



UiT Norges arktiske universitet

Det Helsevitenskapelige Fakultet, Institutt for Psykologi

Plutselig Voksen – En Kvalitativ Studie om Pasienters og Fagpersoners Erfaring med Overgangen fra Barne- og Ungdomspsykiatri til Voksenpsykiatri

Abrupt Adulthood - A Qualitative Study of Patients' and Mental Health Professionals' Experiences with Transitioning from Child Mental Health Services to Adult Mental Health Services

Hanne Akseth Ulriksen og Sandra Alise Mathisen

Hovedoppgave i profesjonsstudiet i psykologi PSY-2901. Høsten 2022, Tromsø.

**Plutselig Voksen – En Kvalitativ Studie om Pasienters og Fagpersoners Erfaring med
Overgangen fra Barne- og Ungdomspsykiatri til Voksenpsykiatri**

Hanne Akseth Ulriksen og Sandra Alise Mathisen

Institutt for Psykologi, Norges Arktiske universitet

Hovedoppgave ved profesjonsstudiet i psykologi, PSY-2901

Hovedveileder: Geir F. Lorem

Biveileder: Catharina E. A. Wang

Desember 2022

Forord

Etter å ha jobbet flere år i psykisk helsevern for voksne, erfarte vi begge at unge pasienter ofte hadde sterke historier. Vi opplevde at tilbudet i voksenpsykiatrien ikke dekket de behovene unge pasienter har, samt at kravene som ble stilt til de i voksenpsykiatrien var for høye.

Sammen reflekterte vi mye rundt hvordan de unge pasientene opplevde det å bli overført fra barne- og ungdomspsykiatrien til voksenpsykiatrien. Vi kjente på stort engasjement for de unge pasientene, og høsten 2021 ble vi enig om at vi ønsket at denne overgangen skulle bli tema for vår hovedoppgave. Vi begynte straks prosessen med å finne aktuelle veiledere.

Psykologspesialist Yngvild Arnesen hjalp oss med idemyldring og ga oss tips om at Geir F.

Lorem var en god kandidat som hovedveileder. Vi tok straks kontakt med han, og etter et kort møte ble det opprettet et samarbeid. Han foreslo videre at Catharina E. A. Wang kunne være en egnet biveileder, noe hun også takket ja til. Vi vil rette stor takk til våre veiledere, som har

bidratt med uvurderlig kunnskap og motivasjon. Det har vært et omfattende prosjekt, og vi er takknemlige for at Geir har vært tålmodig og gitt god støtte. I tillegg retter vi en stor takk til

Mariann Sundstrøm ved Ungdomsrådet UNN for stort engasjement og bistand til rekruttering.

Vi ønsker også å takke Ungdomsrådet Vest og Mental Helse Ungdom for å ha delt

informasjon om studien. Videre retter vi en stor takk til deltakerne som har delt sine erfaringer og fortellinger. Studien hadde ikke eksistert uten deres viktige kunnskap og engasjement. Sist,

men ikke minst ønsker vi å takke hverandre for et godt samarbeid. Vi har begge bidratt like mye i forarbeid, analyse, skriveprosess og ferdigstilling av oppgaven.

Sammendrag

Mange av pasientene i barne- og ungdomspsykiatrien (BUP) har relasjonelle traumer og tillitsvansker. Slike erfaringer kan gjøre dem ekstra sårbare for endringer, behandlerbytter og brudd i behandling. Når pasienter i BUP blir myndige og fortsatt har et behandlingsbehov, overføres de til psykisk helsevern for voksne (PHV). Overgangen mellom to behandlingssystemer innebærer store endringer for en pasientgruppe som trenger stabilitet og forutsigbarhet.

Denne studien har benyttet kvalitativ metode med et eksplorativt design for å undersøke pasienter og fagpersoners erfaringer med overgangen fra BUP til PHV. Dette ble gjort gjennom en fenomenologisk tilnærming med en narrativ innfallsvinkel. Utvalgene besto av fire deltakere med pasienterfaring fra overgangen, samt syv fagpersoner med bred erfaring innenfor psykisk helsevern.

Alle deltakerne fortalte om utfordringer knyttet til overgangen. Pasientdeltakerne erfarte brudd i relasjoner og behandling, dårlig samarbeid mellom BUP og PHV, og lite involvering av pårørende. Overgangen virket negativt inn på deres selvopplevde psykiske helse og ga lavere motivasjon for behandling. Fagpersondeltakernes erfaringer samsvarte med pasientdeltakernes fortellinger. Pasientdeltakernes behov i overgangen ble ikke tilstrekkelig ivaretatt, og fagpersondeltakerne fortalte om begrensninger knyttet til kultur, kapasitet og ressurser i behandlingssystemet.

Basert på deltakernes erfaringer bør veiledende råd og retningslinjer forankres i rutine til BUP og PHV, slik at overgangen kan bli så trygg som mulig for unge pasienter.

Det er et tydelig skille mellom voksne og barn i det norske helsevesenet, der barn under 18 år får behandling i egne barneavdelinger. På et tidspunkt blir man juridisk myndig, og må overføres til en voksenavdeling hvis behandlingsbehovet fortsatt er til stede. Dette kan medføre et brudd i kontinuitet, med bytte av behandlingsted og behandler. Forskning viser at overgang fra barneavdeling til voksenavdeling kan være belastende for pasientene (Fegran et al., 2014). Denne belastningen kan i stor grad knyttes til ustabilitet og relasjonsbrudd (Betz & Coyne, 2020; Chan & Derenne, 2021). Når unge voksne overføres fra barne- og ungdomspsykiatri (BUP) til psykisk helsevern for voksne (PHV) innebærer det ofte et tap av en trygg voksenperson for den unge pasienten. Kan dette i verste fall være skadelig for pasienten, ved at overgangen i seg selv blir traumatisk, eller at den bidrar til å reaktivere tidligere relasjonstraumer? I denne studien ønsker vi å undersøke tidligere pasienter og fagpersoner sin erfaring med overgangen fra BUP til PHV.

Psykisk helsetjeneste i Norge

I 1997 la regjeringen frem psykiatrimeldingen, en stortingsmelding som ba regjeringen om opptrapping og ny handlingsplan for psykiatrien i Norge (Prop. 63 (1997-1998)). I 1999 ble psykiatrimeldingen til en niårig opptrappingsplan med konkrete tiltak og økonomiske forpliktelser (Ottersen, 2005). Disse omhandlet mer forebygging, styrket brukermedvirkning, bedre kvalitet på tjenestene og økt livskvalitet (Prop. 63 (1997-1998)). Målet var blant annet flere polikliniske konsultasjoner, og flere og bedre kvalifisert personale i barnefeltet og voksenfeltet. I forskningsrådets evaluering av opptrappingsplanen (Brofoss & Larsen, 2009) ti år senere, konkluderte de at samhandling og flyt mellom tjenestene fortsatt ikke var god nok. Det var ikke nok antall døgnplasser ved sykehusene og det var lite kunnskap om kvaliteten på tilbudene.

I 2014 ble det satt et mål om at psykisk helsevern og rusbehandling skulle ha større

årlig vekst enn somatikken. Riksrevisjonen vurderte i 2021 at dette målet ikke var oppnådd. Rapporten viste blant annet at ikke alle hadde lik tilgang på psykisk helsehjelp, ungdommer med samtidig psykisk lidelse og rusproblemer står uten tilbud, og ikke alle får tilbud om den behandling som anbefales (Riksrevisjonen, 2021).

Arbeidet med ny opptrappingsplan for psykisk helse startet i 2022, og vil legges frem våren 2023. Regjeringen ønsker mer forebyggende arbeid og sammenhengende tjenester (Regjeringen, 2022).

Psykisk helsetjeneste for barn og ungdom

Barne- og ungdomspsykiatrien (BUP) er et tilbud i spesialisthelsetjenesten for barn og deres familier i form av utredning, behandling og rådgivning av psykiske lidelser og utviklingsforstyrrelser. Det er hovedsakelig et tilbud for de mellom 0-18 år, men det påpekes at det skal være mulig å fortsette til man er 23 år (Helsedirektoratet, 2008).

Barne- og ungdomspsykiatriske avdelinger tilbyr behandling og utredning av barn og unge mellom 0-18 år når det er behov for innleggelse (Helsedirektoratet, 2008). Om lag 57 000 barn og unge fikk i 2020 behandling i psykisk helsevern i Norge. Dette utgjør 5,1 prosent av alle barn under 18 år (Bremnes & Indergård, 2021). Så mye som 95 prosent av behandling i psykisk helsevern for barn og ungdom foregår poliklinisk, der halvparten er 13 år eller eldre (Barneombudet, 2020).

Man blir helserettslig myndig når man fyller 16 år. Før den tid har foreldrene rett til å få helseinformasjon om barnet sitt, samt tilgang til deres journal. Alle pasienter har rett til å få aldersadekvat informasjon, og fra barnet er 12 år har det også rett til å bli hørt angående egen helse (Helsedirektoratet, 2015).

Psykisk helsetjeneste for voksne

Det finnes ulike tilbud innenfor psykisk helsetjeneste for voksne. Psykisk helsehjelp i

kommunen (førstelinjen) er som regel lavterskel, der henvisning ikke er nødvendig og ventetiden er kortere (Helsenorge, 2022). Kommunal psykisk helsetjeneste tilbyr hovedsakelig rådgivning og kortvarig behandling av milde/moderate psykiske vansker og lidelser.

Når psykiske vansker blir alvorlige kan det bli behov for behandling i spesialisthelsetjenesten. Dette innebærer ofte polikliniske konsultasjoner eller innleggelse på psykiatriske sykehus. Det finnes også spesialiserte tilbud som regionale kompetansesenter for spiseforstyrrelser og spesialisert rusbehandling. Et hovedprinsipp i PHV er at behandling skal være skreddersydd for pasienten, og at samtykke og frivillighet skal ligge til grunn for all helsehjelp (Andersen & Braut, 2021).

Forskjeller i psykisk helsetjeneste – barn og voksne

Innenfor BUP vektlegges en helhetlig forståelse av barnet, med elementer fra biologi, psykologi, sosiologi og pedagogikk. Behandlingen inneholder et familie-, livsløps- og mestringsperspektiv (Den Norske Legeforening, 2019). Terapien tilpasses ut fra barnets behov og utvikling. I tillegg er involvering av familie og nettverk ofte en del av oppfølgingen, noe som kan ha en indirekte behandlingseffekt på barnet (Jimenez et al., 2019). Det er velkjent at familien kan bidra til barnets vansker, og man jobber derfor ofte med familiestruktur- og dynamikk for at barnet skal få det bedre (Patlak et al., 2014).

I PHV er det en mer individualistisk tilnærming i behandlingen, der mestring og ansvar for egen helse er prinsipielt (Meld. St. 21 (1998-99)). De fleste behandlingsmetodene fremmer et gjensidig samarbeid mellom behandler og pasient, der pasienten forventes å delta aktivt i terapitimene (Kennair & Hagen, 2014). Terapien preges av ansvarliggjøring av individet og mindre involvering av pårørende. Helsedirektoratet (2022) poengterer at det skal sikres samarbeid med pårørende basert på pasientens ønsker og behov. Likevel er det mye

som tyder på at pårørende i liten grad inkluderes i PHV (Skomedal, 2010). Dette er en stor forskjell fra BUP, der involvering av pårørende ses som en grunnleggende del av pasientens tilhelingsprosess (Helsedirektoratet, 2015).

Ifølge Jimenez og kolleger (2019) må familie ses som en helhet. Familiemedlemmer påvirker hverandre på godt og vondt, og de kan være løsningen, men også bidra til et problem (Umberson & Thomeer, 2020). Boland og kolleger (2022) fremhever viktigheten av involvering av familie i PHV, der endring av familiedynamikk kan være hjelpsomt for alle familiemedlemmer. Familie kan forårsake lidelse på både voksne og barn, og det poengteres et behov for faglig kulturskifte i hvordan PHV forholder seg til pårørende (Amering et al., 2012; Rowe, 2012). Det ser ut til at barnefeltets anerkjennelse av familie som både årsak og løsning for psykiske vansker forsvinner i PHV, der den individrettede tilnærmingen overskygger involvering av pårørende.

Overgangen fra BUP til PHV vil altså innebære en endring i behandlingsrammer, involvering av pårørende og forventninger til pasienten. Studier viser at behandlingsutbyttet i PHV kan bli redusert for unge pasienter som har en mer umoden hjerne. Dette handler blant annet om manglende kognitive forutsetninger for behandlingsrammene i PHV (Chan & Derenne, 2021).

Samarbeid mellom BUP og PHV

I en rapport fra Sintef (Andersson et al., 2005) trekkes det frem faktorer som fremmer og hemmer samarbeid mellom tjenester på kommunalt nivå og psykiske helsetjenester for barn og unge. Faktorer som fremmer samarbeid er blant annet tydelige og realistiske mål, definerte roller og system for deling av informasjon. Videre er mangel på konsensus om mål, uklar ansvarsfordeling og ulike yrkesmessige kulturer i tjenesten hemmende for samarbeid. Sintef trekker også frem at disse faktorene ofte gjelder på tvers av tjenester og målgrupper

(Andersson et al., 2005). Det er sannsynlig at slike faktorer virker inn på samarbeidet mellom BUP og PHV.

En britisk studie (McLaren et al., 2013) viser til forskjellige arbeidskulturer i BUP og PHV. Dette innebærer blant annet ulike tanker og tilnærminger, samt manglende forståelse for hverandres arbeidsmetoder. De konkluderer med at dette kan bidra negativt på overgangen fra BUP til PHV. En annen studie fant at gode overganger kan tilrettelegges gjennom nøye planlegging i forkant, informasjonsflyt og samarbeid mellom BUP og PHV, samt kontinuitet i behandlingen (Singh et al., 2010). I samme studie fant de at av 154 pasienter som sto i overgangen, var det under 5 prosent som faktisk opplevde de nevnte faktorene i overgangen.

Overgang

Det er uklart hvor mange som blir overført fra BUP til PHV, men det antas å være en betydelig andel pasienter (Cleverley et al., 2016). Mange av pasientene i BUP vil i løpet av behandlingen bli 18 år, og havner dermed ikke inn under BUPs ansvarsområde. Ved enkelte unntak kan unge voksne beholde kontakten med BUP frem til de er 23 år. For eksempel om ungdommen har et unikt tillitsforhold til sin behandler, det er mye systemarbeid i behandlingsforløpet eller behandling forventes avsluttet i kort tid etter 18-årsdagen (Helsedirektoratet, 2008). Når dette ikke er tilfellet, innebærer det å bli myndig at man avslutter den terapeutiske alliansen man har fått på BUP, og ved eventuell overgang, starte en ny relasjon med en annen behandler i PHV. Denne prosessen kan innebære ny ventetid, kartlegging og utredning.

Copeland og kolleger (2015) viser at unge voksne i USA i mindre grad benytter seg av hjelp i spesialisthelsetjenesten, enn hva tenåringer gjør. Dette presenterer et hull i systemet, der mange med behov for behandling faller ut. Britiske studier viser at pasienter generelt opplever overgangen negativt (Singh & Tuomainen, 2015). Det er tenkelig at situasjonen er

lik i Norge, men det foreligger ingen forskning eller nasjonale rapporter på dette.

