig, og effekten av behandling og samtaleterapi er ofte lav. Samtidig har jeg funnet tilfeller der ivaretagelsen er god, og terapien fungerer. Klarer systemet å ta vare på ungdommen? Og hva må vi bli bedre på?

Forord

I denne delen av oppgaven ønsker jeg å takke veilederen min, Jane Helen Toreskaas, som har bidratt med gode tips og solid hjelp til både skriving, refleksjon og drøfting. Jeg ønsker også å takke venner og familie som har støttet, hjulpet og kritisert underveis. Sist, men ikke minst ønsker jeg å gi en stor takk til informantene mine, som har bidratt med så mange interessante og viktige erfaringer og synspunkt. Det hadde ikke blitt en oppgave uten dere.

Ruby Smith Resch

10.03.2024

1. Innledning

1.1. Bakgrunn

Psykiske helseproblemer blant unge har doblet seg de siste ti årene, viser tall fra en ny NTNU-studie. (Krokstad, 2022). For å sette mer lys på akkurat hvor mange ungdom som sliter psykisk i Norge i dag kan vi vise til en undersøkelse fra Mental Helse tidligere i år. Her svarer 3 % av ungdom mellom 12 til 20 år at de har hatt svært dårlig mental helse de siste 12 månedene. 13 % svarer at de har hatt ganske dårlig mental helse. Dette vil si hele 16 % av norsk ungdom. Litt over halvparten av de som sliter ber om hjelp hos et støtteapparat, og litt under halvparten gjør ikke det. (Zerener, 2023). God psykisk helse defineres som å trives i hverdagen og å takle vanlige utfordringer som dukker opp. Når en opplever psykisk uhelse, blir livskvaliteten betydelig dårligere, men hva møter de som ber om hjelp? I denne forskningsoppgaven skal jeg undersøke i hvor stor grad ungdom i nærområdet mitt føler seg ivaretatt av den psykiske helsetjenesten som er tilgjengelig her.

Fagfolk og forskere har ulik oppfatning av akkurat hvor godt psykoterapi fungerer. Noen mener det er helhetlig god effekt, andre mener den er svært liten. Psykoterapi er å bruke psykologiske metoder og teorier til å behandle psykiske lidelser. Terapien går ut på samtale mellom behandler og pasient. Joar Øveraas Halvorsen, førsteamanuensis, forsker og psykologspesialist ved NTNU mener at kun 1 av 7 av de som går i behandling blir friskere. Effekten er med andre ord beskjeden (Forskning.no, 2023). Ole Andre Solbakken, professor i psykologi ved universitet i Oslo, er en av dem som har et annet svar. Han konkluderer med at omtrent 50 % av de som går i behandling blir friske, om ikke helt friske, blir de i hvert fall friskere (Forskning.no, 2023). Både Halvorsen og Solbakken baserer uttalelsene sine på forskning, men hva er det reelle svaret? Effekten av behandling varierer selvsagt fra klinikk til klinikk, fra by til by, fra alder til alder, fra lidelse til lidelse og fra person til person. Ulike kommuner har ulike tilbud. Det går for det meste ut på private psykologer eller offentlig psykologer i helsetjenesten. Helsepsykepleier på skolen og andre lavterskeltilbud er også et aktivt tilbud for unge i dag. I Porsgrunn kan vi også benytte oss av Familiehelsetjenesten (Porsgrunn kommune, 2023).

En kronikk fra forskersonen.no skrevet av professorer ved universitetet i Sørøst-Norge peker på at det er tre ting vi bør bli bedre på det når kommer til psykisk behandling av ungdom. Det er at tjenestene må være ungdomsvennlige og fleksible, og at vi ikke må legge ned tilbud som faktisk fungerer. (Krane, 2023). Hvordan fungerer disse rådene i praksis? Er det den samme tilbakemeldingen vi får fra ungdommen selv?

Med økt individualisering og stadig mer press på den moderne ungdom utgjør de en særlig sårbar risikogruppe for psykiske lidelser (Ungdata, 2018). Ikke minst er de fremtidens ledere. Jeg kom derfor frem til at ungdom er en svært relevant gruppe å forske på i dette forskningsprosjektet.

Samtidig vekket det min nysgjerrighet å finne ut av hvilke opplevelser de forskjellige individene har hatt med det psykiske helsevesenet og i hvor stor grad de føler seg hørt, sett og ivaretatt. Det er her min forskning bidrar med noe annet enn tidligere forskning. Jeg vil se på individenes personlige opplevelse av ivaretagelse i systemet og ikke nødvendigvis hvor mange som blir friske. Målet med terapi trenger ikke alltid å være total friskmelding, men at det skal fungere som et støtteapparat. Det er heller ikke blitt gjort så altfor mye forskning på ungdom i forhold til psykisk helsevern, men mest på befolkningen generelt. Sett bort ifra tallene på effekt og friskmelding, klarer helsevesenet å møte ungdommen på riktig måte? Dersom funnene mine er urovekkende er dette noe som kan tas i betraktning til videre behandling.

1.2. Avgrensning og problemstilling

Det psykiske helsevesenet i Norge varierer fra by til by og fra fylke til fylke. Det ville blitt vanskelig å gå i dybden på behandlingstilbudet og opplevelser av behandlingstilbudet over hele Norge. Derfor har jeg valgt å snevre inn søket mitt til fire ungdom i Skien og Porsgrunn. Jeg har også valgt å forske på ungdom som i de siste fem årene har gått på videregående skole for å avgrense forskningsgruppen enda mer. Intervjuobjektene kommer til å ha mottatt behandling hos enten BUP eller DPS i Skien eller Porsgrunn. Jeg forsker ikke på en spesifikk form for psykisk diagnose. Slik vil jeg oppnå et representativt utvalg og et helhetlig inntrykk av behandlingstilbudet, uavhengig av hvilken lidelse du behandles for.

Problemstillingen min er altså: I hvilken grad føler unge i Skien og Porsgrunn seg ivaretatt av det psykiske helsevesenet? Med ordet ivaretagelse vinkler jeg oppgaven inn mot to hovedfaktorer; tilgjengelighet av tjenester og samhandling mellom behandler og pasient. Jeg formulerte denne problemstillingen med en hypotese til grunn. Den går ut på at ungdommen ikke opplever stor grad av ivaretagelse. Det kan bli spennende å bekrefte eller avkrefte denne hypotesen, og se på eventuelle nyanser i resultatene mine.

På forhånd vil jeg opplyse om at intervjuene stadig beveget seg inn på temaer for hva slags terapi som fungerte best, og jeg har derfor gitt litt plass til dette temaet i analysedelen og drøftedelen, da det viste seg å være aktuelt.