Sårbarhet

Den longitudinelle studien, Adverce childhood experience (ACE), viser at belastninger og traumer i barndom øker sannsynligheten for fysisk og psykisk uhelse som voksen (Dube et al., 2003). Faktorer som psykisk lidelse og rus hos foreldre, mobbing, tap av omsorgsperson, vold i hjemmet og seksuelle overgrep kan gi negative konsekvenser for den psykiske helsen senere i livet (Benjet et al., 2010). Slike hendelser beskrives som potensielt traumatiserende, og mange barn kan utvikle symptomer på posttraumatisk stress og få store relasjonsvansker etter slike opplevelser (Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress, 2022; Ryan et al., 2017). Traumereaksjoner går ofte over, og behandling kan redusere akutte symptomer og øke funksjonsnivået hos barnet. Traumereaksjonene vil derimot bli nedfelt i barnets personlighetsutforming og gjøre dem spesielt sårbare for nye relasjonsbrudd og tap (Ryan et al., 2017).

Grunnlaget for psykisk og fysisk helse legges i stor grad i barne- og ungdomsårene, blant annet ved en voldsom hjerneutvikling. Under myelinisering og synaptisk reorganisering er hjernen plastisk, altså kan hjerneutviklingen påvirkes av hendelser i omgivelsene (Blakemore, 2019). Dette gjør barn og unge særlig sårbare for alvorlige og stressende livshendelser. I tillegg er puberteten en sårbar periode på grunn av hormonelle, kognitive og sosiale endringer. Puberteten er forbundet med økt risiko for psykiske lidelser (Ullsperger & Nikolas, 2017). Frem til midten av 20-årene er spesielt prefrontal korteks i utvikling, en hjernedel som er viktig for introspeksjon, refleksjon og abstrakt tenkning (Lezak et al., 2012). Eksekutive funksjoner i prefrontale korteks utvikles altså gradvis og gjør oss mer egnet til å se helheten og ta overveide valg. Videre spiller den sosiale verden en større rolle i tenåringens liv, og innebærer mer utforskning, risikotaking og selvbevissthet. Dette kan også gi økt

sårbarhet for negative erfaringer (Peper & Dahl, 2013).

Alderen 18-29 år anerkjennes som en viktig tid for utvikling (Gustavson et al., 2018). Tiden består av store endringer der man flytter hjemmefra, starter i jobb og skal etablere et voksenliv. Man får nye roller, og omgivelsene forventer selvstendighet og ansvar. Livsendringer og overganger kan skape en opplevelse av utrygghet, kaos og usikkerhet (Davis, 2019). For ungdom som har opplevd traumatiserende hendelser kan dette være spesielt krevende, og psykiske vansker oppstår gjerne som resultat av manglende mestring av viktige utviklingstrinn (Gustavson et al., 2018). Unge voksne med emosjonelle og relasjonelle skader er med andre ord svært sårbare i en allerede krevende del av livet, der stabilitet i behandling kan bli avgjørende. Ved å ha en stabil behandling gjennom viktige utviklingstrinn kan resiliens, selvtillit og håp styrkes (Davis, 2019).

Traumer og konsekvenser av traumatisering

Traumer deles inn i to kategorier. Type 1 traumer er enkeltstående dramatiske hendelser som skaper stor frykt og/eller livsfare (Birkeland et al., 2022). Type 2 traumer innebærer gjentatte dramatiske hendelser som ofte oppleves i barndom og oppvekst. For eksempel ved mobbing, omsorgssvikt, seksuelle overgrep og vold i hjemmet. Det er ingen konkret start eller slutt, og de traumatiske hendelsene avløser hverandre. Dette bidrar til at nervesystemet opplever høy aktivering og stressnivå over tid, og kan skape det som kalles kompleks traumatisering (Ryan et al., 2017).

En rapport utgitt av NOVA (Stefansen & Mossige, 2016) anslår at 21 prosent av barn og unge har opplevd en form for vold fra en av foreldrene, og 8 prosent har bevitnet en av foreldrene bli utsatt for fysisk partnervold. Nesten 30 prosent av jenter og 7 prosent av gutter har opplevd en form for seksuell krenkelse, for eksempel ufrivillig beføling, voldtektsforsøk eller voldtekt (Stefansen & Mossige, 2016). Når traumatiserende hendelser påføres av voksne

som skal ivareta barnet kalles dette for relasjonstraumer (Modum bad, 2022).

Relasjonstraumer i barndom kan være påført fra både nære omsorgspersoner og andre (Braarud & Nordanger, 2011). Det kan medføre en usikker tilknytning til omsorgsgiver, som igjen kan påvirke barnets relasjon til andre senere i livet (Espenes, 2010).

Ormhaug og kolleger (2012) antar at omtrent halvparten av de som har et tilbud ved BUP har opplevd potensielt traumatiske hendelser. Andre studier viser at hele 60 prosent av pasientene i BUP har opplevd mishandling eller omsorgssvikt (Reigstad et al., 2006).

Omkring 23 prosent av alle barn i Norge lever med foreldre som har en psykisk lidelse som kan gå ut over daglig fungering, og 6,5 prosent av barn har foreldre med et alvorlig alkoholmisbruk (Torvik & Rognmo, 2011). Disse barna har en dobling i risiko for utvikling av psykiske vansker, bli offer for seksuelle overgrep og tidlig død (Torvik & Rognmo, 2011). Folkehelseinstituttet oppgir at anslagsvis 63 000 barn og unge mobbes regelmessig (Aarø, 2015), og 40 prosent av barn som har opplevd mobbing oppfyller kriteriene for en PTSD diagnose (Idsoe et al., 2012).

Ungdomsårene er en sårbar fase av livet. Den sosiale utviklingen kan være utfordrende, der etablering og vedlikehold av sunne relasjoner er sentralt (Frydman & Mayor, 2017). Ungdom som har opplevd traumatiske hendelser vil ofte streve mer med interpersonlige relasjoner og mentalisering. Mentalisering er evnen til å fortolke og forstå seg selv og andre, og er svært viktig i regulering av følelser (Skårderud & Sommerfeldt, 2008). Utfordringer med dette kan føre til svakere sosiale strategier og reguleringsevne i møte med andre (Frydman & Mayor, 2017). Traumatiske hendelser kan også bidra til å forsinke utviklingen av kognitive funksjoner (Lezak et al., 2012). Dette gir grunn til å tro at barn og ungdom som har vært i BUP kan ha et dårligere utgangspunkt for å passe inn i voksenpsykiatriens behandlingsrammer. I tillegg kan de bære med seg emosjonelle og

relasjonelle vansker som gjør dem mer sårbare ved bytte av behandlere og behandlingssted (Chan & Derenne, 2021).

Allianse og relasjon i psykoterapi

Studier viser at de fleste som gjennomfører psykoterapi stort sett får det bedre enn personer som ikke får behandling (Wormnes, 2013). Behandlingsresultatene er ofte uavhengig av teori, metode og teknikk (Lambert & Barley, 2001). Alliansen mellom behandler og pasient er derimot en forutsetning for at psykoterapi skal ha effekt (Campbell & Simmonds, 2011). Dette ses hos både voksne og barn, hvor dårlig terapeutisk allianse kan føre til frafall i behandlingen (O’Keeffe et al., 2018; Sharf et al., 2010). En god allianse defineres som at pasient og behandler har en felles forståelse og forpliktelse til mål, samt at de har dannet personlige bånd (Bordin, 1979). Tidligere erfaringer med relasjoner og tilknytning kan spille inn, og dermed påvirke alliansen og behandlingsresultatet (Wormnes, 2013).

Relasjonen mellom behandler og pasient spiller altså en viktig rolle. Obegi (2008) argumenterer for at relasjonen mellom pasient og behandler er en sentral del av psykoterapi, og har likhetstrekk med trygg tilknytning. Trygge tilknytningsrelasjoner bidrar til sunn utvikling og støtte. Mange som søker hjelp i psykisk helsetjeneste har ikke hatt langvarige og gode relasjoner tidligere (Wormnes, 2013). Tilknytningsvansker fra barndom kan gi vansker med intimitet og selvstendighet som voksen. Dette kan vise seg i relasjonsbygging med behandlere (Obegi, 2008). Disse pasientene kan være mer innesluttet, mindre mottakelig for å ta imot hjelp og ha tillitsvansker (Obegi, 2008). Selwyn og kolleger (2021) fant en større sannsynlighet for at voksne pasienter med traumeerfaringer ikke tar imot hjelp, har dårlige opplevelser med helsevesenet eller faller fra nødvendig behandling.

En pasient som har dårlige erfaringer med relasjoner, trenger ofte tid på å utvikle en trygg allianse. Behandler må være tålmodig, og det antas at 9-12 måneder med ukentlig terapi

er nødvendig for å etablere et tillitsforhold (Beaton & Thielking, 2020). Et sterkt terapeutisk bånd mellom behandler og pasient kan bidra til å regulere emosjoner og fysiologisk aktivisering hos pasienten, der behandler brukes for trygghet og omsorg (Obegi, 2008).

Konsekvenser av overgang

En systematisk oversiktsartikkel som undersøkte studier fra USA, Storbritannia og Sverige, identifiserte faktorer som hadde innvirkning på ungdommenes opplevelse av overgangen (Broad et al., 2017). Disse faktorene gikk ut på om overgangen skjedde plutselig eller var fleksibel, om ungdommen opplevde medbestemmelse og autonomi, og relasjonen til både tidligere og ny behandler. I Norge har man sett lignende resultater (Lockertsen et al., 2020a).

Barneombudet (2020) trekker frem viktigheten av relasjon og tillit i behandlingen for at ungdom skal oppleve denne som god. Å miste sin behandler og forlate kjente omgivelser kan være stressende. Som ung voksen er man mer sårbar for disse endringene (Davis, 2019). Prosessen med å bytte behandler kan bidra til å skape eller reaktivere relasjonstraumer fra barndommen, og kan oppleves som et nytt relasjonsbrudd. Forskning viser at voksne som mister sin behandler kan oppleve dette som et stort tap, på lik linje som om man mister en partner eller venn (Obegi, 2008). Tap av terapeutisk allianse kan føre til lav motivasjon for behandling (Roest et al., 2016), som gir økt risiko for frafall i behandling (Broad et al., 2017).

Tidligere studier rapporterer at ungdom ofte trenger tid til å bygge relasjon og tillit til behandler. I barneombudets rapport pekes det i tillegg på at ufrivillig behandlerbytte i BUP er en utfordring, som ungdom opplever uforutsigbart og utrygt (Barneombudet, 2020). Dette er uheldig ettersom mange ungdommer har traumatiske erfaringer og relasjonelle skader.

Begynnelse og avslutning på terapi er svært viktig, der en god begynnelse skaper grunnlag for terapiforløpet, og en god avslutning kan forsterke effekten av terapien (Davis,

2019). En god avslutning kan øke pasientens mestringstro og endringsarbeid. Dette kjennetegnes med god kommunikasjon om avslutning i starten av terapiforløpet, samarbeid omkring avslutning og at pasient forstår at avslutning er hensiktsmessig (Davis, 2019). En dårlig avslutning kan derimot bidra til at arbeidet som er lagt ned i terapien reduseres, og kan i verste fall gi pasienten en forverring i psykisk helse (Davis, 2019).

Forskningsspørsmål

Så langt vi er kjent med foreligger det få norske studier om overgangen mellom BUP og PHV, men tematikken har blitt undersøkt blant annet i England, Canada og USA. Det ble gjort systematiske litteratursøk gjennom UiTs bibliotekbase og Psychinfo. Søkeordene overgang, ungdom, voksen og psykiatri ble brukt i nasjonale søk, men ga ingen treff. Søkeordene transition, adolescent, adult og mental health service ble brukt i internasjonale søk, og ga 2325 treff i Oria samt 158 treff i Psychinfo.

Litteratursøket viste at pasienter ofte opplever overganger i helsevesenet som utfordrende og krevende. En metasyntese fant at relasjonsbrudd, lite forberedelse og mer ansvar var noe mange pasienter opplevde som vanskelig i overgangen (Fegran et al., 2014). En norsk studie viser også at behandlere har en opplevelse av at systemene ikke samarbeider (Lockertsen et al., 2020b).

På grunn av svært begrenset forskning på overgangen i Norge, var formålet med studien å undersøke unge voksne og fagpersoner sin erfaring med overgangen. Vi intervjuet derfor personer med pasienterfaring og fagpersoner som arbeider innenfor psykisk helsetjeneste. Pasientdeltakerne og fagpersondeltakerne har ulike perspektiver. Pasientdeltakerne har personlig erfart overgangen fra BUP til PHV, og har dermed en unik førstepersonserfaring med overgangen. Fagpersondeltakerne har ikke personlig erfaring med overgangen, men tilbyr et utenfraperspektiv. Deres perspektiv vil være faglig og teoretisk

forankret, og baserer seg hovedsakelig på pasientmøter. Dette defineres som et tredjepersonsperspektiv (Estroff, 2003). Hovedvekten har vært på førstepersonserfaringene fra tidligere pasienter. Vi hadde følgende forskningsspørsmål:

1. Hvordan har pasientene erfart overgangen mellom BUP og PHV?
2. Hvilke erfaringer og tanker har fagpersoner fra BUP og PHV om overgangen?
3. Hvordan vurderer pasienter og fagpersoner overgangen? Har de opplevd den traumatisk eller belastende på noen måte?

Metode

Forskningsdesign

Dette er en kvalitativ studie med en fenomenologisk tilnærming som benytter seg av et eksplorerende design. Et eksplorerende design anvendes for å få et bilde av hvorfor et fenomen har oppstått. Det bidrar med å finne detaljer, forklare og beskrive fenomenet som undersøkes (Stebbins, 2001). Et slikt design er velegnet da hensikten var å undersøke deltakernes erfaring med overgangen fra BUP til PHV. Deres unike erfaringer med overgangen er en viktig kunnskapskilde.

Studien brukte også visuelle metoder i form av livslinje (Well-being chart). Well-being chart er et velutprøvd skjema (McLeod, 2014), som vi har tilpasset slik at pasientutvalget kunne visualisere sin psykiske helse fra oppstart i BUP. Hensikten var å få deltakerne til å reflektere på nytt over overgangen og dens innvirkning på livene deres. Slike visuelle teknikker kan bidra til å se hendelser i sammenheng, hjelpe på hukommelsen og gi oversikt over hver deltaker sitt narrativ (McLeod, 2014).

Studien har en fenomenologisk forankring, med inspirasjon fra narrativ metode med tanke på design av intervju. Gjennom en fenomenologisk tilnærming vil vi i større grad kunne

utforske deltakernes subjektive opplevelse og forståelse av fenomenet, for derved å kunne gi en grundig beskrivelse av dette.

Studien har videre benyttet seg av semistrukturerte intervjuer. For pasientutvalget ble det gjort narrative intervju, mens fagpersonutvalget hadde intervju med en fenomenologisk tilnærming. Gjennom semistrukturerte intervjuer har vi innhentet informasjon likt fra alle deltakerne, samtidig som deltakernes personlige erfaringer og tanker også kommer frem. Kvalitative intervjuer egner seg godt for å utforske et individs opplevelser og følelser (Kvale & Brinkman, 2015).

Narrative intervju er en tilnærming og intervjuform med søkelys på fortellingen til deltakerne (Anderson & Kirkpatrick, 2016). Fortellinger er en naturlig og dynamisk måte å profilere egenerfaringer på, og bidrar til at individets unike perspektiv på verden kommer frem (McLeod, 2014). Det ble derfor stilt åpne og fortellingsinduserende spørsmål slik at pasientdeltakerne fritt kunne fortelle om sine subjektive erfaringer med overgangen fra BUP til PHV. På denne måten kunne vi finne tema som opptok dem, og stille oppfølgingsspørsmål ved behov.

Fenomenologisk intervju gir beskrivelser av levde erfaringer hos deltakeren (Høffding & Martiny, 2016). Ved bruk av fenomenologiske intervju vil deltakerens oppmerksomhet bli rettet mot tema som er av interesse for studien, uten å påvirke responsen de gir under intervjuet (Sholokhova, 2022). Dette bidro til å innhente viktig erfaring omkring overgangen sett fra fagpersoners perspektiv.

Gjennom åpne spørsmål ønsket vi å øke studiens interne validitet ved å unngå at deltakerens beskrivelser ble farget av intervjuers erfaringer og meninger. Dersom intervjuer mente det var viktig informasjon som ikke hadde kommet frem, ble de stilt oppklarende spørsmål i løpet av intervjuet. Slik fikk intervjuer innhentet den informasjon som var

nødvendig, uten at det hadde innvirkning på deltakerens narrativ og subjektive beskrivelser.

Utvalg

Studien hadde et multidimensjonalt strategisk utvalg som besto av personer med pasienterfaring og fagpersoner fra psykisk helsevern med erfaring fra barnefelt og voksenfelt. Det var totalt 11 deltakere. Denne studien har et første - og tredjepersonsperspektiv på problemstillingen. Tidligere pasienter har en unik førstepersonserfaring, mens fagpersoners perspektiv baserer seg på møter med pasienter og deres utsagn er ofte teoristyrte (Estroff, 2003). Perspektivet til fagpersonene blir derfor fundamentalt annerledes enn hos de med direkte pasienterfaring med overgangen. Vi søkte bred erfaring hos fagpersonene, ettersom vi intervjuet dem på vegne av pasienter med erfaring fra overgangen. Et utvalg på inntil 15 deltakere ble vurdert som tilstrekkelig. Vi ønsket opprinnelig at flertallet av deltakerne hadde pasienterfaringer. Vi klarte ikke rekruttere ønskede antall pasientdeltakere, men fortellingene vi fikk var nyanserte og rik på informasjon.

Utvalg 1 besto av fire kvinner i alderen 18-35 år med pasienterfaring fra Nord-Norge, Midt-Norge og Østlandet. Tre deltakere var under 25 år og en var over 30 år. Formålet med pasientutvalget var at deltakerne hadde behandlingserfaring fra BUP, og hadde fått tilbud om videre behandling i PHV. Deltakere som var aktive pasienter innenfor psykisk helsevern på tidspunktet for intervju, ble inkludert dersom de ble regnet som samtykkekompetent.

Samtlige pasientdeltakere hadde lang erfaring med psykisk helsevern, og flere har vært innlagt i BUP og PHV. Deltakerne omtalte seg selv som pasienter, og vi velger derfor å bruke pasientbegrepet i denne studien. Pasientdeltakerne var engasjerte og motiverte for å bidra med kunnskap omkring overgangen da de ønsker en forbedring av gjeldende rutiner.

Utvalg 2 besto av syv fagpersoner med relevant arbeidserfaring fra barne- og ungdomspsykiatri eller voksenpsykiatri. I utvalget var det tre psykologer, en

spesialsykepleier, en spesialvernepleier, en sosionom og en med helseadministrativ bakgrunn. Det var jevn fordeling mellom erfaring fra barnefelt og voksenfelt. Fem fagpersondeltakere jobbet i spesialisthelsetjenesten, og to innenfor kommunal psykisk helsetjeneste på tidspunkt for intervju. Et inklusjonskriterium var minimum to år med relevant arbeidserfaring.

Alle deltakere ble informert muntlig og skriftlig om studien. Det var utformet to ulike samtykkeskjema, et for pasientdeltakerne (Vedlegg 1) og et for fagpersondeltakerne (Vedlegg 2). De signerte for å bekrefte at de forsto hva prosjektet innebar og at deltakelse var frivillig.

Strategi for rekruttering og rekrutteringsprosessen

For rekruttering av pasientutvalget opprettet vi i april 2022 et samarbeid med koordinator fra Ungdomsrådet ved Universitetssykehuset Nord-Norge (UNN). Samarbeidet gikk ut på at koordinator delte informasjon om prosjektet og tok direkte kontakt med mulige deltakere. Vi presenterte prosjektet på et internt møte for medlemmer av Ungdomsrådet UNN. Videre kontaktet vi Ungdomsrådet ved Helse Bergen, og vi holdt et møte med koordinator samt to medlemmer av Ungdomsrådet. Det ble avtalt at de skulle dele prosjektinformasjon med sine medlemmer. Mental Helse Ungdom ble kontaktet på e-post, og de har delt prosjektinformasjon på sitt interne kunnskapsnettverk. Vi brukte også snøballmetoden for å formidle prosjektet. Vi forsøkte å etablere et samarbeid med flere Ungdomsråd ved andre helseforetak. De hadde ikke mulighet til å bidra til prosjektet.

Vi forventet at rekruttering kunne gå langsomt, og det ble i august 2022 besluttet å legge til fagpersonutvalget som følge av utfordringer med rekruttering til pasientutvalget. Rekruttering til fagpersonutvalget ble gjort ved å ta direkte kontakt med relevante fagpersoner fra psykisk helsevern ved UNN og Tromsø kommune.

Rekruttering ble gjennomført i perioden april-september 2022. Til tross for en godt forankret rekrutteringsstrategi, var det store utfordringer med rekruttering til pasientutvalget.

Det er flere sannsynlige årsaker for at mulige pasientdeltakere ikke har tatt kontakt. Prosjektet har en sensitiv tematikk, der deltakelse i prosjektet innebærer å snakke om en tid som sannsynligvis har vært utfordrende. Det er naturlig å unngå å snakke om tema som vil vekke ubehagelige følelser (McGaw & Reupert, 2022).

Nåværende psykisk helse hos mulige pasientdeltakere kan også være årsak for at vi ikke har fått kontakt med dem. Langvarige psykiske plager som begynner i barne- og ungdomsårene har dårlige prognoser. Det er en sannsynlighet for at aktuelle pasientdeltakere var i for dårlig psykisk form til å bli intervjuet (Singh et al., 2010).

En siste mulig årsak er hvordan prosjektet ble delt på. Pasientdeltakere ble informert om prosjektet gjennom sosiale medier og et tredje ledd, og kanskje dette ikke var informativt nok til at de tok kontakt. Direkterekruttering gjennom behandler ble vurdert, men kan være problematisk med tanke på maktbalanse og pågående behandlingsforløp.

Datainnsamling

Intervjuene ble gjennomført i perioden juni-september 2022. I pasientutvalget ble alle intervjuene gjennomført på møterom på UiT – Norges arktiske universitet. I fagpersonutvalget ble to intervju gjennomført over telefon, og fem på møterom. Det ble tatt lydopptak av hvert intervju som ble lagret konfidensielt etter transkribering. Tilbakemeldinger i etterkant av intervju har vært utelukkende positive.

Det var utformet to intervjuguider, en for pasientutvalget og en for fagpersonutvalget. For pasientutvalget besto intervjuguiden (Vedlegg 3) av seks hovedspørsmål og forslag til eventuelle oppfølgingsspørsmål, samt en invitasjon til å tegne en livslinje. Intervjuene startet med et åpent spørsmål som ga pasientdeltakerne muligheten til å fortelle fritt om sine erfaringer. De ble først bedt om å fortelle om BUP, videre ble de spurt om relasjon til behandler, tiden rundt overgangen og hva som er viktig i overgangen. Ved at

pasientdeltakerne fortalte fritt, fikk de snakke om det som var naturlig og engasjerende for dem. Intervjuer ba pasientdeltakerne om utfyllende informasjon om relevante tema de selv nevnte. Intervjuene i pasientutvalget varte fra 43 minutter til 1 time og 33 minutter.

Intervjuguide for fagpersonutvalget (Vedlegg 4) hadde fire hovedspørsmål med forslag til oppfølgingsspørsmål. Spørsmålene var av fenomenologisk karakter der fagpersondeltakerne ble bedt om å beskrive overgangen, hvordan de vurderer og handler i forbindelse med denne, samt hvordan de opplever pasientene som har erfart overgangen. Intervjuene varte mellom 20 til 30 minutter.

Utstyr og lagring

Det ble tatt lydopptak med Olympus WS-200S «Digital Voice Recorder» tilhørende institutt for psykologi. Etter intervju ble lydfilen overført til kryptert minnepenn. Denne ble oppbevart innelåst på UiT. Lydfilen ble deretter slettet fra lydopptakeren. Lydfilen ble transkribert anonymt i et Word-dokument som ble lastet opp på UiTs sikre database på Sharepoint. Livslinjene ble kryptert med passord og lastet opp i Sharepoint. Informasjon om deltakers navn, kontaktinformasjon og løpenummer ble lagret i et kryptert exceldokument på UiTs server.

Analyse

Det var studenten som hadde utført intervjuet som gjorde transkriberingen, da prosessen med transkribering kan innebære tolkning av utydelig tale. Data ble analysert gjennom en tematisk og induktiv analyse med søkelys på mening. Ved tematisk analyse identifiserer man ulike temaer i de enkelte intervjuene. Data ble beskrevet gjennom nærlesing, og deretter kodet for å kunne identifisere aktuelle og gjennomløpende tema på tvers av intervjuene. Tematisk analyse er velegnet når man undersøker menneskers personlige erfaring, og gir forskeren mulighet til å fremheve og fortolke hovedpunktene fra datasettet

(Kiger & Varpio, 2020).

Analysen ble gjort induktivt ved at koding og tematisering utgikk fra innholdet i dataen. En induktiv tilnærming sørger for at tema som identifiseres har en større nærhet til den originale dataen, og gir derfor en bredere forståelse av hele datasettet (Kiger & Varpio, 2020). Hensikten med dette var at vi ønsket en analyse basert på innhentet data, fremfor teorier og konsepter.

Den tematiske analyseprosessen hadde flere steg. Vi benyttet programmet NVivo, hvor ustrukturert data kan lagres, organiseres og analyseres (QSR International, 2022). Vi har hovedsakelig fulgt prinsipper beskrevet av Braun og Clarke (2006) og Kvale og Brinkmann (2015) i analyseprosessen. Analyseprosessen var syklisk, der datamaterialet ble gjennomgått flere ganger. Vi valgte å anvende deskriptiv koding på datamaterialet med søkelys på hver enkelt deltaker. I Nvivo blir deltakernes egne ord vektlagt, samtidig som gjennomgående tema i datamaterialet avdekkes. Ettersom det var deltakernes egne uttrykk og opplevelser som ble vektlagt, ivaretok denne fremgangsmåten også prosjektets narrative tilnærming.

1. Intervjuet og første gjennomlesning: Formålet var å danne seg et helhetsinntrykk fra intervjuene. Etter transkribering ble intervjuene gjennomgått flere ganger av oss begge.

Deretter diskuterte vi umiddelbare tanker og refleksjoner.

2. Kondensering: Formålet var å få oversikt over datamaterialet. Transkripsjonene ble delt inn i ulike meningsbærende enheter etter tema deltakeren snakket om. For studenten som ikke hadde utført intervjuet var denne prosessen særlig viktig for å få mer kjennskap til materialet fra intervjuene.

3. Deskriptiv koding: Formålet var å systematisere hvert tema. Her ble de meningsbærende enhetene plassert inn i ulike koder ettersom hvilke tema deltakerne hadde snakket om.

Kodene ble laget underveis som intervjuene ble analysert, og tema ble oppsummert i setninger

eller ord. Kodene ble holdt nære datamaterialet slik at deltakernes beskrivelser ble ivare tatt.

4. Kategorisering: Koder med felles tema ble identifisert fortløpende i analysen, og disse ble kategorisert inn i hovedkoder med tilhørende underkoder. Formålet var å få bedre oversikt over kodene, samt nyansere data ytterligere. En fordel med å analysere intervjuene på denne måten er at man som forsker blir godt kjent med detaljene i materialet (Kvale & Brinkman, 2015).

5. Post-koding prosesser: Formålet var å gjøre om kodene til rapportering. Etter koding og kategorisering ble det laget notater i NVivo til hver hovedkode og tilhørende underkode. Notatene besto av en beskrivelse av innholdet i kodene, og fungerte som en oppsummering. Dette innebar hva deltakerne hadde fortalt, hvem som var involvert, hendelsesforløp, deltakernes evaluering av prosessen og hvilke konsekvenser det fikk.

Prosesen med en slik oppsummering krevde også tolkning fra vår side, hvor det var viktig å unngå både overtolkning og undertolking. Dette ble gjort ved å holde oppsummeringene tett forbundet med det deltakerne hadde fortalt. Sitat ble plukket ut basert på det som virket viktig for deltakeren. Arbeidet bidro til en mer grundig tolkning og rapportering av funn.

Etikk

Prosjektet er tilrådd av personverntjenesten Sikt – Kunnskapssektorens tjenesteleverandør to ganger (Vedlegg 5 og 6). Første godkjenning var før oppstart av studien (saksbehandlingsnummer 632107). Andre godkjenning var før fagpersonutvalget ble kontaktet.

Prosjektet har en sensitiv tematikk som ble behandlet deretter. Pasientdeltakerne kunne være i en sårbar periode i livet, og studien hadde som formål å ikke skade eller ha negativ innvirkning. Vi hadde en beredskapsplan som innebar at pasientdeltakerne fikk

assistanse med å søke videre hjelp ved behov. Alle deltakerne ble oppfordret til å ta kontakt med intervjuer om de skulle ha spørsmål eller reaksjoner i ettertid.

Pasientdeltakerne og fagpersondeltakerne hadde ulike perspektiv på overgangen. Det tas hensyn til dette i resultatene ved å tydelig skille fortellingene til pasientdeltakerne fra fagpersondeltakerne. Pasientdeltakernes fortellinger ble vektlagt i større grad, og de temaene som presenteres i funn er hovedsakelig basert på deres fortellinger.

Prosjektet innebar frivillig og informert samtykke for deltakelse, der deltakerne selv avgjorde hva de ønsket å dele. Deltakerne kunne til enhver tid trekke seg fra prosjektet, og data fra dem ville bli slettet, med mindre analyseprosessen allerede var fullført. Om en deltaker trakk seg ville det ikke ha noen konsekvenser for vedkomne.