1.3. Disposisjon

Videre skal jeg ta for meg relevant teori og fagstoff som jeg senere skal støtte meg på når jeg drøfter og analyserer resultatet av funnene mine. Deretter skal jeg presentere valg av metode, styrker og svakheter ved denne metoden, og også hvilke hensyn jeg må ta underveis i forskningsprosessen. I neste del skal jeg legge frem funn og resultat av forskningen min. Funnene skal deretter analyseres ved hjelp av tidligere presentert teori og fagstoff. Her skal jeg vurdere hva forskningen kan brukes til, samt se sammenhenger og trekke linjer til problemstillingen min. Videre skal resultatene drøftes med et kritisk blikk til egen forskning. Til slutt skal jeg komme frem til en konklusjon på hypotese og problemstilling, og ta for meg eventuelle nyanser og spørsmål som kan ha oppstått underveis, samt hva som kan vurderes og forskes på videre i forhold til det jeg har kommet frem til.

2. Teori

2.1. Erik Eriksons stadier; identitet eller identitetsforvirring

Eriksons psykososiale stadier er en modell som viser til de åtte forskjellige fasene et menneske går gjennom i løpet av sitt liv. I hver fase må individet løse en konflikt eller en krise. Dersom disse krisene ikke løses, kan det ha påvirkning videre i livet. En ungdom er i fase fem av Eriksons psykososiale modell hvor konflikten er **identitet eller identitetsforvirring**. I denne alderen blir den identiteten man tidligere har stolt på uklar og man kan oppleve forvirring rundt sin egen identitet. Dette ser man ofte gjennom for eksempel endring av klesstil, holdninger og meninger. Ofte da i takt med en vennegruppe. Slik driver ungdommen med identitetsarbeid og finner ut av hva som passer for en selv. I en slik fase er ungdommen ofte ekstra sårbar (Svendsen, 2022).

2.2. Maslows behovspyramide

Maslows behovspyramide er en rangering av hvilke behov som er viktigst for oss mennesker. Nederst finner vi de aller mest grunnleggende behovene, **fysiologiske behov og trygghetsbehovet**. Øverst finner man det **sosiale behovet, behovet for anerkjennelse og behovet for selvrealisering**. Man vil ikke strebe etter å få de øverste behovene oppfylt dersom de nederste ikke er det. En situasjon hvor man kan anvende Maslows behovspyramide er for eksempel et individ som lever under fattige kår. Individet vil ikke strebe etter for eksempel skole og jobb, noe som går under selvrealisering, anerkjennelse og sosiale behov, fordi de ikke har det grunnleggende man trenger for å overleve, altså mat, drikke og et sted å bo. Maslows behovspyramide har fått mye kritikk for å være for hierarkisk og i dag er mange enige om at vi kan oppfylle øvre behov selv om vi nødvendigvis ikke har de grunnleggende behovene dekt. Man kan for eksempel være svært vellykket og ha oppnådd behovet om selvrealisering og anerkjennelse i høy grad, til tross for at man for eksempel er sulten eller ikke har trygge relasjoner rundt seg (Svendsen, 2022).

2.3. Bronfenbrenner

Uri Bronfenbrenners økososiale modell skiller hovedsakelig mellom fire ulike nivåer i samfunnet; **mikrosystemet, mesosystemet, eksosystemet og makrosystemet**. Mikrosystemet er de arenaene hvor individet deltar direkte ansikt til ansikt. Det er her mye av primærsosialisering foregår, altså kontakten med nære familier og venner. Skolen og videre sosialisering plasseres også innenfor mikronivået. I mesosystemet ser vi på hvordan de ulike arenaene fungerer sammen og påvirker individet. For eksempel hvordan et barn tar med seg forventninger og erfaringer hjemmefra videre til klasserommet og motsatt. I eksosystemet finner vi arenaer hvor individet vanligvis ikke er til stede selv i hverdagen, men likevel blir påvirket. Videre har vi makrosystemet. Her finner vi sosiale, politiske og religiøse forhold, samt sosiale medier som er med på å påvirke individets liv. Eksempelsvis, hvis et individ tar i bruk psykiske helsetjenester, la oss si BUP eller DPS, så vil dette tilbudet bli en del av individets ekso-, men også dets mesosystem. Relasjonen mellom individet og helsetjenesten, og mellom helsetjenesten og foreldre/skole vil mer konkret påvirke individet (Granlund, 2022).

2.4. Behandling

Vi skiller hovedsakelig mellom tre forskjellige behandlingsformer. **Psykodynamisk terapi** er en form for psykoterapi. Behandlingen skjer gjennom samtaler mellom behandler og pasient, hvor samarbeidet dreier seg om å oppdage, forstå og bearbeide følelser, samt å avdekke ubevisste prosesser innad som skaper vanskeligheter for pasienten. (IPR , u.d.). **Atferdsterapi** behandler atferdsforstyrrelser hvor målet er å bli kvitt hensiktsløs og uønsket atferd. Eksponeringsterapi brukes hyppig i atferdsterapien. Eksponeringsterapi utsetter pasienten for det den er redd for, for å forhindre uønskede tanker som igjen forårsaker uønsket atferd. **Kognitiv terapi** går ut på å identifisere og endre negative og uheldige tankemønstre. Det har blitt vanlig å kombinere atferdsterapi med kognitive teknikker. Her legger man stor vekt på mestringsstrategier for å regulere tankene sine slik at man kan oppnå positiv atferd (Svendsen, 2022).

2.5. Livsmestring og hjernen i ungdomstiden

Livsmestring varierer fra person til person, avhengig av ens evne til å håndtere kriser og utfordringer. Mestring er essensielt for selvfølelse og motivasjon. **Resiliens**, eller motstandsdyktighet, spiller en sentral rolle i å takle stress. **Sårbarhet**, derimot, påvirkes av både arv og miljø, og indikerer hvor utsatt man er for vanskeligheter. Individer kan ha høy sårbarhet, men likevel være motstandsdyktige med god resiliens. Dårlig resiliens gjør individet mer sensitiv. Eksempelvis er ungdom en gruppe som ofte opplever økt sårbarhet. Puberteten medfører sterke følelser, på grunn av hormonelle endringer og en umodent utviklet pannelapp. Dette gjør ungdom ekstra mottakelige for belønningsimpulser, som for eksempel dopaminens fristelser. Oppmerksomhet og anerkjennelse føles derfor ofte ekstra godt i ungdomstiden. Til tross for alle ulempene puberteten tilfører ungdomshjernen, gjør den oss også ekstremt lærevillige. I denne sårbare livsfasen er sosiale og psykiske beskyttelsesfaktorer avgjørende for å fremme behovet for trygghet, mestring og anerkjennelse. Til tross for alle ulempene puberteten tilfører ungdomshjernen gjør den oss også ekstremt lærevillige (Svendsen, 2022).