All data ble kodet slik at konfidensialitet og anonymitet ble respektert så langt det var mulig. Vi har vært grundige med å sikre at data og koder ikke kan spores tilbake til de spesifikke deltakerne ved å anonymisere intervju, samt oppbevare transkripsjoner og koblingsnøkkelen separat. Det var kun vi og veileder som hadde tilgang til datamaterialet, signerte samtykkeskjema og andre dokumenter tilknyttet prosjektet. Lydfiler og personinformasjon om deltakere var det kun vi som hadde tilgang til.

Funn

Deltakernes fortellinger har gitt detaljert informasjon om deres erfaringer med psykisk helsevern. Flere av pasientdeltakernes fortellinger har inneholdt beskrivelser av svært krevende hendelser.

Analysen ga oss tre hovedtema: Kontinuitet i selvforståelsen, men brudd i behandlingen, Selvopplevd psykisk helse og Behandlingssystem, med undertema (Tabell 1). Hvert hovedtema avsluttes med kommentarer fra fagpersondeltakerne. Kjernen i våre funn er

at overgangen har vært vanskelig for alle pasientdeltakerne. Dette visualiseres i deres livslinje. I tiden rundt overgangen opplevde de ingen endring i seg selv, men omgivelsene rundt behandlet dem annerledes. Blant annet med mer ansvarliggjøring for egen helse. Det er gjentakende at de følte seg for ung for voksenpsykiatriens behandlingsrammer, og overgangen ble beskrevet å være et brudd fremfor en overgang. Dette gjorde at pasientdeltakerne følte seg alene i møtet med behandlingssystemet, og de ønsket mer involvering av pårørende. Relasjonsbrudd til behandler var krevende, og gikk på bekostning av tillit til ny behandler og deres motivasjon for videre behandling.

Fagpersondeltakernes inntrykk av overgangen samsvarte i stor grad med hva pasientdeltakerne fortalte. Det poengteres at psykologisk og juridisk modenhet er ulike fenomen, og de har erfart at mange unge pasienter ikke passer inn i voksenpsykiatriens behandlingsrammer.

Tabell 1

De tematiske kategoriene som kom frem i studien

Kontinuitet i selvforståelsen, men brudd i behandlingen	Selvopplevd psykisk helse	Behandlingssystem
For gammel for BUP, men for ung for PHV	Relasjonsbrudd, tillitsvansker og lavere motivasjon	Forberedelse og forutsigbarhet
Stabilitet og trygghet	Erfaring med å være alene	Store forskjeller mellom BUP og PHV
Fagpersoner om kontinuitet og endring	Fagpersoner om unge pasienter og konsekvenser for psykisk helse	Samarbeid gir trygghet Eget tilbud for unge voksne Fagpersoner om behandlingssystemet

Note. Tematiske hoved- og underkategorier. Hver hovedkategori avsluttes med fagpersondeltakernes perspektiv.

Kontinuitet i selvforståelsen, men brudd i behandlingen

Når pasientdeltakerne snakket om overgangen ble den beskrevet som brå og plutselig. Den innebar store endringer som var utfordrende for dem. De opplevde en kontinuitet i selvforståelsen, der det ikke skjedde en stor forskjell i dem selv da de ble myndig, men

omgivelsene rundt ble annerledes. De fortalte om å bli behandlet som et barn den ene dagen, og plutselig som en voksen neste dag. Det var med andre ord en stor forskjell i hvordan de følte seg, og hvordan de ble møtt av omgivelsene. En pasientdeltaker fortalte at hun ikke forventet at ting skulle være veldig annerledes mellom BUP og PHV, fordi hun fortsatt opplevde seg selv som den samme.

"Men jeg tenkte at det er sikkert ikke så annerledes enn BUP egentlig, det er jo bare det at, jeg vet ikke. Eller det jeg tenkte var at bare fordi jeg har blitt 18, så betyr jo ikke det at jeg plutselig er et nytt menneske, et nytt voksent menneske liksom. Så hvorfor skulle behandlingen være veldig annerledes. Det.. Jeg skjønnte ikke helt at det kom til å være sånn."
(Pasientdeltaker)

Da pasientdeltakerne reflekterte over overgangen, konkluderte halvparten med at ordet «overgang» ikke ga en passende beskrivelse. Overgang forbindes med kontinuitet og flyt, men erfaringen fra pasientdeltakerne var at det skjedde oppstykket og separat. BUP og PHV tilhører samme helsevesen, men opplevdes som to adskilte behandlingssystem. En deltaker beskrev det slik:

"Jeg tenker at det var nesten ikke en overgang, men heller en sånn avslutning og en begynnelse, også ingenting imellom." (Pasientdeltaker)

For gammel for BUP, men for ung for PHV

Alle pasientdeltakerne fortalte at de ikke følte seg klar for overføring til PHV. Samtlige nevnte at de fortsatt følte seg som et barn da de ble overført. Pasientdeltakerne beskrev store forskjeller mellom BUP og PHV, der de brått måtte bli voksen. Det å plutselig skulle ta kontroll og ansvar selv var overveldende og skremmende. En pasientdeltaker erfarte at BUP satte i gang hjelpetiltak uavhengig av om hun ønsket det eller ikke, men som hun i ettertid innser var nødvendig for henne. I PHV var det annerledes. Der ønsket hun gjerne mer

hjelp, men følte at hun ikke fikk det.

"Jeg merket veldig godt at nå var jeg voksen. Og jeg følte meg jo ikke voksen i det hele tatt. Jeg følte meg jo fortsatt like liten som når jeg var 14. Jeg fikk veldig ansvar for alt på en måte. Altså både det praktiske og hvordan jeg hadde det og hva jeg skulle gjøre med det (...) I voksenpsykiatrien er det egentlig mer sånn at man roper om hjelp også får man det ikke. Jeg har mange ganger tenkt at de vil egentlig ikke hjelpe meg før jeg er død." (Pasientdeltaker)

To pasientdeltakere fortalte at det var mye fokus på at man ikke var myndig i BUP. Da det nærmet seg tiden der de var for gammel for BUP, ble de likevel behandlet som et barn helt frem til overgangen. Pasientdeltakerne erfarte at de kunne være mer passive og la behandleren ta styring i behandlingen. I tillegg opplevde alle pasientdeltakerne lite medbestemmelse i BUP. I PHV sto de derimot ansvarlig for alt selv, og måtte i mye større grad være aktive i behandlingsforløpet. Strengere krav og forventninger var nytt for dem, noe som gjorde overgangen ekstra utfordrende. De savnet mer ansvarliggjøring i BUP, slik at de var bedre rustet for rammene og forventningene i PHV.

"Også kom jeg i voksenpsykiatrien når jeg ble myndig, og det var en helt annen verden. Jeg husker første timen så spurte hun meg hvorfor jeg var der, også sa jeg – nei, jeg vet ikke, også sa hun at – ja men du har jo blitt henvist hit og det må jo bety at du ønsker å gå til behandling her, så jeg regner med at det er noe du ønsker å jobbe med. Og jeg tenkte hva er dette her, og plutselig så følte jeg sånn at nå skal jeg ta ansvar og nå skal liksom dette bli mitt prosjekt, og det følte jeg ikke at det hadde vært tidligere." (Pasientdeltaker)

En pasientdeltaker poengterte at det er forskjell på en frisk 18-åring og en 18-åring som har vært mye syk. Hun hadde vært innlagt på ungdomsavdeling i lengre tid, og fortalte at det var mange grunnleggende ting hun ikke kunne. For eksempel å vaske klær eller ta buss. Da hun kom til PHV var det forventet at hun kunne slike ting. Dette ble en stor kontrast fra

det hun var vant med i BUP.

“Jeg følte at hele livet mitt ble bare snudd opp ned og at.. nå vet jeg ikke, dette her er kanskje bare min tanke, men, når du kommer inn i voksenpsykiatrien og du er egentlig fremdeles et barn. Og du har jo også vært et sykt barn. Så en del ting som.. kanskje de som jobbet der tenker at, altså tar for gitt at du på en måte kan. Det kan du ikke, for du har ikke lært det. Du blir en voksen over natten.” (Pasientdeltaker)

Stabilitet og trygghet

Alle pasientdeltakerne fortalte om behov for stabilitet og trygghet i overgangen. To pasientdeltakere nevnte at lengre oppfølging fra BUP ved behov ville bidratt positivt. Videre trakk 3 av 4 pasientdeltakere frem at behandlingstilbudet i PHV må være avklart før man avslutter på BUP. Overgangen var ikke ønsket av pasientdeltakerne, og uforutsigbarhet bidro til ekstra belastning for dem. Endringer som skjedde plutselig, bidro til at selve overgangen og tiden rundt overgangen opplevdes som ustabil.

“Jeg tenker at i den alderen, (...) i forhold til hvor viktig dette med stabilitet og sånn kan være, hvor mye det er som skjer i hjernen i den alderen og hvor mye du på en måte har mistet.. også det, det du har å holde fast i som på en måte blir ditt sånn stabile trygge, det blir og liksom bare borte. Over natten.” (Pasientdeltaker)

En pasientdeltaker erfarte å bli sykere av uforutsigbarheten, og beskrev overgangen som «hard og brutal» gjentatte ganger i intervjuet. Hun hadde vært i BUP i lang tid og hadde behov for tett oppfølging i overgangen. Hun hadde bekymret seg for å bli myndig i flere år fordi dette innebar overgang til PHV. Hun fortalte at BUP ikke tok bekymringene på alvor. Overgangen var ikke et tema i samtaler til tross for at hun uttrykte ønske om dette.

Fagpersoner om kontinuitet og brudd

Det fremkom i intervjuene at fagpersondeltakerne var enige om at stabilitet i

overgangen er viktig. Hovedsakelig på grunn av pasientenes sårbarhet, hvor det for dem kan føles ekstra dramatisk å miste det som er kjent og trygt. Fagpersondeltakerne har erfart at mange pasienter synes overgangen er problematisk. Endringene skjer plutselig og kan være et sjokk for mange. De har erfart at flere pasienter gruer seg til å etablere en relasjon til ny behandler. Fagpersondeltakerne mente også at rammene i voksenpsykiatrien kan være vanskelig for en del av de unge pasientene, fordi det vektlegges andre ting i behandlingsforløpet enn det de er vant til. En fagpersondeltaker med erfaring fra både barne- og voksenfeltet trakk frem at BUP burde ansvarliggjøre ungdommer mer i egen behandling, slik at overgangen til PHV blir enklere.

"Det kan hende at terapeutene der [PHV] vil ha andre innfallsvinkler og forventninger til hva du [pasienten] skal bidra med inn i timene. Også tror jeg og at det er noe man kunne gjort i større grad også på BUP. Altså man kunne ha forsøkt å møte pasientene på samme måte som man gjør, eller i hvert fall en sånn mellomting, ehm, at man på en måte ikke pakker dem for mye inn helt til de blir 18, og så plutselig slutter man å gjøre det." (Psykolog)

Fagpersondeltakerne fra PHV fortalte at mange unge pasienter har vansker med å ordlegge seg. Fagpersondeltakerne har opplevd at de ofte tar en mer aktiv rolle i behandlingen, hvor mild kommunikasjonsstil og tydelig kroppsspråk er spesielt nødvendig. Videre poengterte de modenhetsnivå, og argumenterte for at rammene og forventningene i PHV kan bli for rigide for unge pasienter. Fagpersondeltakerne mente modenhetsnivå kan variere stort hos pasientene, og at det ikke er noen kvalitativ forskjell i en persons utvikling når de fyller 18 år. Flere fagpersondeltakere sa at de ofte opplever pasientene med historie fra BUP som mer umoden og innesluttete enn andre unge pasienter. To fagpersondeltakere mente derimot at en del pasienter som kommer fra BUP faktisk er moden for alderen. Flere mente at mange blir behandlet som barn i BUP selv om de er klar for mer ansvarliggjøring.

Mer ansvar kan altså være positivt for noen av pasientene, og for disse vil en overgang være hensiktsmessig for behandlingen videre. En fagpersondeltaker med erfaring fra BUP fortalte dette om pasientene som nærmere seg 18 år:

"De [pasientene] blir sett på som veldig unge voksne. Og for noen er det vel et bra sprang å ta. Nå er du der at du liksom er ferdig med BUP, men for andre er det, blir det kanskje ikke så hensiktsmessig da." (Psykolog)

Selvopplevd psykisk helse

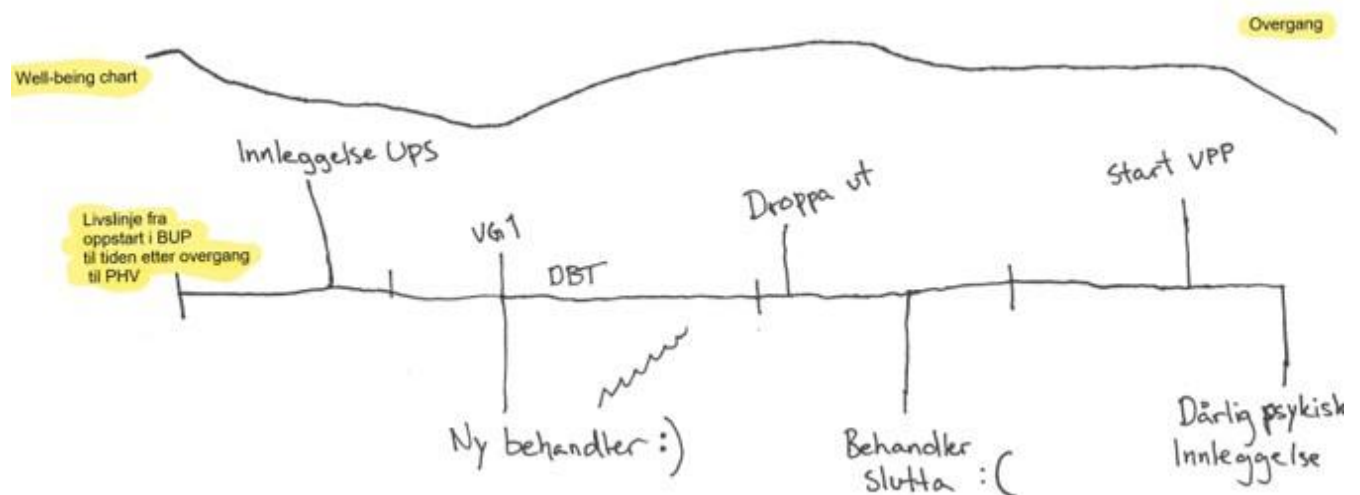
Samtlige av pasientdeltakerne fortalte at de hadde fått dårligere psykisk helse i tiden før, under eller etter overgangen. De snakket om mange forhold som gjorde livet vanskeligere. Ustabilitet, relasjonsbrudd og ensomhet var gjentakende tema i hvorfor overgangen var tung. En pasientdeltaker reflekterte over flere faktorer for at hun ble dårligere psykisk, men mener at overgangen til PHV bidro i forverringen av hennes psykiske helse.

"Jeg ble dårligere egentlig psykisk da jeg kom over til VPP [Voksenpsykiatrisk poliklinikk]. Alt ble mer ustabilt. (...) Etter at jeg startet på VPP så gikk det ikke lange, jeg vet ikke, jeg tror det var under to måneder, før jeg ble innlagt og da var jeg innlagt i fire måneder. Jeg ble veldig dårlig rett og slett. (...) Det kan jo ha flere faktorer, det at jeg hadde flyttet for første gang og skulle liksom klare meg selv og alt sånn. Men det ble bare, jeg vet ikke. Jeg føler jeg ble sykere rett og slett." (Pasientdeltaker)

I arbeidet med livslinjen beskrev hun forbedring i psykisk helse under behandlingen i BUP (Figur 1). I tiden før og etter overgangen opplevde hun at den psykiske helsen ble dårligere. Hun mente dette kunne skyldes ustabilitet, samt at ny behandler i PHV forventet forbedringsresultat og et ansvar fra henne som hun ikke var vant med på BUP.

Figur 1

Livslinje fra pasientdeltaker, hvor den psykiske helsen ble dårligere etter overgang



Note. Pasientdeltakeren har fylt inn flere detaljer i livslinjen. Hun har skrevet “droppa ut”, noe som refererer til at hun sluttet på videregående skole. Den psykiske helsen gikk ned da hennes behandler i BUP sluttet, og etter oppstart i voksenpsykiatrisk poliklinikk (VPP).

En pasientdeltaker fortalte at tiden før overgangen var grusom. Det var flere ting som var uavklart og hun gruet seg til overføring til PHV. Dette førte til et alvorlig selvmordsforsøk rett før hun fylte 18 år, der hun ble overført til en voksenpsykiatrisk avdeling på bursdagen sin. Hennes ønske om å fullføre innleggelsen på ungdomsavdelingen ble ikke imøtekommet. Denne overgangen ble beskrevet som å være en stor belastning i en allerede sårbar periode der hun trengte stabilitet.

"Også ble det verre jo nærmere jeg kom [bursdagen] liksom, og sånne ting. Ehm, også ble det sånn, når jeg da ble såpass syk før jeg fylte 18, fordi jeg gruet meg såpass til å bli 18, så ble jeg sprekksyk av det igjen. Jeg hadde et alvorlig selvmordsforsøk to dager før jeg fylte 18. Etter jeg var ferdig på somatisk avdeling, dagen før jeg fylte 18 var det vel. Og da skulle de plassere meg en natt på barne- og ungdomspsykiatri for så å plassere meg over til

voksenpsykiatri. Eeh, hvor da jeg spurte om jeg kunne fullføre innleggelse på barne- og ungdomspsykiatri, men nei. Det var ikke lov. Når jeg fylte 18 måtte jeg over i voksenpsykiatri. Og da er det sånn. Det å sove der en natt hadde ikke plutselig gjort at jeg ble voksen."

(Pasientdeltaker)

En pasientdeltaker var innlagt da overgangen nærmet seg, og hun opplevde overgangen som en skygge som hang over henne. Hun fortalte at hun ikke visste mer enn at hun skulle overføres til PHV. Da pasientdeltakeren tegnet livslinjen (Figur 2) reflekterte hun rundt tiden før og etter overgangen. Hun fortalte at når hun så tilbake på overgangen så var denne noe av det mest dramatiske hun kunne huske.

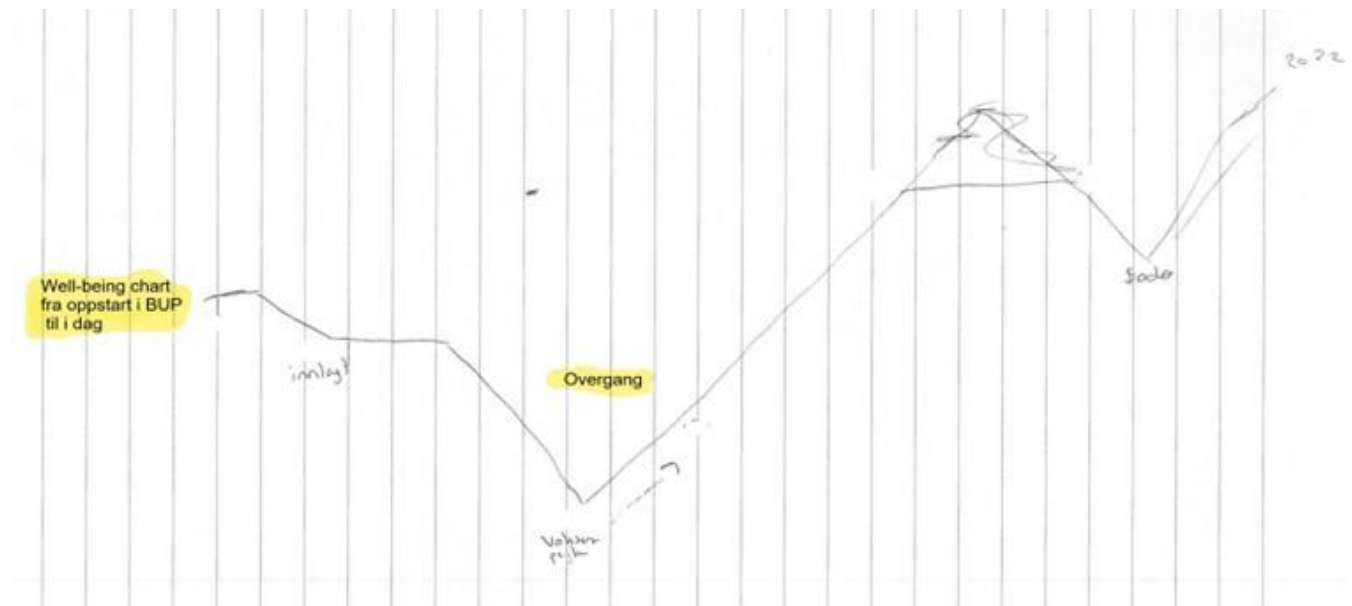
"Jeg vil jo si at hvis jeg ser liksom sånn tilbake igjen da, så må kanskje dette her være noe av det mest dramatiske [peker rundt overgangen] som jeg kan huske. For det var så masse på en gang." (Pasientdeltaker)

En pasientdeltaker fortalte at hun generelt hadde det dårlig i tiden før og etter overgangen, men at avslutning på BUP trolig bidro til å gjøre henne sykere.

"Jeg tror jeg på en måte fortrengte litt det at jeg skulle bort fra BUP, at jeg liksom bare ikke tenkte så mye på det egentlig. Fordi at jeg hadde vært kjemperedd for det lenge, også når det begynte å skje så ja.. jeg vet ikke. Jeg tenkte liksom ikke så mye. (...) jeg ble jo bare verre og verre med årene. Og det var mye innleggelser, ikke bare på UPS [Ungdomspsykiatrisk seksjon], men langvarige opphold også. Så, ja. Jeg vet ikke om det handlet om at det var mot slutten eller ikke. Ja det var sikkert litt begge deler, både at det gikk mot en slutt der og at jeg bare sånn generelt ikke hadde det bra." (Pasientdeltaker)

Figur 2

Livslinje fra pasientdeltaker, hvor overgangen opplevdes svært negativt



Note. Pasientdeltakeren har plassert inn første gangen hun ble innlagt, overføring fra ungdomsavdeling til voksenavdeling, samt flytting til annen voksenavdeling. Den psykiske helsen går tydelig ned under overgangen fra BUP til PHV, og ved overføring til annen voksenavdeling senere i livet.

Relasjonsbrudd, tillitsvansker og lavere motivasjon for behandling

Alle pasientdeltakerne var opptatt av relasjonen til behandler. De beskrev vansker med å åpne seg for ny behandler som følge av tillitsvansker. De var bekymret for å ikke føle seg forstått av ny behandler, og husker belastningen med å skulle fortelle sin historie på nytt. Etter å ha etablert en trygg relasjon til behandler fortalte flere om en frykt for nye behandlerbytter.

Flere pasientdeltakere fortalte om både positive og negative behandlerbytter. Ved positive behandlerbytter trakk de frem at de selv var involvert i prosessen, og at ting var avklart på forhånd. I tillegg opplevde de å få tid til å danne tillit til ny behandler, samt at

relasjonen følte naturlig. Negative behandlerbytter ble beskrevet som plutselige eller med lite involvering fra pasientdeltakeren. Konsekvensen av negative behandlerbytter var at pasientdeltakerne fikk lavere motivasjon for behandling, samt tillitsvansker til både behandlere og behandlingssystemet. En pasientdeltaker fortalte at hun aldri har klart å gå inn i en relasjon med behandler etter overgangen, fordi den oppleves kunstig og hun vet den vil være kortvarig. To pasientdeltakere nevnte en prestasjonsangst for ny behandler, der de opplevde et press for å bli bedre.

En pasientdeltaker fortalte at hun skjermet seg for nye behandlerrelasjoner grunnet erfaringer med mange behandlerbytter og relasjonsbrudd. Hun husket også at byttene førte til forverring:

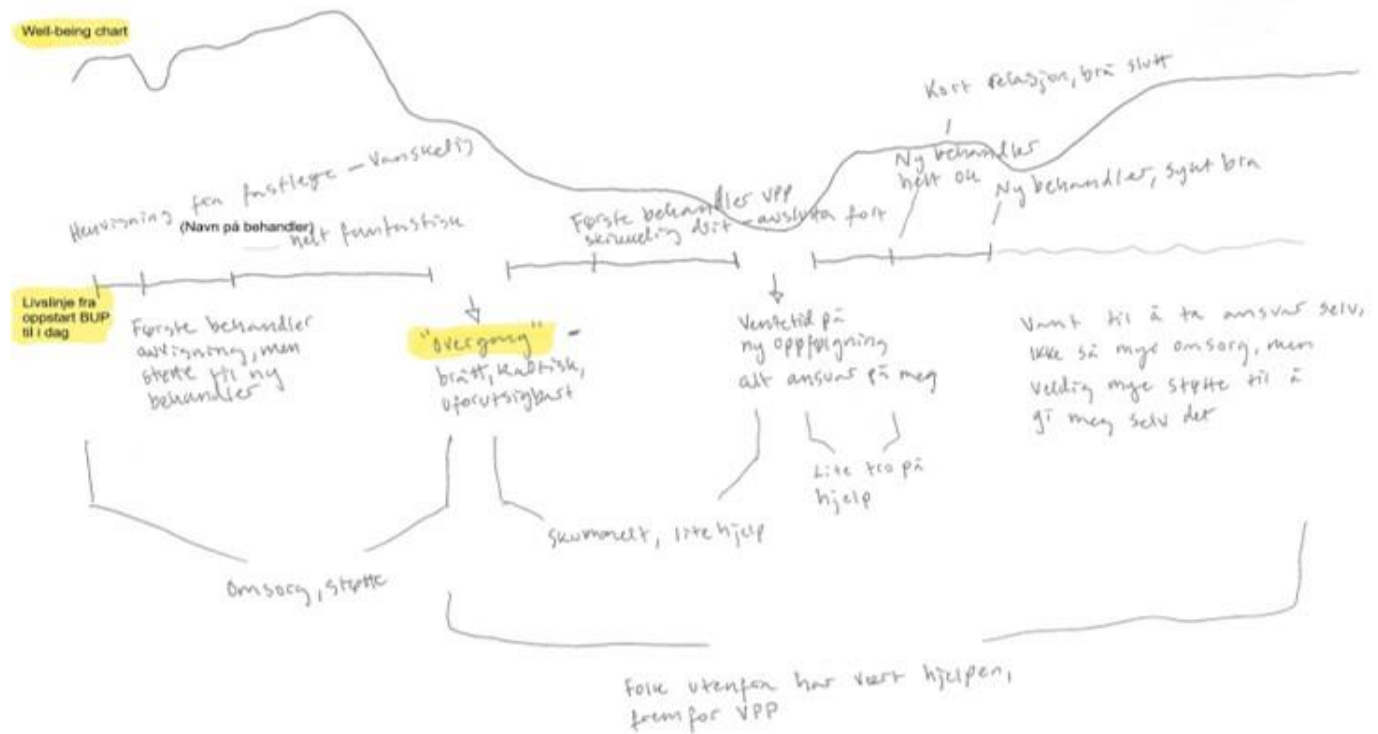
"Jeg slet jo veldig med å, med det å få tillit til folk. Det tar mye tid for meg, og på den tiden var jeg jo også veldig, veldig redd for å miste folk. Så etter at jeg hadde hatt den første på VPP [Voksenpsykiatrisk poliklinikk], så ble jeg veldig sånn forsiktig fremover med nye behandlere som jeg møtte på, fordi jeg tenkte at – ja de blir bare å stikke liksom."

(Pasientdeltaker)

I livslinjen (Figur 3) viste hun en tydelig nedgang i tiden før overgangen, og spesielt ved avslutning av behandlingsrelasjonen hun hadde i BUP. Også i PHV spilte behandlerbyttene negativt inn på hennes psykiske helse. Da pasientdeltakeren tegnet sin livslinje fortalte hun at det ble åpenbart at overgangen har virket negativt inn på livet hennes.

Figur 3

Livslinje fa pasientdeltaker hvor relasjonsbrudd har bidratt negativt



Note. Pasientdeltakeren fylte inn mange detaljer i sin livslinje. Tiden i BUP har hun beskrevet med “omsorg, støtte”. Tiden i PHV beskrives som “skummelt, lite hjelp, alt ansvar på meg, brå slutt, folk utenfra har vært hjulpen”. Hennes psykiske helse er dårligere etter overgangen til PHV.

Flere av pasientdeltakerne fortalte om lavere motivasjon for behandling, der behandlerbytter var en bidragende faktor for dette. En pasientdeltaker fortalte at hun fikk motstand mot behandling når hun visste at relasjon til behandler hadde en tidsfrist:

"Jeg visste at jeg skulle gå i et langsiktig behandlingsløp, så for min del ble det veldig kort. Altså hvorfor skal jeg egentlig bruke energien min på å ta inn denne personen, dypt inn i livet mitt, mine tanker og følelser, når jeg egentlig vet at de forsvinner det sekundet jeg fyller 18. og da får man jo egentlig en sånn motstand mot behandlingen sin." (Pasientdeltaker)

Å bytte behandler opplevdes som et relasjonstap for pasientdeltakerne, og var et sentralt tema i hvorfor overgangen var vanskelig. En pasientdeltaker hadde over lengre tid bygd opp en sterk relasjon til behandlere i BUP. Hun fikk det tungt i tiden etter overgangen grunnet relasjonsbrudd med disse:

"Da jeg dro derifra [ungdomsavdeling] for siste gang, så var det veldig rart. Altså den.. å være så tett på noen. Man hadde jo liksom.. jeg hadde jo liksom sett de nesten hver dag og liksom (...) altså man hadde jo blitt veldig godt kjent under de rammene som var der da. Og det at man bare var ferdig med hverandre. Det på en måte var.. at det var en veldig sånn.. jeg brukte ganske lang tid på å komme over det. Det var liksom en rar form for sorg. For du kan liksom ikke.. jeg vet ikke. Det blir litt sånn, sånn som jeg tenker i ettertid så var det liksom, det føltes ut som om noen var død, men de var ikke døde. Også kan jeg liksom heller ikke kontakte dem" (Pasientdeltaker)

Opplevelse av å være alene

Samtlige pasientdeltakere snakket om et behov for omsorg og at de følte seg sårbare som unge voksne i psykisk helsevern. Det var en opplevelse av å være alene i tiden rundt overgangen hos alle deltakerne fra pasientutvalget. Dette som følge av å være på en ny plass, ha en ukjent behandler, bli behandlet som en ansvarlig voksen og at pårørende var mindre involvert. To pasientdeltakere mente det burde være en kontaktperson i PHV som har et overordnet ansvar for oppfølging av unge voksne, alt fra kartlegging av dagligdagse ferdigheter til å bistå med navigering i behandlingssystemet. En pasientdeltaker fortalte at hun følte seg alene etter hun kom til voksenpsykiatrisk avdeling. Hun erfarte å ikke få den oppfølgingen hun var vant med fra ungdomsavdelingen.