2.6. Sosial kompetanse og kommunikasjon

Ett av de viktigste resultatene av sosialiseringen vår er sosial kompetanse. Sosial kompetanse handler om å ha evnen til å opprettholde gode relasjoner til andre mennesker. Terje Ogden, professor i psykologi, har definert fenomenet på denne måten: «Sosial kompetanse er relativt stabile kjennetegn i form av kunnskap, ferdigheter og holdninger som gjør det mulig å etablere og vedlikeholde sosiale relasjoner». Viktige

faktorer ved vår sosiale kompetanse er **empati**, evnen til å forstå andres følelser, og **selvhevdelse**, som handler om å uttrykke egne behov og meninger i møte med andre. I tillegg er selvkontroll, samarbeidsferdigheter og ansvarlighet også viktige kjennetegn på sosial kompetanse. Jeg vil legge vekt på empati og selvhevdelse i denne oppgaven da jeg oppfatter det som mest relevant for problemstillingen min og i terapi. Vår sosiale kompetanse kommer til uttrykk i kommunikasjon med andre. Prosessmodellen beskriver toveiskommunikasjon hvor avsender og mottaker bytter roller. I kommunikasjon kan det oppstå både fysisk og psykisk støy. Fysisk støy kan være forstyrrende elementer som språkforskjeller eller høye lyder rundt kommunikasjonssituasjonen, mens psykisk støy kan være faktorer som dårlig relasjon mellom de som kommuniserer, stress, trøtthet eller andre psykiske forstyrrelser som forhindrer best mulig kommunikasjon (Svendsen, 2022).

2.7. Den biospsykososiale modellen

Den biospsykososiale modellen viser en helhetlig forståelse av mennesket og er sentral for å forklare menneskers velvære. Den baserer seg på at det er en sammensetning av den **biologiske** delen av oss, den **psykologiske** delen og det **sosiale miljøet** vi lever i som påvirker oss. Modellen legger stor vekt på at de forskjellige delene påvirker hverandre. Dersom man har dårlig fysisk helse kan dette være med på å påvirke den psykiske helsa, i form av at man kanskje ikke kan delta i fysisk aktivitet. Dårlig psykisk helse kan igjen føre til at man ikke ønsker å være sosial og dermed er det sosiale aspektet også svekket. Modellen sier ikke at man ikke kan oppnå helhetlig god livskvalitet bare fordi et aspekt er svekket, men det kan gjøre deg ekstra **sårbar** og gi mindre **resiliens** dersom motgang skulle oppstå. Poenget er at man fint kan leve godt med for eksempel bare det psykologiske og det sosiale aspektet oppfylt (Svendsen, 2022).

3. Metode

Jeg skal bruke kvalitativ metode til å forske på problemstillingen. Forskningsutvalget mitt er fire ungdommer som har vært i kontakt med det psykiske helsevesenet i Grenland det siste året. De har også gått på videregående skole de siste tre årene. Slik er forskningsgruppa relevant for problemstillingen min, og kan gi oss et innblikk i de nyeste trendene, både innenfor ungdomskulturen nå, og hvordan møtet mellom ungdom og dagens psykiske helsevesen fungerer. Forskningsutvalget mitt bidrar med validitet til problemstillingen. Jeg skal bruke intervju som forskningsmetode. Kvalitative dybdeintervjuer egner seg godt til å forske på hvorvidt ungdom føler seg ivaretatt av det

psykiske helsevesenet, da det gir oss en dypere forståelse av enkeltindividets opplevelser og gjør resultatene mer reliable (Sundbye, 2021). Jeg ser for meg en runde med intervjuer med alle de fire informantene hvor jeg stiller fire sentrale spørsmål. Om det dukker opp relevante oppfølgingsspørsmål som trengs å stilles for å utdype informantenes svar, vil jeg utforme de fortløpende. Slik oppnår jeg en fleksibel samtale hvor jeg får utforsket problemstillingen mer. Slik stiller jeg ikke bare spørsmål som jeg tror er relevante, men som i prosessen viser seg å være relevante for ungdommen selv. Til slutt sitter jeg forhåpentligvis igjen med svar på ulike nyanser og spørsmål som dukker opp underveis i intervjuene. Jeg kommer til å oppsummere det viktigste fra hver informant, samt hva jeg finner interessant. Dette skal jeg ta med meg videre i drøftingen og analysen. De fire sentrale spørsmålene blir som følger; var behandling lett tilgjengelig? Hvordan opplevde du behandlingen? Følte du deg ivaretatt av behandler? Fikk du komme med innspill til behandlingen selv?

Jeg valgte de overnevnte teoriene fordi jeg syntes at de kan bidra med relevante begrunnelser, og belyse faglig sammenheng mellom individet, tilbudet og psykisk ivaretagelse. Teoriene som er relevante for ungdommen som gruppe er livsmestring og hjernen i ungdomstiden, og Eriksons fase 5. Bronfenbrenners økososiale modell og behandlingsformer kan knyttes til de strukturelle faktorene og tilbudet som finnes. Den biospsykososiale modellen og Maslows behovspyramide ser på de individuelle faktorene for ivaretagelse, og sosial kompetanse og kommunikasjon kan belyse relasjonelle faktorer mellom terapeut og behandler.

I denne problemstillingen vil etiske hensyn være tungtveiende. For informantene kan dette være et sårbart tema, det vil derfor være viktig å ta hensyn til dette både under og etter intervjuene. Jeg har forsøkt å formulere spørsmålene på en så hensynsfull og etisk riktig måte som mulig. Dette er viktig for å ivareta oppgavens integritet og ikke minst for å beskytte intervjuobjektene. Informantene blir anonymisert i publiseringen, og jeg vil bruke et kjønnsnøytralt pronomen. Dette informeres om før samtykke slik at informantene oppfordres mest mulig til å snakke fritt. I tillegg kjenner jeg informantene mine i noen grad. De er altså trygge på meg som person, noe som øker åpenheten og tilliten oss imellom, og gir resultatene mer relabilitet. På en annen side kan det gjøre informantene mindre åpne og mer ubekvemme fordi de vet at jeg som venn eller bekjent kommer til å huske det de forteller meg, altså at jeg ikke er en anonym og «ansiktsløs» forsker som det ellers ville vært. En mangel ved den kvalitative forskningsmetoden som jeg har valgt er at det ikke er mulig å forske på et spesielt bredt forskningsutvalg. Jeg kan derfor ikke med sikkerhet avgjøre resultatenes gyldighetsområde, altså hvor dekkende funnene mine er, men jeg tør å påstå at de i alle fall vil sette

lys på nøkkel-trender i Grenland og hvordan ungdom opplever psykisk helsebehandling. Hensikten med oppgaven er tross alt å forske på individenes opplevelser og ikke allmenheten generelt.