"Jeg husker det veldig sånn, at jeg var veldig mye redd og veldig utrygg. Og at jeg var veldig mye lei meg, men jeg var veldig mye lei meg alene i motsetning til.. det var liksom

ingen som var å sjekket. Ja du har noen som kommer å banker på og, eller sniker seg inn om natten for å se om du puster, men det er liksom.. det da." (Pasientdeltaker)

Pasientdeltakerne fortalte om utfordringer med å være ung på en sengepost med eldre og syke pasienter, der de følte seg alene og lite ivaretatt av personal. En pasientdeltaker opplevde det som spesielt utrygt rundt mannlige medpasienter som seksualiserte henne. Bekymringene hennes omkring de seksuelle tilnærmingene ble ikke tatt på alvor av avdelingen før det skjedde et overgrep.

"Å komme inn på en sengepost med voksne menn for eksempel. Jeg som ung jente der ikke sant. Kommentarer de kommer med ikke sant, det var en som kom med veldig mange seksuelle kommentarer. Jeg ble ikke møtt på det, på en måte ubehaget jeg hadde der. De sa de skulle passe på meg, men det var ingen som passet på eller gjorde noe før han tok tak i meg, sånn seksuelt på en måte, og da var de sånn «herregud selvfølgelig, nå skal vi passe på». Men da hadde jo jeg gått i en uke og sagt ifra, og i hvert eneste notat sto det at jeg hadde et ubehag rundt det." (Pasientdeltaker)

Pasientdeltakerne snakket mye om tryggheten de fikk fra pårørende, og hvor viktig denne var når de ikke kjente på trygghet fra behandlingssystemet. Når det kommer til involvering av pårørende var pasientdeltakernes erfaring at det var stor forskjell fra BUP til PHV. Tre pasientdeltakere mente BUP og PHV i større grad burde involvert pårørende i overgangsprosessen. De beskrev det som uvant og skummelt at pårørende var involvert den ene dagen, og at det ble forventet selvstendighet den neste. Fravær av dette i PHV bidro til at pasientdeltakerne følte seg ensom og alene etter overgangen.

"Jeg tenker at det med pårørende er ganske viktig. At foreldre eller hvem det enn er som er omsorgspersoner, at liksom selv om man blir 18 så er man fortsatt ganske avhengig av foreldrene sine. Og at man skal ikke bli tvunget til å involvere dem når man blir 18

selvfølgelig, men at man kanskje oppfordres til at man har de mer med. At man får det valget og at det blir litt, ja, at pårørende.. At man ikke gir slipp på pårørende bare fordi man har blitt 18.” (Pasientdeltaker)

En pasientdeltaker opplevde reaksjoner fra ansatte i PHV da hun ønsket at moren skulle delta i samtaler og involveres i behandlingsforløpet. Hun fortalte at dette var en stor kontrast fra BUP, hvor moren hadde jevnlig kontakt med behandlerne.

“Når jeg havnet i voksenpsykiatrien, så ble jo det at jeg hadde et nært forhold til min mamma ble endt opp med å bli brukt imot, det at jeg som 18-åring, det er unaturlig at jeg skal ha med min mamma i samtale, det blir så.. jeg er egentlig et barn fortsatt.” (Pasientdeltaker)

Fagpersoner om unge pasienter og konsekvenser for psykisk helse

Fagpersondeltakerne mente at overgangen fra BUP til PHV kan være problematisk. Likevel virket det som at de ikke hadde kunnskap om hvor problematisk overgangen faktisk kan være for unge pasienter. De fortalte at unge pasienter kan være redde og tilbaketrukne, men ingen av fagpersondeltakerne nevnte at overgangen kan ha en såpass negativ innvirkning på psykisk helse som pasientdeltakerne har fortalt om.

Fagpersondeltakerne hadde erfaring med at unge voksne ofte har lavere motivasjon for behandling og at noen unge voksne har droppet ut av behandling etter overgangen. De trakk frem relasjonsbrudd, tillitsvansker og for mye ansvarliggjøring som årsak til dette. I tillegg anerkjente fagpersondeltakerne viktigheten av pårørendearbeid i PHV, men at dette som regel gjøres på pasientens initiativ. Fagpersondeltakerne mente det ikke er like god kapasitet eller kultur for dette i PHV.

“Den overgangen der tror jeg kan bli vanskelig for mange for man opplever at de [unge pasienter] enten blir avvist eller ikke blir forstått, eller at det blir satt for store krav til en. Og at, at de rammene kan være vanskelig for mange. (...) For hvor man i barnefeltet ville

tatt inn foreldre og veiledet foreldre, så vil du i voksenfeltet heller be pasienten om å kommunisere på en annen måte til sine foreldre for å få den responsen, og om du ikke får den så vil du heller avskrive foreldre enn at man har mulighet til å ta inn foreldre til veiledning i voksenfeltet. Du er da mye mer avhengig av at de pårørende ønsker den veiledningen, og tips og råd. Og det er ikke en gang sikkert at du har rammene til å gi det.” (Psykolog)

Flere fagpersondeltakere trakk frem sårbarheten unge voksne har med tanke på alder og erfaring. Denne sårbarheten påvirker hvorvidt de har tillit til helsevesenet. En fagpersondeltaker med erfaring fra førstelinjen fortalte at mange unge voksne dropper ut av behandling grunnet vansker med å starte nye relasjoner.

”Fordi de [unge pasienter] har fått så god relasjon til den behandleren på BUP gjennom veldig mange år. Også blir den relasjonen brutt, også må de begynne på nytt igjen og starte opp en ny relasjon. Og vi har også mange brukere som har gått over i voksenpsykiatrien og da fått en ny behandler, og som finner ut at de orker ikke. De har prøvd, men finner ut at det er for vanskelig å skulle skape en relasjon helt på nytt. Så de dropper bare hele tilbudet.” (Sosionom)

Flere fagpersondeltakere fortalte at de tilnærmer seg pasienter med erfaring fra BUP på en annen måte enn med andre unge voksne. En fagpersondeltaker har erfaring med at mange unge pasienter er redde og føler seg alene når de er innlagt på sengepost, blant annet på grunn av eldre og syke pasienter, i tillegg til nye behandlingsrammer:

”[En tidligere pasient] sa jo det så godt at hun var rett og slett redd fordi det var veldig mange voksne med ulike lidelser på akkurat det tidspunktet og hun turte ikke komme ut. Hun ville at vi skulle følge henne ut (...) Den ene pasienten som sa at de følte seg veldig overlatt til seg selv, veldig alene, veldig annerledes. Og da måtte jo jeg, jeg tenkte at jeg måtte følge hun litt ekstra opp. At jeg måtte sitte litt mer inne, følge litt mer til måltid, sitte

under måltid eller så spiste ikke akkurat hun da." (Spesialvernepleier)

Behandlingssystem

Behandlingssystemet ble beskrevet som presset og overbelastet av deltakerne fra begge utvalg. Systemet bærer preg av lite samarbeid, manglende rutiner og store forskjeller i tilnærminger og arbeidskultur. Pasientdeltakerne har erfart systemene som adskilte. Dette kan handle om flere ting, og samtlige av pasientdeltakerne trakk frem faktorer som manglende samarbeid, forberedelse og forutsigbarhet. Dette ønsket de var mer til stede i overgangen.

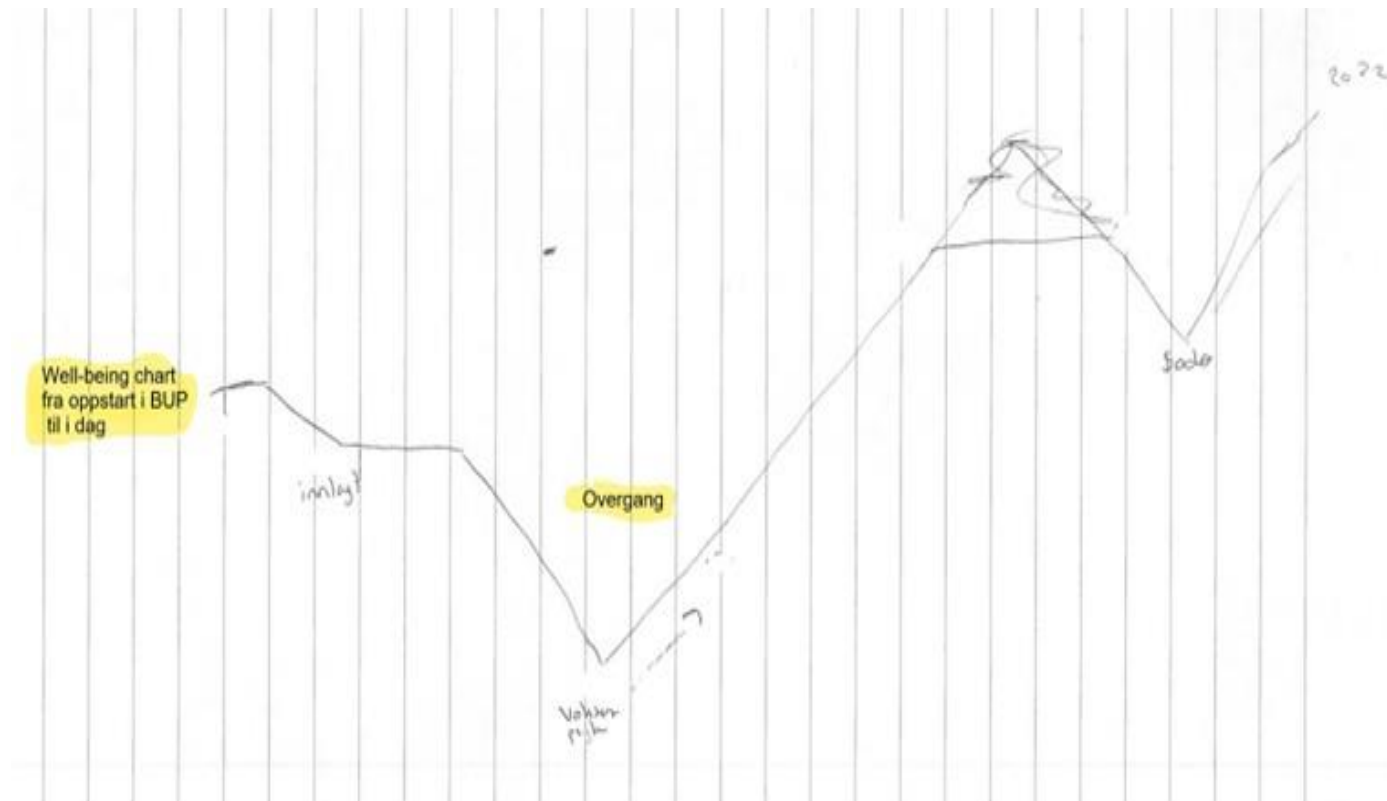
Forberedelse og forutsigbarhet

Flere pasientdeltakere opplevde at det ikke var noe forberedelse i det hele tatt før overgangen. Dette medførte at hele prosessen ble ustabil og utrygg. De ønsket at BUP begynte prosessen med overgangen tidligere, ga de mer ansvar i behandlingen, og at man fikk støtte fra BUP i overgangen. En pasientdeltaker opplevde tiden før overgangen som verst, noe hun viste tydelig i livslinjen (Figur 4). Hun beskrev et stort behov for oppfølging og trygging før overgangen, men opplevde å ikke bli møtt på dette behovet. Uforutsigbarheten bidro til mye bekymring og stress.

“Det å ikke ha en plan rundt det var det verste for min del, for jeg er en planlegger. Og det å ha den forutsigbarheten rundt seg. Å vite hva er det jeg skal forholde meg til? (...) For de sa bare at jeg ikke ble kastet ut før jeg ble 18. At jeg kunne gå der [BUP] til jeg fikk ny behandler [i PHV]. Men hvor lang tid kom det til å ta? All den uvissheten gjorde meg enda dårligere. Så følte jeg at det på en måte ble litt avfeid, min frykt med å skulle bli overført.”
(Pasientdeltaker)

Figur 4

Livslinje fra pasientdeltaker hvor tiden før overgangen var svært vanskelig



Note. Pasientdeltakeren har fylt inn “overgang” og “bytte behandler, VPP”, da disse hendelsene har hatt negativ innvirkning på hennes psykisk helse.

En pasientdeltaker hadde vært innlagt i ungdomsavdeling, og det ble bestemt tidlig at hun skulle overføres til voksenavdeling. Før overgangen gikk hun glipp av behandlingstilbud i over et halvt år fordi hun skulle overføres. Erfaringen med å vente så lenge var belastende for henne.

"Jeg fikk ikke lov å være med i en del sånn prosjekter eller ting som de startet opp med og sånn. Fordi at det ble allerede fra januar det året jeg skulle overføres, jeg ble overført i september.. august. Så ble det allerede snakk om at jeg skulle ut derifra.. sånn at det hang jo

over hele veien som et sånn der, som et stort spørsmålstegn. Og hvor skulle jeg da?"

(Pasientdeltaker)

Store forskjeller mellom BUP og PHV

Pasientdeltakerne erfarte store forskjeller mellom behandlingssystemene, både poliklinisk og ved innleggelser. Forskjellene var uventede, og ble beskrevet som et sjokk. Flere pasientdeltakere trakk frem aktivitetstilbud som eksempel. I BUP var det fokus på sunne aktiviteter som filmkveld og tur, mens det i PHV var få eller ingen aktivitetstilbud. Dette bidro til mye alenetid, som gjorde at pasientdeltakerne følte seg på oppbevaring eller som "et tall i loggen". Tre pasientdeltakere fortalte at de opplevde en lavere terskel for medisinbruk og innleggelser i PHV. En pasientdeltaker erfarte en markant økning i antall medisiner etter hun kom over til PHV.

"Jeg opplevde at det var litt sånn, okei du er litt trist, da setter vi deg på medisinen her, og du sover for lite så da får du den, også sover du for mye..." (Pasientdeltaker)

Samtlige pasientdeltakere hadde erfaring med innleggelser i PHV, og de fortalte om store kontraster mellom ungdomsavdeling og voksenavdeling. Tre pasientdeltakere mente det var mer genuin omsorg i BUP. I PHV opplevdes det som tilfeldig om de møtte noen som brydde seg. De beskrev en erfaring med at personal i PHV sjekket om du levde, men ellers ikke brydde seg. I voksenavdeling ble pasientdeltakerne i større grad overlatt til seg selv.

"Du får et helt annet forhold til pasientene dine når du jobber i voksenpsykiatrien enn når du jobber i barne- og ungdomspsykiatrien. Og jeg tror du bryr deg mindre. Det er i hvert fall min opplevelse som pasient. De som jobber i voksenpsykiatrien, bryr seg ikke så mye om de som er innlagt der. mens de som jobber i barne- og ungdomspsykiatrien, mange av de bryr seg. Hvert fall, det er opplevelsen da. at de virkelig bryr seg om deg, at de har lyst til at du skal ha det bra. Mens i voksenpsykiatrien så er det sånn.. du er en av resten av dem som ikke

takler livet." (Pasientdeltaker)

Samarbeid gir trygghet

Samtlige pasientdeltakere savnet samarbeid mellom behandlingssystemene. En form for samarbeid som ble nevnt var felles møter mellom behandlere i BUP, PHV og pasienten. Ingen av pasientdeltakerne opplevde felles møter mellom BUP og PHV, selv om de ønsket det. De fortalte at slike møter kunne bidratt til mer trygghet i overgangen, der man ble kjent med ny behandler før de kom til PHV. To pasientdeltakere mente dette ville bidratt til bedre informasjonsflyt og forberedelse for behandlingsrammene i PHV. På spørsmål om det var samarbeid før overgangen svarte en pasientdeltaker:

"Nei, ikke utenom det hun [behandler fra BUP] nærmest tvang de til. Vi prøvde jo å få til noen møter og sånt, men det vi fikk til svar var at det var ingen å ha møte med fordi jeg hadde jo ikke fått behandler (...) det var også det der med at hun [behandler fra BUP] ikke fikk kontakt med dem. Altså hun fikk ikke vite hvem hun skulle prate med og hvordan jeg skulle.. ja gjøre ting for å få ting til å skje." (Pasientdeltaker)

Alle pasientdeltakerne konkluderte med at samarbeid er viktig og at samarbeid kan legge til rette for en tryggere overgang som sikrer kontinuitet i behandlingen.

Eget tilbud for unge voksne

Pasientdeltakerne etterlyste et bedre tilbud for unge voksne i psykisk helsevern. De foreslo et eget døgn- eller poliklinisk tilbud for pasienter mellom 16-25 år, eller ekstra oppfølging i PHV. De formidlet et ønske om en mellomting av BUP og PHV, med spisskompetanse på ungdom og unge voksne. Dette kunne vært med å sikre mer kontinuitet i behandlingsforløpet. En pasientdeltaker fortalte:

"Samarbeidet mellom BUP og VPP [Voksenpsykiatrisk poliklinikk] kan være vanskelig, men enn hvis det hadde vært liksom noen som kunne vært bindeleddet mellom, det

tror jeg hadde vært veldig fint. For det var jo egentlig det jeg hadde rett og slett gjennom Utekontakten, som sto mellom der og hjalp til. Men det kunne jo ha vært noen som jobbet litt spesifikt med det da. Det tror jeg hadde vært veldig bra.” (Pasientdeltaker)

Når pasientdeltakerne reflekterte rundt egne tilbud for unge voksne, snakket de også om at et utvidet tilbud i BUP ikke nødvendigvis ville vært bedre. Ved å utsette overgangen til man blir eldre, vil det uansett bli en overgang. Kanskje burde man heller forbedre rutinene som allerede finnes.

“Om du får en sengepost fra man er 18-25, eller 18-23, så er det en overgang da også. Så man på en måte utsetter det litt, men det er derfor det heller er viktig å klare å gjøre den overgangen som allerede er fra du er 17 til 18 så god som mulig. Og også trygg som mulig.” (Pasientdeltaker)

Fagpersoner om behandlingssystemet

Fagpersondeltakerne påpekte at systemene burde ha mer kjennskap til hverandre. Forskjeller i diagnostisk kultur ble nevnt som en utfordring som kan føre til overraskelser for pasienten når de kommer til PHV. Fagpersondeltakerne foreslo felles kurs og møtedager slik at systemene får bedre kjennskap til hverandre og ulike arbeidsmetoder. To fagpersondeltakere fortalte at bedre kompetanse på barn i voksenpsykiatrien og motsatt ville vært hensiktsmessig. Det er også viktig at tilbud er skreddersydd til pasienten, da ikke alle pasienter ønsker for eksempel samarbeidsmøter. En fagpersondeltaker med erfaring fra både BUP og PHV mente en alternativ løsning for å sikre en god overgang, kan være å ha et eget tilbud for unge voksne.

“Jeg har jo noen tanker og meninger om at vi burde hatt en ungdomspoliklinikk eller for eksempel en poliklinikk fra 16-25 hvor man i større grad kunne hatt den fleksibiliteten og hvor man kan følge opp. For jeg tenker at det er sånn fra man i 16-årsalder, det her med

samtaleterapi, at man kanskje kan begynne å komme i gang med noe. Da er det veldig synd om man avslutter med en behandler når man er 18, også skal man få ny behandler og starte helt på nytt. At man kanskje ville klart og ivaretatt en del ting med å kunne fulgt dem opp så, så kontinuerlig.” (Psykolog)

Fagpersondeltakerne snakket også om forskjeller i arbeidsmetode, der fleksibilitet hos behandler ofte var et tema. En fagpersondeltaker fortalte at hun har opplevd at unge pasienter i PHV forventet at hun var mer aktiv som behandler, fordi behandlere på BUP tar mer ansvar i selve terapien. En annen fagpersondeltaker hadde erfaring med at unge pasienter ofte har nytte av å møtes andre steder enn på poliklinikken, men at behandlere i PHV er mindre fleksibel med å tilpasse dette.

”Min opplevelse er at fleksibiliteten til behandlerne er mye mindre [i PVH]. Ja, jeg synes, det virker ikke som at de er like fleksible som de på BUP, i forhold til møtetidspunkt eller hvor ofte man skal møtes. Det legges mer opp til at brukeren må komme dit psykologen er.” (Sosionom)

En fagpersondeltaker med erfaring fra både BUP og PHV beskrev forskjeller som også nevnes av pasientdeltakere, når det kommer til behandlingstilbud og tilnæringsmetode fra personal på sengeposter:

”Jeg vet at på Ungdomspsykiatrisk avdeling, der jeg jobbet før, så var det mer tilbud. Der var det slik at du [pasienter] kanskje fikk individuelle samtaler kanskje to ganger i uken med en psykolog. Også hadde du teamarbeid, også var du også på gruppe. I tillegg så hadde man kanskje innlemmet deg i Tvibit eller.. du hadde fulle timeplaner med masse ting å gjøre (...) Jeg opplever at de rundt [personal] kunne være litt strenge. På [voksen]avdelingen altså. At de var sånn, ja om de ikke vil ha det vi tilbyr på døgnavdeling, så vil de ikke ha det. Men det handler vel mest sannsynligvis ikke om det da. Det handler vel mer om at de [unge

pasienter] har en forventning, også må vi møte dem med litt mildere tilnærming enn vi ville gjort en voksen.” (Spesialsykepleier)

Det er ulike erfaringer fra fagpersondeltakerne omkring samarbeid. To uttalte at de aldri har opplevd noe form for samarbeid, mens to andre har deltatt på samarbeidsmøter eller har hørt om andre behandlere som har gjort dette i overgangen. Fagpersondeltakerne fortalte at det ikke er et formalisert samarbeid, men de mener det i større grad burde være det. En fagpersondeltaker som har opplevd samarbeid i overganger har erfart dette som positivt for alle parter.

“Det var et halvt år med, hvor jeg holdt noe kontakt der hun [pasienten] gradvis ble kjent med de behandlerne der [i PHV]. Og det opplevde jeg fungerte veldig bra for henne og for oss behandlere. Og.. ja. det var bra for henne å gjøre det på den måten.” (Psykolog)

Diskusjon

Denne studien belyser erfaringer med overgangen fra barne- og ungdomspsykiatri (BUP) til voksenpsykiatri (PHV), fra et førstepersonsperspektiv og et tredjepersonsperspektiv. Fortellingene fra pasientdeltakerne viser en sårbar gruppe som føler seg alene i møtet med PHV. De opplever seg selv som å fortsatt være et barn, men blir møtt som en selvstendig voksen av helsevesenet. Fagpersondeltakerne har et tredjepersonsperspektiv som i stor grad samsvarer med erfaringene fra pasientdeltakerne. Graden av negative konsekvenser med overgangen virker imidlertid mer ukjent for fagpersondeltakerne. Selv med ulike perspektiv er det felles enighet blant deltakerne om faktorer som er viktige for en god overgang. Våre funn viser at unge voksne synes overgangen fra BUP til PHV er brå, lite fleksibel og man har lite kontroll i prosessen rundt overgangen. Det blir et brudd i behandlingskontinuitet og forventninger til dem, samtidig som de selv opplever en kontinuitet i seg selv. Dette oppleves

utrygt for unge pasienter.

Overgangen som et brudd, ikke som en overgang

Pasientdeltakerne fortalte at begrepet overgang ikke var passende for deres erfaringer. De beskrev prosessen som en start og en avslutning, uten noe mellom. Overgangen fra BUP til PHV var med andre ord et brudd fremfor en kontinuitet i behandlingstilbud og oppfølging. Muran og Barber (2010) hevder at avslutning av terapi kan ses som det ultimate brudd i allianse, og om pasienten ikke er klar for avslutning kan dette forstyrre videre utvikling for personen. Når terapiavslutninger ikke planlegges nøye kan det føre til ubehag og gjøre skade for både behandler og pasient (Bamford & Akhurst, 2014).

Gil og Crenshaw (2016) argumenterer for “åpen dør-avslutning” som nyttig for unge med traumeerfaringer eller tilknytningsvansker. Dette innebærer at pasienten kan returnere til sin tidligere behandler ved behov. Slike avslutninger er mer fleksible, øker sannsynligheten for at pasienten søker hjelp senere, samt reduserer sorgfølelsen over å miste sin behandler (Gil & Crenshaw, 2016). Det er flere utfordringer med å gjennomføre dette i praksis, da bytte av arbeidssted og fulle pasientlister ikke er uvanlig. Men om “åpen dør-avslutninger” kan redusere følelsen av tap og sorg, faktorer som påvirker motivasjonen for behandling, kan dette være en mulighet som gjør overgangen enklere for unge pasienter.

Overganger i psykisk helsevern er sårbare, der sosial støtte og et sikkerhetsnett er særdeles viktig (Forchuk et al., 2013). Forskning viser at når dette ikke er på plass øker sannsynligheten for reinnleggelser ved voksenavdelinger (Forchuk et al., 2013; Vigod et al., 2013). Lite støtte kan blant annet bidra til mindre hjelpesøkende atferd, dårligere evne til å mestre påkjenninger og mer rusmisbruk, noe som igjen kan øke risiko for psykiske lidelser (Folkehelseinstituttet, 2015). Når overgangen mellom BUP og PHV oppleves som et brudd med lite sosial støtte, kan det i verste fall bidra til forverring av symptomtrykk og sykdom.

Dette er noe som fremkommer i våre funn, der samtlige pasientdeltakere forteller om behov for innleggelse i etterkant av overgangen.

Pragmatiske overganger versus juridisk styrte overganger

Det er overganger i alle faser av livet. Disse overgangene er ofte pragmatiske, der individet har nytte av overgangen. For eksempel når en begynner på nytt skoletrinn eller forlater yrkeslivet. Det skjer som regel ved tidspunkt hvor individet er beredt for dette, og med løsninger som kan tilpasses individet (Rambla & Kovacheva, 2021). Det er for eksempel ikke uvanlig for et individ å flytte tilbake til foreldre etter endt utdanning eller omskolere seg som godt voksen (Rambla & Kovacheva, 2021).

Ved overgang fra barnehage til barneskole er det mulighet for utsatt eller tidlig skolestart avhengig av barnets modenhetsnivå, der utsatt skolestart er mest vanlig (Gabrielsen & Lundetræ, 2017). Det samme gjelder for videregående opplæring, der normtiden for fullført skolegang kan variere mye. Opplæringen skal tilpasses den enkeltes behov, slik at mestring og videre arbeidsevne sikres. Det skal gis utvidet tid til skolegang, dersom eleven behøver det (NOU 2019: 25). Disse overgangene er av pragmatisk art, slik at barnet kan fungere etter beste evne.

Overgangen fra BUP til PHV virker derimot mindre individtilpasset og fleksibel. Den skjer når den unge blir myndig ved 18 år, og det er kun ved særlige tilfeller man kan beholde tilbudet i BUP etter myndighetsalder. Overgangen blir i større grad styrt av lover, og ikke hvor pragmatisk den er for den unge voksne.

Forskning har funnet flere faktorer som er viktige for gode overganger i livet. Et eksempel er pensjonisttilværelsen, som innebærer endring i identitet og sosialt samhold. Frivillig og planlagt pensjonsavgang har stor betydning for velvære etter overgangen, og opplevelse av kontroll og egen vilje er viktige faktorer for en vellykket overgang (Moffatt &

Heaven, 2017). Dette er faktorer som i liten grad er til stede under overgangen mellom BUP og PHV (Lockertsen et al., 2020a).

Alle overganger innenfor helsevesenet kan potensielt gjøre skade, både ved utskrivelse til førstelinjen, bytte avdeling eller bytte behandler (Markiewicz et al., 2020; Meld. St. 47 (2008-2009)). Fellesfaktoren med disse overgangene er et brudd i kontinuitet i behandling, der feilkommunikasjon og utrygghet ofte rammer pasienten (Kwan et al., 2013). I tillegg er det vanligvis lite samarbeid mellom instansene som kan føre til dårligere behandling og oppfølging av pasienten (Kripalani et al., 2007). Pasientdeltakernes erfaring med overgangen er jevnt over negativ, der alle beskriver ustabilitet og lite samarbeid mellom behandlingssystemene. Samhandlingsreformen om god pasientflyt og samarbeid på tvers av tjenestenivå er en prioritet i norsk helsevesen (Meld. St. 47 (2008-2009)). Prinsippene omkring et mer helhetlig pasientforløp er noe vi savner i overgangen fra BUP til PHV.

Mer fleksibilitet rundt tidspunkt for overgang

Lane og kolleger (2017) viser til at unge voksne er spesielt sårbare ved overganger, da det er mange endringer på samme tid som kan fungere som stressorer for psykisk uhelse. Det kan argumenteres for at en overgang basert på juridisk alder fremfor psykologisk alder blir for rigid og kunstig nettopp på grunn av høy sårbarhet og stor variasjon i aldersgruppen. Alderen fra 18-25 år kan beskrives som en "mellomperiode", en tid der man verken er barn eller voksen (Lowe et al., 2012). Studier viser at sjansen for traumatiske opplevelser er høyest i alderen 16-20 år (Hatch & Dohrenwend, 2007), og dette kan blant annet knyttes til viktige utviklingsoppgaver i denne tiden.