4. Resultater

4.1. Informant 1

Var behandlingen lett tilgjengelig?

I intervjuet med første informant kommer det frem at behandlingen var lett tilgjengelig, men at veien til *riktig* behandling var lang. Å få den riktige behandlingen for akkurat hens lidelse tok flere år etter mange og etter hvert desperate henvendelser. «Jeg måtte gråte og mamma måtte kjeft», sier hen.

Hvordan har du opplevd behandling i det psykiske helsevesenet?

Når informanten først fikk riktig behandling opplevde hen den tidskrevende og utmattende, men også svært effektiv og hjelpsom for lidelsen. Behandlingen varte i en uke, med intensiv eksponeringsterapi og med gruppesamtaler.

Følte du deg ivaretatt av behandler?

I den sistnevnte formen for terapi følte informanten seg ivaretatt, det vil si sett og hørt. Men før det, altså i BUP, som hadde i oppgave å henvise hen videre, følte hen seg ikke ivaretatt. I samtalene hos BUP hadde hen en generell erfaring med at «de som jobbet der kun var der for å jobbe». BUP er jo et mer lavterskeltilbud. Da hen ga uttrykk for at hen ønsket noe mer høyterskel og mer skreddersydd og spesialisert til akkurat hens lidelse, som hen jo fikk til slutt, var det vanskelig å nå frem.

Fikk du komme med innspill på egen behandling?

I OCD-behandling gir informanten uttrykk for at hen fikk komme med innspill på hvordan behandlingen skulle foregå, og at den tok spesielt hensyn til «hvordan hen var som person».

I dette intervjuet hadde jeg ikke behov for å stille oppfølgingsspørsmål. Det viktigste som kommer frem av informant 1 er at veien til riktig behandling var lang og vanskelig, men når hen først fikk intensiv og skreddersydd behandling for lidelsen fungerte terapien godt. Informanten gjennomgikk atferdsterapi.

4.2. Informant 2

Var behandlingen lett tilgjengelig?

«Man kan jo på en måte ikke bare gå til legen å si at man trenger en psykolog. Man skal gjennom veldig mye først, mange spørsmål». Det kommer frem at for å få behandling og bli henvist videre fra lege raskt, skal det være et veldig reelt, håndfast og akutt problem. «Det hjelper ikke å si at jeg har det vanskelig og trenger noen å snakke med», sier hen.

Hvordan har du opplevd behandling i det psykiske helsevesenet?

Informant forteller at hen opplevde at dersom man er veldig flink til å uttrykke seg om problemene sine, blir man tatt mindre seriøst og sett på som «mindre syk». «Psykologen min sendte brev til legen min hvor hen uttrykte at hen ikke opplever meg som spesielt deprimert, fordi jeg virker så reflektert over hvordan jeg har det og er flink til å uttrykke meg om det». «Man må grine og være helt fra seg for å bli tatt seriøst», sier hen.

Følte du deg ivaretatt av behandler?

Sier at hen ikke følte seg ikke spesielt ivaretatt. Hen har vel og merke hatt én veldig positiv opplevelse når det kommer til ivaretagelse, og det var med gruppebehandling kombinert med mentaliseringsbasert terapi. Behandlingen het DBT og er en form for atferdsterapi som hjelper pasienten med å stå i og håndtere sterke og vonde følelser, og brukes for å behandle blant annet suicidalitet og emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse. Der snakker man med andre ungdom som har det på samme måte som seg selv og lærer om følelsene sine.

Fikk du komme med innspill på egen behandling?

Informant føler at hen fikk komme med innspill på egen behandling. Gruppebehandling var en positiv opplevelse som hen fikk etter forespørsel. Å bytte psykolog etter forespørsel derimot kan være vanskelig. «Flaut», uttrykker informant det. Videre sier hen; «Ting går jo på en måte bare sin gang.

Du har timen din også er du ferdig og skal på neste. Det er ikke så mye utover det, noe bearbeiding eller aktiv vurdering av terapien. Det er vanskelig i dette løpet å bryte inn å si at man vil bytte behandler og man vet heller ikke hvem man skal si ifra til».

Oppfølgingsspørsmål:

Hva kunne de gjort for å få deg til å føle deg mer ivaretatt?

Kommer frem at informanten skulle ønske de tok alle typer mennesker seriøst, uansett om man er ekstremt syk eller ikke har så altfor tydelige symptomer. Kjenner en annen som hadde vært i kontakt med DPS, men som fikk avslag fordi hen ikke har noen spesifikke diagnoser. Hen måtte heller starte på et lavterskeltilbud for de som blir avslått av DPS.

Syntes du de var bedre i voksenpsykiatrien enn i ungdomspsykiatrien?

Nei. Stor overgang fra BUP til DPS. Mange voksne og bredt spekter av mennesker. Kan være utfordrende for en voksen ungdom eller en svært ung voksen som akkurat er overført. Snakka hardt til. «Gruer meg til jeg skal på DPS, der blir jeg snakka til som en voksen». En annen bekjent av informant fikk behandlingen i BUP avsluttet ettersom behandler mente at samtaleene ikke hadde vært nok til hjelp, forteller hen. Den bekjente mente selv at det kanskje ikke hadde hatt den største effekten, men at det fremdeles var viktig for hen å ha noen å snakke med.

Her ser vi at informanten har hatt mange negative opplevelser med det psykiske helsevesenet. Hen sier at man må være «veldig syk» og god til å uttrykke det for å bli prioritert. Det viktigste som kommer frem, er at det kan være vanskelig å gjøre stemmen sin hørt i et løp som bare går sin gang uten stopp. Andre interessante ting vi kan ta herfra er den positive erfaringen med gruppeterapi. Dette med at terapi ikke alltid trenger å ha en håndfast effekt, men at det fremdeles er fint å ha noen å prate med, er også viktig. Informanten ble behandlet med psykodynamisk terapi og deretter atferdsterapi.

4.3. Informant 3

Var behandlingen lett tilgjengelig?

Informanten svarer at behandlingen var der, men at det var lange køer og kanskje det eneste tilbudet som var akutt var innleggelse.

Hvordan har du opplevd behandling i det psykiske helsevesenet?

Informanten bruker ordene uoversiktlig og lite hjelpsomt.

Følte du deg ivaretatt av behandler?

Svaret er nei, «de gjør bare jobben sin, det virker ikke som de klarer å skjønne seg på noe annet enn det de har lest og pugget». Hen sier det er noen hen har hatt god tone med, men at det jevnt over har vært lite «tiltakskraft» i dem.

Fikk du komme med innspill på egen behandling?

I liten grad. Informanten forteller om at hun prøvde å bytte behandler, men at det kun ledet til en saktere behandlingsprosess og etter hvert helt slutt på behandlingen ettersom behandler mente at informanten trengte en pause fra behandling.

Oppfølgingsspørsmål:

Tok det lang tid før du fikk den rette behandlingen for deg?

Her kommer det frem at det skulle kreve svært mange forskjellige behandlere før informanten skulle finne noe som hen opplevde som positivt. Dette var under en behandling for spiseforstyrrelse. Det som jeg fant litt interessant her var at behandleren i dette tilfelle faktisk ikke var utdannet psykolog, men en barnesykepleier som hadde funnet interesse i å behandle spiseforstyrrelser. Hen hadde ingen utdanning innenfor feltet, men hadde svært mye erfaring og hadde drevet praksis innenfor feltet i flere år. Informanten omtaler hen som dyktig og et godt og trygt menneske. Informanten og behandleren fikk god kjemi.

Hva burde de gjort annerledes for å være bedre på jobben sin?

Informanten skulle ønske de hadde noe mer konkret å komme med, istedenfor å «gå rundt grøten». Hen ønsker å fortelle om en hen kjenner som har blitt behandlet for psykisk sykdom på Modum Bad. Modum bad er en institusjon hvor man kan bli lagt inn på intensiv behandling i omtrent 10 uker, pluss minus. De har spesialisert seg på sammensatte psykiske lidelser, blant annet angst og depresjon. Den bekjente av informanten hadde en utrolig god opplevelse på Modum Bad, hvor den psykiske

sykdommen ble til å leve med. Helene Sandvig, norsk journalist og programleder, bodde på institusjonen i en liten periode i sammenheng med TV-serien sin «Helene sjekker inn». Her forteller hun om en bred kunnskap og behandling som gjennom forskning viser seg å ha effekt. Å kunne være innlagt så mange uker for behandling, mener hun at er unikt. Men nåløyet for å få slik intensiv og personlig behandling er dessverre trangt, da det kun er 100 plasser på Modum. «For mange viser slik behandling seg å være nødvendig, og sparer også penger på lengere sikt», sier Sandvig. Behandlerne på Modum mener det er viktig for pasientene å ha et slikt sted å komme til etter de mange ganger har blitt fortalt at de «må skjerpe seg», og at ingenting hjelper (Modum Bad, 2018).

Sett tilbake på behandlingen i ettertid, er det noe du kunne gjort annerledes for å forbedre opplevelsen din?

Her kommer det frem at informant ikke er veldig god på å uttrykke seg om følelsene sine. Hen anerkjenner det selv og reflekterer over at det muligens kan ha vært dårlig kommunikasjon fra begge sider.

Igjen kommer det frem at det er vanskelig å uttrykke seg på «riktig» måte i behandling, slik at man kan få best mulig hjelp. I likhet med de tidligere intervjuene er umiddelbar behandling vanskelig å få tak i med mindre det per definisjon er «akutt». Det kommer også frem at det var kaos i behandlingen med terapi uten tiltak. Noe som er svært interessant her er at den ene gode behandleren informant har hatt, ikke er utdannet psykolog. Det viser seg igjen at intensiv behandling med spesifikke tiltak fungerer. Pasient ble behandlet med psykodynamisk terapi og deretter atferdsterapi. Sistnevnte var en positiv opplevelse.

4.4. Informant 4

Var behandlingen lett tilgjengelig?

Informanten forteller at man på «pushe på» for å få behandling. Etter jeg gjorde det tok det omtrent en måned, sier informant. Hen påpeker at det vanligvis kan ta opptil et halvt år eller mer, men at det tok kort tid fordi det var så «akutt».

Hvordan har du opplevd behandling i det psykiske helsevesenet?

«Det var veldig mye samtaler i starten, før vi kunne rette oss etter en spesifikk behandlingstype som kunne passe meg», sier informanten. «Behandleren måtte bli kjent med meg». Informanten forteller at hen føler at det skjedde en indre prosess underveis i terapien som fikk hen til å innse et par ting om livet, samt åssen mennesker hen vil ha rundt seg. Informanten beskriver behandlingen som interessant, men også skummel og utfordrende fordi den brakte frem gamle og vanskelige minner.

Følte du deg ivaretatt av behandler?

«Jeg gleda meg litt til å fortelle ting og ikke bli dømt. Det var fint å snakke med en person som husket det jeg sa fra gang til gang. Jeg var heldig med behandler sånn sett».

Fikk du komme med innspill på egen behandling?

Hen sier at hen kunne bryte behandlingen om nødvendig dersom den ble for krevende. Behandlingen var en traumefokusert kognitiv atferdsterapi.

Oppfølgingsspørsmål:

Har behandlingen hjulpet deg til å være på et bedre sted i dag?

«Jeg vet ikke om jeg kan si at PTSD-behandlingen funket hundre prosent og at jeg ikke har traumer lenger på grunn av den. Det var heller en generell veiviser for hva som var galt i livet mitt og hva jeg burde forandre på, fordi jeg fikk snakke med en person som var utenfor min livssituasjon og kunne se det fra utsiden», sier informant. Behandlingen gjorde livssituasjonen til informanten bedre, men hadde vel og merke ikke fungert uten god og stor innsats fra pasienten selv. Det kommer frem at hen la inn innsats og etter hvert fikk tro på behandlingen.

Dette intervjuet står litt i kontrast til de andre. Her belyses viktigheten av tro og mot fra pasientens side. Hvordan kan behandler dyrke dette?

5. Analyse

Videre ønsker jeg å gjøre rede for sentrale likheter mellom de fire informantene, og hvilke som er mest interessant og fremtredende. Disse punktene vil jeg analysere i denne delen av oppgaven og ta med meg videre inn i drøftedelen.

5.1. Funn 1

Den mest fremtredende likheten er uten tvil veien til behandling. Her kan vi anvende begrepet selvhevdelse og hvordan dette fungerer i samspill med eksonivået i Bronfenbrennes økososiale modell. Alle informantene sier at man må være veldig syk for å få behandling fortløpende, og at man må «pushe på». Hvis ikke kan man risikere å vente lenge. Vi kan bruke informant 3 som et eksempel her. Hen sier at hen ikke er den beste til å uttrykke seg om hvordan hen har det og hvor vanskelig ting faktisk er. Dette ble vanskelig i terapi da behandlerne ikke fikk tak på alvor. Dermed ble det mye venting og dødtid. Det samme gjelder informant 2 som forklarer at hen ble opplevd som «frisk nok». Dersom evnen til selvhevdelse hos pasienten er nedsatt, altså at den ikke tør å heve stemmen og kreve ulike ting i behandlingen, risikerer det psykiske helsevesenet på eksonivå å svikte dem. Lang ventetid kan føre til lite tro på at de noen gang vil få hjelp, altså lite tillit til de statlige organene. Svekket tillit og tro ser vi hos noen av informantene. Tillit er utrolig viktig, ikke bare når det er snakk om relasjonen mellom behandler og pasient, men også tillit til de som styrer. Videre understreker den biospsykososiale modellen at den sosiale siden av et individ avhenger av støtte fra samfunnet. De må vite at de blir ivaretatt, hvis ikke kan graden av psykisk ivaretagelse bli svekket. Det viktigste vi kan ta fra dette er at pasienten bør ha oppfølging og hjelp snarest, uansett hvordan pasienten ber om det.

5.2. Funn 2

Viktigheten av riktig og individuell rettet behandling. Alle de fire informantene dokumenterer effekt av individuell og intensiv behandling. Ulike behov kan være med på å begrunne dette fenomenet. Ulike personlighetstyper med varierende kapasitet og behov vil trenge ulik behandling. Informant 2 hadde for eksempel behov for gruppeterapi i behandlingen. Hen hadde større behov for å

relatere og omgi seg med andre mennesker som hadde det som hen selv. Det sosiale behovet i Maslows behovspyramide var altså større. Dette bidro til at informant kunne bevege seg oppover i pyramiden mot annerkjennelse for sine egne følelser. Sammenliknet med informant 3 og 4, hadde de i større grad behov for trygghet. Trygghet kan komme i mange former, og man kunne argumentert for at informant 2 faktisk dekket trygghetsbehovet i gruppeterapi, og ikke bare det sosiale behovet. Informant 4 syntes det var en trygghet å ha en person som hen kunne snakke med utenfor hverdagen og at hen husket det informant sa fra gang til gang. Informant 2 så på det som en trygghet å ha en terapeut hen hadde god kjemi med. Alle disse formene for trygghet kommer av en sosial faktor. Dermed kan vi kritisere Maslows behovspyramide for å være for hierarkisk og at den ikke lykkes i å se på de ulike faktorene i samspill med hverandre. Her kan vi bruke den biospsykososiale modellen som et mot-eksempel. Det sosiale behovet bidrar til det psykiske. Hvordan man oppfyller de sosiale behovene vil jeg komme tilbake til i siste funn. Til konklusjon vil man uansett trenge en individuell og intensiv tilnærming til behandling for å dekke enkeltmenneskets behov, fordi da har man mer rom til det.

5.3. Funn 3

Behandling kan være krevende og utfordrende. Det kan derfor tenkes at pasienter med lavere resiliens og høy sårbarhet vil slite i behandling. Noen håndterer det, og andre håndterer det ikke. Det bør være tungtveiende å ta hensyn til i spørsmålet om ivaretagelse. Til tross for at noen har samme lidelse, vil ikke alltid den spesifikke behandlingen for den lidelsen fungere best mulig for alle, fordi vi har ulik kapasitet til å håndtere behandlingen. Informant 1 dokumenterer god effekt av mentalt krevende behandling, sannsynligvis fordi resiliens er god. Informant 2 omtaler overgangen fra ungdoms psykiatrien til voksen psykiatrien som vanskelig. Andre opplever kanskje ikke det samme. Spennet mellom livsfaser i voksenpsykiatrien er uansett stort. Ungdommen som akkurat blir overført til voksenpsykiatrien er unge, og mange er fremdeles i fase 5 av Eriksons psykososiale modell; identitet eller identitetsforvirring, en spesielt sårbar periode. Dette leder meg videre til neste funn.

5.4. Funn 4

Behandlingen kan bli farget av livsfasen ungdommen er i. I ungdomstiden er man ikke like trygg på egen identitet, og dette former evnen til selvhevdelse og selvbylde. I intervjuene finner man at det

kan være vanskelig å be om hjelp og tilpasning i behandlingen. Man kan for det første syntes det er vanskelig å kjenne seg selv som ungdom, og når man først gjør det, kan det være vanskelig å si ifra om egne behov. Dette kan begrunnes i det økte behovet for sosial annerkjennelse som oppstår i livsfase fem. Man ønsker i større grad å tilfredsstille andre og å bli likt. Det kan derfor tenkes mulig at en ung pasient tilsidesetter sine egne behov for å ikke være en byrde. Dette kan være med på å skape en form for støy i kommunikasjonen mellom pasient og behandler. Jeg tør derfor å påstå at ungdom muligens er den vanskeligste gruppen mennesker å behandle, og det vil på grunn av disse faktorene være viktig at behandler stiller seg til en viss grad kritisk til det ungdommen sier, slik at man på tross av hindringene kan oppnå god ivaretagelse.

5.5. Funn 5

Atferdsterapi viser bedre effekt enn psykodynamisk terapi. Atferdsterapi friskmelder informant 1 og 3 for OCD og spiseforstyrrelse og viser svært god effekt hos informant 2. Psykodynamisk terapi viser ikke noe konkret effekt hos noen av informantene. Traumebasert kognitiv atferdsterapi viser delvis effekt hos informant 4. Jeg hadde dessverre bare en informant som hadde vært borte i kognitiv terapi, men det hadde absolutt vært interessant å forske videre på denne formen for terapi. Det er ikke lett å fastslå helt sikkert hvorfor resultatene er som de er, men det kan muligens tenkes at atferdsterapi behandler en mer håndfast lidelse, enn for eksempel konstant nedstemthet eller vanskelige følelser uten et spesifikt opphav. Slike problemstillinger behandles ofte i psykodynamisk terapi (Tangen, 2013). Når vanskeligheter oppstår som følge av utfordrende atferd som for eksempel en spiseforstyrrelse som gjør at man ikke spiser nok eller at man vasker hendene et par ganger for mye som resultat av en tvangslidelse, er det kanskje lettere å anvende en håndfast «kur» mot problemet. Det kan også tenkes at det er enklere for pasienten å sette ord på atferdsforstyrrelser.

5.6. Funn 6

Det kan være fint å ha noen å prate med uansett om det ikke friskmelder en totalt. Alle informantene rapporterer et sosialt behov i behandlingen, altså et behov for å bli sett og hørt og å ha noen å snakke med. Det er derfor viktig at psykologer har stor grad av sosial kompetanse, slik at samtaler med de bidrar til noe positivt. Det vil si at de først og fremst er empatiske og har evnen til å sette seg inn i andres følelser, men de må også være ansvarlige omsorgspersoner og ha gode

samarbeidsferdigheter, slik at de kan dyrke tro og motivasjon hos pasienten (Svendsen, 2022). Kommunikative ferdigheter er derfor tungtveiende. Igjen kan vi anvende Maslows behovspyramide, behovene for trygghet og tilhørighet og den biospsykososiale modellen. Et sosialt solid aspekt vil øke psykisk velvære i form av ivaretagelse, og vil føre til høyere grad av selvrealisering og anerkjennelse i behandling, ergo tro og motivasjon hos pasient. Behandling uten innsats og motivasjon fra både behandler og pasients side fungerer ikke, og det er jo tross alt slik at det er behandler som hovedsakelig er ansvarlig for å dyrke denne motivasjonen da pasienten er den sårbare parten i relasjonen. Det er her viktigheten av tiltakskraft kommer inn. Tiltakskraft dyrker tro, motivasjon og mer resiliens, og er vitalt for å mestre behandling (Svendsen, 2022). Det kommer frem flere steder i intervjuene, spesielt informant 2 og 3, at behandlerne ikke har mestret dette slik det er ønskelig. Basert på funnene mine, Maslows behovspyramide og den biospsykososiale modellen, kan vi derfor si at det å ha noen å prate med er vitalt for grunnleggende behov, og at det krever et sett med kommunikative og sosiale ferdigheter for å få det til.

6. Drøfting

Innledningsvis ønsker jeg å drøfte hvorvidt forskningsutvalget mitt er representativt for problemstillingen. Informantene er unge og fra Skien og Porsgrunn, og kan bidra med relevant erfaring innenfor feltet, men de representerer ikke alle minoritetsgrupper og majoritetsgrupper i det norske ungdoms samfunnet. Kjønnsvariasjonen og den sosiale variasjonen kunne vært noe bredere. Det kan ha noe med min sosiale krets som intervjuer å gjøre. Jeg måtte jo jobbe med informanter som jeg selv kjente og visste at hadde vært i behandling i det psykiske helsevesenet. Jeg opplevde ærlige og åpne svar. Om det oppstår bias, et fenomen innenfor forskning som skaper skjevhet i resultatene, er ikke helt godt å si. Man kan alltid sette spørsmål ved om svarene er farget av spesielt dårlige erfaringer hos informantene, som former en generell holdning og en forutinntatthet om problemstillingen, eller av forholdet deres til meg. På en annen side kan det tenkes mulig at ungdom i opposisjon også kan skape en form for bias. Det vil si at ungdommen ikke har samarbeidet godt nok med helsevesenet, og at det kan ha formet deres opplevelser og dermed resultatene også. En kvalitativ metode når uansett ikke ut til veldig mange kilder. Opplevelsen av terapi vil variere veldig ut ifra tilbudet som er og de personlighetene som behandles. Derfor kan jeg ikke med sikkerhet slå fast til hvor mange ungdom denne oppgaven svarer for.

Som jeg nevnte tidligere i oppgaven opplevde jeg at det var en annen problemstilling enn min egen som stadig ble besvart gjennom intervjuene, og det var hvilken form for psykisk terapi som fungerer best. Graden av ivaretagelse varierte veldig ut ifra hvilken behandling de fikk. Noen behandlinger funket ikke i det hele tatt og tok ikke vare på individene, mens andre behandlinger gjorde faktisk det. Det var ikke et enkelt ja/nei- svar på om informantene opplevde ivaretagelse, derfor ble det naturlig å snakke om de ulike type behandlingene og nyansene for øvrig. Jeg fikk mange svar på hvilke former for terapi som fungerte best for ungdommen og hva som er viktig å ta hensyn til i terapi for å oppnå ivaretagelse. Til tross for at ungdommen kan være en av de vanskeligste samfunnsgruppene å behandle er de også ekstremt lærevillige. Hjernen er læringsmessig nesten på sitt mest mottakelige under puberteten. Ungdomshjernen er altså ikke bare en belastning, men også en fordel dersom man møter den på riktig måte (Borgan, 2022).

Jan Ivar Røssberg, som er professor i psykologi ved Universitetet i Oslo, presenterer en metaanalyse fra USA om psykodynamisk terapi utført på 2700 pasienter. Her kommer det frem at psykodynamisk terapi faktisk har like god effekt som kognitiv terapi og atferdsterapi (Slagstad, 2017). Dette var vel og merke ikke en studie gjort på ungdommen spesifikt. Det kan være nærliggende å tro at atferdsterapi viste så god effekt på informantene mine og at psykodynamisk terapi ikke gjorde det, fordi atferdsterapi er enklere å forholde seg til som ungdom. Altså at resultatene varierer ut ifra målgruppen. I atferdsterapien har du spesifikke tiltak og du slipper å snakke deg gjennom terapien. I livsfase 5, identitet eller identitetsforvirring, kan det å sette ord på følelsene sine være ekstra vanskelig, men det kan også tenkes at dette ikke er en problemstilling kun i ungdomstiden, men som pasient hele livet. Derfor blir det uavhengig av livsfase viktig med psykologer som er åpne og kommutative, men ekstra viktig i møte med ungdommen.

Uansett konkluderer Jan Ivar Røssberg med at å krangle om hvilken form for terapi som er best og hvorfor den er best, ikke er hensiktsmessig. «Vi bør slutte å krangle om hvilken terapimetode som er best og heller finne ut hvilken metode som virker best *for hvem og hvorfor*», sier Røssberg. Psykiater Petter Andreas Ringen introduserer begrepet *terapeutisk allianse*. (Svendsen, 2022, s. 336). Istedenfor å velge én behandlingsform bør man kombinere ulike terapi med den biospsykososiale modellen som grunnlag. Dette vil legge vekt på og gjøre plass for de fysiske, sosiale og psykiske aspektene ved et individ. Noe som virker svært fornuftig, også med tanke på forskningsresultatene mine. Tett og individuell oppfølging fungerer og er det som trengs for å finne ut hva som virker best for *hvem og hvordan*. Dette leder meg videre inn på neste punkt i drøftingen, som er kapabilitet og ressursene på eksonivå. Det vil selvsagt være naturlig å prioritere de mer «vanskeligstilte» når ressursene er få, og

man kan ikke legge all skylden på behandlerne når det rett og slett er for lite folk på jobb. For å finne ut hva som fungerer best for hvem og hvorfor, er ressurser avgjørende,- og det kan være grunnen til at så mange av informantene opplevde det vanskelig å få tett oppfølging og intensiv behandling; Rett og slett fordi det ikke var nok ressurser til det.

7. Konklusjon

Til slutt ønsker jeg å konkludere med de viktigste funnene fra min forskning. Gjennom en kvalitativ undersøkelse og en analyse av de aktuelle resultatene kan jeg i noe grad bekrefte min hypotese om at ungdommen i Grenland ikke opplever optimal grad av ivaretagelse i møte med det psykiske helsevesenet. Det kommer frem at ivaretagelsen blir svekket når ungdommen ikke føler seg hørt i behandlingsprosessen. Det vil si når ungdommen *ikke* får behandling når det er ønskelig og når behandlingen ikke tar hensyn til enkeltpersonen. Jeg har også avdekket tilfeller hvor ivaretagelsen er god. Ofte da i atferdsterapi eller i terapi som går over lengere tid med en individuell tilnærming til lidelsen. Her omtaler informantene behandlingen som «skreddersydd» og de flinke behandlere som «gode og trygge».

Når vi hører om lang ventetid, avslag fra intensiv behandling, psykologer som «kun er på jobb» og liten grad av ivaretagelse, vil det som sagt bli naturlig å sette spørsmål ved om dette skyldes ressursmangel og strukturelle årsaker på eksonivå. Her oppstår det dermed enda en ny interessant problemstilling som man kan forske videre på, på grunnlag av denne studien. Bør vi utdanne flere psykologer? Det blir diskutert i stadig bredere omfang om studieplassene for profesjonsutdanningen i psykologi i Norge er for få, og om det legges for mye vekt på karaktersnittet i opptaksprosessen. Deler av forskningsresultatene mine kan være med på å støtte opp denne hypotesen. Resultatene viser at det generelt sett er lite kapasitet, og flere av informantene opplever det psykiske helsevesenet som en maskin som går på autopilot hvor de tar for lite hensyn til de individuelle behovene og har for liten tid til ivaretagelse. Svaret kan være å øke ressursene, men det kan også ha noe med utdanningsløpet å gjøre, hvor det legges for mye vekt på akademisk egnethet og for lite på personlig egnethet. Man kan ikke utdanne seg til kommutative og menneskelige ferdigheter. «De har ikke noe mer og bidra med utover det de har lest og pugget» sier informant 3. Om det er kapasitet eller behandlerne det står på har jeg ikke fått gått i dybden på. Uansett gjør et kunstig høyt snitt og monopol på profesjonsstudiet

blant universitetene det vanskelig for unge å forfølge psykologistudier. Universitetene i Agder og Stavanger har søkt om å etablere profesjonsstudium i psykologi, men har ikke fått søknaden sin igjennom (Halvorsen, 2023)

Det vi kan finne fra forskningsresultatene mine er at ungdommen trenger individuell og tett oppfølging for best mulig ivaretagelse. De trenger å vite at de blir sett og hørt i behandling slik at de ikke mister troen på de tjenestene som er der for å ta vare på dem. Det vil også bli viktig å utdanne gode og mest sannsynlig flere psykologer for fremtiden, da vi ser et økt kapasitetsbehov og en økende trend i omfanget psykiske lidelser blant ungdom. Til tross for at denne oppgaven stiller det psykiske helsevesenet i Skien og Porsgrunn i et dårlig lys på mange måter, vil jeg også påpeke at vi ser mange lyspunkter og tilfeller hvor ivaretagelsen er god. Det er viktig å holde på disse lyspunktene, se på nye og mer helhetlige tilnærminger til behandling, og fortsette å gjøre det som fungerer slik at vi kan ta vare på ungdommen i enda større grad.

Kilder

8. Bibliografi

Borgan, E. (2022, Mai 27). *Hva skjer i hjernen når du blir ungdom?* Hentet fra Forskning.no: <https://ung.forskning.no/barn-og-ungdom-hjernen/hva-skjer-i-hjernen-nar-du-blir-ungdom/2030750>

Forskning.no. (2023). *Hjelper det å gå til psykolog? Virker psykoterapi?* Hentet fra https://www.google.com/search?q=blir+vi+noe+s%C3%A6rlig+friskere+av+%C3%A5+g%C3%A5+til+psykolog&oq=blir+vi+noe+s%C3%A6rlig+friskere+av+%C3%A5+g%C3%A5+til+psykolog&gs_lcrp=EgZjaHJvbWUyBggAEEUYOTIKCAEQABiiBBiJBTKICAIQABiABBiiBNIBCDk4ODJqMGo xqAIAAsAIA&sourcei

Granlund, A. G. (2022). *Fokus Sosialkunnskap*. Oslo: Aschehoug.

Halvorsen, P. (2023, Juni 18). *Kampen om psykologutdanningen*. Hentet fra Psykologtidsskriftet : <https://psykologtidsskriftet.no/aktuelt/2023/06/kampen-om-psykologutdanningen>

- IPR . (u.d.). *Psykodynamisk terapi* . Hentet fra Institutt for Psykologisk Rådgivning :
<https://www.ipr.no/terapi/psykodynamisk-terapi>
- Krane, M. P. (2023). *Ungdom trenger ungdomsvennlig psykisk helsehjelp*. Hentet fra
Forskersonen.no: <https://www.forskersonen.no/helsetjenester-kronikk-meninger/ungdom-trenger-ungdomsvennlig-psykisk-helsehjelp/2252168>
- Krokstad, S. (2022). Hentet fra <https://bmjopen.bmj.com/content/12/5/e057654.abstract>
- Modum Bad. (2018). *Helene sjekker inn på Modum Bad*. Hentet fra Modum Bad:
<https://www.modum-bad.no/helene-sjekker-pa-modum-bad/>
- Porsgrunn kommune . (2023). *Psykisk helse barn, unge og familie*. Hentet fra
porsgrunn.kommune.no: <https://www.porsgrunn.kommune.no/helse-og-omsorg/barn-unge-og-familier/psykisk-helse-barn-unge-og-familie/>
- Slagstad, K. (2017, August 18). *Psykodynamisk behandling virker* . Hentet fra Tidsskriftet :
<https://tidsskriftet.no/2017/08/fra-andre-tidsskrifter/psykodynamisk-behandling-virker>
- Sundbye, E. T. (2021). *Observasjon, ekspriment og dybdeintervju* . Hentet fra NDLA :
<https://ndla.no/subject:1:a7c337ca-d3b6-492f-ace2-b05c45f54e93/topic:1:1254b264-03b8-406c-b529-e4af3e9182fb/topic:1:76b6c12f-7f63-4a04-aa48-22d07fdc2fa7/resource:35f48ad2-0e29-4201-83fe-1be598982c5b>
- Svendsen, T. F. (2022). *Psykologi 2*. Oslo: Aschehoug .
- Tangen, T. (2013, August 20). *Teoretisk "overload" om atferdsterapi* . Hentet fra Tidsskriftet :
<https://tidsskriftet.no/2013/08/anmeldelser/teoretisk-overload-om-atferdsterapi>
- Ungdata. (2018). *Press, stress og psykiske plager blant unge*. Hentet fra
<https://www.ungdata.no/stress-press-og-psykiske-plager-blant-unge/>
- Zerener, A. (2023, Mars 9). *Ny rapport: Halvparten av unge med store psykiske helseutfordringer søker ikke hjelp*. Hentet fra Psykologisk.no: <https://psykologisk.no/2023/03/ny-rapport-halvparten-av-unge-med-store-psykiske-helseutfordringer-soker-ikke-hjelp/>