De fleste overganger i barn- og ungdomstid innebærer en kontinuitet på andre områder i livet, der man har støtte og nærhet fra familie, venner eller andre trygge voksne (Lane et al., 2017). Pasientene i BUP kan ha mangel på trygge voksne og stabile nettverk, og det er høy

prevalens av relasjonstraumer. Tilknytning til omsorgspersoner tidlig i livet har en sammenheng med hvordan man takler stressende overganger senere (Lane et al., 2017). Utrygg tilknytning øker sannsynligheten for overaktivering eller unngåelse, mens trygg tilknytning øker motstandskraft ved utfordringer. Stabilitet og sosial støtte er viktig for å unngå negative effekter på den psykiske helsen. Våre funn viser at overgangen har hatt en negativ innvirkning på pasientdeltakerne. Kanskje er de dårligere rustet for overganger nettopp på grunn av negative erfaringer.

Man vet med andre ord at denne alderen er en sårbar tid, og at overgangen fra BUP til PHV kan være svært krevende. Modenhetsnivå varierer mye, og diskrepansen mellom det å være myndig og det å være voksen kan dermed være stor. Det kan tenkes at overgangen bidrar til unødvendig stress og belastning på unge pasienter som fremfor alt er i behov av stabilitet og trygge rammer. Basert på dette bør overgangen for enkelte utsettes til en tid som ikke allerede bærer preg av store livsendringer, og hvor pasienten har de kognitive og sosiale forutsetningene som kreves i det voksne helsesystemet. Flere deltakere fra begge utvalg foreslo mer fleksibilitet og tilpassede behandlingstilbud for unge voksne.

Involvering av pårørende

Det er store forskjeller i hvordan BUP og PHV jobber med involvering av pårørende. I BUP er involvering av pårørende en selvfølge av både juridiske og utviklingsmessige årsaker, mens PHV i større grad vektlegger individrettet terapi (Kennair & Hagen, 2014). Forskning viser at involvering av pårørende kan redusere symptomtrykk på psykiske lidelser, redusere risiko for reinnleggelse på sykehus og øke motivasjon for behandling (Withnell & Murphy, 2012). En overvekt av deltakerne i pasientutvalget skulle ønske pårørende var mer involvert i PHV.

Å lytte til pasienters ønsker bidrar til mer autonomi, myndiggjøring og økt motivasjon

for behandling (Windle et al., 2020). Alle pasientdeltakerne erfarte at de fikk lavere motivasjon for behandling etter overgangen til PHV, og de opplevde en forverring i egen psykisk helse der de var i behov av innleggelse kort tid etter overgangen.

Involvering av pårørende kan bidra til mer støtte og trygghet, samt økt forståelse for pasientens lidelse (Aguilar-Raab et al., 2022). Involvering av pårørende vil oftest gagne både pasientens og de pårørendes psykiske helse (Ma et al., 2018). Reed (2020) poengterer at en felles forståelse av egne psykiske helseproblemer i samhandling med andre er positivt for tilhelingsprosessen. For unge pasienter kan involvering av pårørende være ekstra viktig for å hindre tilbakefall eller forverring av psykisk sykdom (Lane et al., 2017). Involvering av pårørende er altså svært viktig i både BUP og PHV.

Det kan være flere årsaker til at pårørende involveres mindre i PHV enn i BUP. En scoping review (Landeweer et al., 2017) fant at barrierer for involvering av pårørende kan være bekymringer hos pasienten, at familien ikke ønsker å involveres, at behandleren ikke opplever nok kompetanse på familiearbeid eller kulturelt stigma. Studien trekker også frem organisatoriske barrierer, som for eksempel for lite tid og andre arbeidsoppgaver (Landeweer et al., 2017). Våre funn viser at fagpersondeltakerne opplever slike utfordringer innad behandlingssystemet. Å utforske hvilke barrierer som hindrer pårørendeinvolvering kan bidra til bedre forståelse og samarbeid, og samtidig styrke det sosiale nettverket rundt den unge pasienten.

Behandlingssystemet fører til maktesløshet

Samtlige deltakere i denne studien mener behandlingssystemet ikke fungerer optimalt. Våre funn tyder på at fagpersondeltakernes forståelse samsvarer i stor grad med det pasientdeltakerne sier. De er pasientsentrerte og ønsker å yte god helsehjelp. Likevel opplever ikke pasientdeltakerne det slik, og de beskriver lite omsorg, dårlig oppfølging og en følelse av

å være alene i systemet. Kan det være at behandlingssystemet ikke er på akkord med fagpersoner, og at organisatoriske retningslinjer bidrar til maktesløshet og dårligere helsehjelp?

Veiledende råd omkring overgangen

Det foreligger i dag ingen spesifikke rutiner for hvordan overgangen mellom BUP og PHV skal foregå. Helsedirektoratet (2022) har derimot veiledende råd for hvordan overgangen kan bli vellykket. Disse rådene samsvarer med funn som har blitt gjort i denne studien. Tidlig forberedelse, samarbeid med nettverk og familie, samt felles møter med behandler fra både BUP og PHV er punkter som trekkes frem av helsedirektoratet. I tillegg bør overgangen skje i en rolig fase av sykdommen, og pasienten bør ha nødvendig kunnskap, kompetanse og egenomsorg til å kunne fungere i PHV. Basert på eksisterende litteratur og funn i denne studien er det mye som tyder på at rådene fra helsedirektoratet ikke følges. Pasientdeltakerne erfarer lite forberedelse, plutselige endringer og lite samarbeid i overgangen. Fagpersondeltakerne har inntrykk av at unge pasienter er engstelige, og ikke ivaretas tilstrekkelig i overgangen.

Det viser seg at program for å bedre overgangen fra barneavdelinger til voksenavdelinger har god effekt (Dunn, 2017; Nagra et al., 2015). Hensikten er å sikre at unge pasienter ikke overføres til voksenavdelinger for tidlig. En systematic review fant at program og kartleggingsverktøy kan bidra til at pasientenes behov ivaretas (Zhang et al., 2014). Videre forskning og eventuell utprøving av ulike intervensjoner vil være viktig for å forbedre rutiner rundt overgangsprosessen også innenfor psykisk helsevern.

Systemet tilrettelegger ikke for god helsehjelp

I spesialisthelsetjenesten opplever mange psykologer at de ikke får gitt pasientene god nok behandling (Kvittingen & Sømhovd, 2021). Norsk psykologforenings

medlemsundersøkelse fant at 23 prosent av psykologene må avslutte halvparten eller flere av pasientene for tidlig, og 32 prosent opplever at de ikke får dekt behovet for samhandling for halvparten eller flere av pasientene (Lauveng, 2021). Dette kan bidra til større belastning for pasientene, og gi dårligere prognoser, lengre behandlingsforløp og økt risiko for suicid (Lauveng, 2021).

Videre opplever 68 prosent av psykologene at de ikke bidrar til at pasientene deltar i utdanning eller arbeidsliv (Kvittingen & Sømhovd, 2021). Utenforskap og sosial isolering kan være alvorlig for de fleste, men kanskje spesielt for sårbare unge voksne i en etableringsfase. Gruppen med unge som er uføre på grunn av psykiske lidelser er økende, og det argumenteres for å satse mer på individtilpasset og fleksibel støtte uten tidsfrister (Batalden & Wahlstedt, 2020).

At psykologene ikke får utøvd god nok behandling er også en belastning for den enkelte psykolog. Når helsepersonell har lite kontroll i systemet, og føler på urettferdighet og maktesløshet på vegne av pasientene kan dette bidra til empatisk utmattelse (Killian, 2008). Stor arbeidsmengde, urettferdighet og lite kontroll kan på sikt føre til økt kynisme og emosjonell utbrenthet hos behandlere (Leiter & Maslach, 2004). Systemet kan med andre ord føre til en dehumanisering hos behandlere, som kan bidra til at pasientene ikke blir møtt på den måten de har behov for. Samtlige i pasientutvalget har erfart lite omsorg og empati fra både behandlere og miljøpersonell i BUP og PHV.

Styrker og begrensninger

Styrker

Denne studien har presentert funn fra rike og detaljerte fortellinger fra pasientdeltakerne om deres erfaring med psykisk helsevern. Deres unike erfaringer fra overgangen mellom BUP og PHV har bidratt til ny kunnskap om hvordan dette oppleves i det

norske helsesystemet, og har bekreftet funn fra internasjonal forskning. Pasientdeltakerne har erfaring med psykisk helsevern og overgangen til PHV fra ulike steder i landet, noe som vurderes som en styrke.

Fagpersondeltakernes uttalelser er basert på møter med tidligere pasienter, og for å få et helhetlig bilde ønsket vi bredde i erfaring og kompetanse. Dette bidro til nyanserte perspektiver, med fortellinger fra både BUP og PHV, samt poliklinikk, sengeposter og kommunale tjenester. Flere av fagpersondeltakerne hadde yrkeserfaring med både barn og voksne, noe som bidro til refleksjon og realistiske forbedringsforslag.

Ved å ha to utvalg med ulike erfaringer omkring overgangen har vi fått større dybde i informasjon og et rikere datamateriale. Bruken av livslinje har i tillegg bidratt til refleksjon og tydeligere oversikt over fortellingen til pasientdeltakerne.

Data i denne studien er basert på retrospektive fortellinger. Pasientdeltakerne vet hvordan det gikk, og kan dermed gjøre en vurdering av sin erfaring basert på dette. Fordelen med det valgte perspektivet er at vi kan vurdere hendelsene slik de fremstår i etterkant. Vi har derimot ikke tilgang til det objektive hendelsesforløpet.

Begrensninger

En begrensning ved denne studien er få pasientdeltakere. De vi har snakket med har lang erfaring i BUP og muligens et alvorlig sykdomsbilde som kan ha påvirket hvordan de opplevde overgangen. Det er uvisst om pasienter med mer alvorlig sykdomsbilde har høyere risiko for å oppleve utfordringer rundt overgangen. Andelen pasienter som erfarer overgangen som uproblematisk er også uvisst. Ideelt sett burde det vært flere deltakere med pasienterfaring.

Det var en overvekt av kvinnelige deltakere i studien. Basert på kjønnsfordelingen i helsevesenet er ikke dette overraskende, men det kunne vært interessant med flere mannlige

deltakere.

Fagpersondeltakerne hadde et tredjepersonsperspektiv, og det er viktig å være bevisst at deres tolkninger, holdninger og misoppfattelser kan virke inn på fortellingene.

Fagpersonenes uttalelser om overgangen og tolkninger av pasienter trenger ikke være korrekte. På grunn av dette var det viktig at fagpersondeltakerne fungerte som kommentatorer til det pasientdeltakerne fortalte.

En annen mulig begrensning med studien er hvordan livslinjen ble presentert for pasientdeltakerne. Det var ingen mal på hvordan de skulle illustrere psykisk helse over tid, men de fikk selv tegne opp på et blankt ark. Dette kan derimot også være en fordel ettersom pasientdeltakerne fikk styre visualiseringen selv, og livslinjen ikke ble påvirket av en mal.

Betydning for feltet

Pasientdeltakerne i studien har en unik erfaring, og det foreligger begrenset forskning i Norge på dette temaet. Ved å dele deres fortellinger og erfaringer fra overgangen ønsket vi å få frem det viktige pasientperspektivet de innehar. Dersom overgangen bidrar til skade og lidelse for pasienten er det svært viktig at deres perspektiv kommer frem. Vi ønsket å øke den generelle forståelsen om overgangen og hvor sårbart det kan være å begynne en ny behandlingsrelasjon for unge pasienter. Dersom overgangen bidrar til mer skade på pasienten, kan det tenkes at pasienten blir i behov av et enda mer omfattende helsetilbud. Dette er krevende da voksenpsykiatrien er overbelastet. Rutiner og retningslinjer må ta hensyn til de behov pasientene har. Videre kan mer kunnskap bidra til at klinikere og andre fagpersoner får økt kompetanse på hvordan man i større grad kan tilrettelegge og tilpasse behandling slik at den gagnar unge pasienter bedre.

Validitet og reliabilitet

I denne studien har pasientdeltakerne fortalt om erfaringer som går igjen i andre

studier, både nasjonalt og internasjonalt. Våre funn er knyttet opp mot foreliggende teorier og litteratur, og samsvarer i stor grad med eksisterende forskning. Dette taler for at generaliserbarheten og den eksterne validiteten er høy.

Det er likevel flere svakheter ved studien. Ved at det var få pasientdeltakere, kan det foreligge utvalgsbias. Pasientdeltakerne som har bidratt til prosjektet hadde alle negative erfaringer med overgangen. Det er likevel sannsynlig at det finnes individ med positive erfaringer, men at disse i mindre grad deltar i slike forskningsprosjekt. Funn fra denne studien representerer derfor nødvendigvis ikke alle unge voksne som har stått i overgangen. Dette bidrar til at den eksterne validiteten svekkes.

Den interne validiteten ble ivaretatt ved å holde prosjektet og dets fremstilling nøytral. Vi stilte åpne spørsmål i intervjuet og lot deltakerne fra begge utvalg snakke fritt. Det var viktig for oss å skape trygghet, slik at deltakerne var komfortable med å dele sine fortellinger. Dette ble gjort ved å informere grundig om studien, være åpne for spørsmål og presisere at deltakerne selv bestemte hva og hvor mye de ønsket å fortelle. Likevel kan vår begrensede intervjuerfaring ha virket inn. Våre forkunnskaper om at overgangen kan være problematisk kan også hatt påvirkning.

Ved kvalitative studier og analyser kan replikasjoner med like resultater være utfordrende. En grunn til dette er at forskerne kan ha innvirkning i forskningsprosessen (Kvale & Brinkman, 2015). Studiens reliabilitet har blitt styrket ved å gjøre forskningsprosess og analyse så transparent som mulig.

Avgrensninger

Formålet med prosjektet var å eksplorere individers erfaring med overgangen fra BUP til PHV. Noen tidligere studier på overganger har i tillegg intervjuet pårørendes erfaringer med overgangsprosessen. Da interessen for denne studien hovedsakelig var pasientdeltakernes

fortellinger, var intervju av pårørende ikke aktuelt.

Konklusjon

Deltakerne i studien bekrefter at overgangen fra BUP til PHV kan være utfordrende og problematisk. Pasientdeltakerne forteller at overgangen har hatt negative følger, blant annet brudd i behandlingen, forverring i selvopplevd psykisk helse og redusert motivasjon for behandling. Kanskje kunne dette vært unngått med mer planlegging, samarbeid og inkludering av pårørende. Pasientdeltakerne har behov for støtte og trygghet fra pårørende i en sårbar periode i livet, men PHV ser ikke ut til å ivareta dette. Fagpersondeltakerne mener også at inkludering av pårørende er viktig, men trekker frem manglende kultur og begrenset kapasitet for dette i PHV. Samtlige av deltakerne i studien trekker frem mangler på systemnivå, blant annet dårlig samarbeid mellom BUP og PHV.

Helsemyndighetenes råd for overgangen og pasientdeltakernes erfaringer samsvarer, men vår studie viser at disse rådene ikke har vært fulgt hos deltakerne i pasientutvalget. Vi anbefaler tydeligere retningslinjer som blir ivaretatt av behandlingssystemene for å sikre en tryggere overgang fra BUP til PHV. I tillegg bør et tettere samarbeid mellom BUP og PHV utvikles, for å øke kompetansen og ivareta behovene hos unge pasienter.

Denne studien kan danne grunnlag for videre studier i fremtiden. Det fremkommer tydelige svakheter omkring rutiner ved overgangen. Videre kartlegging av hvor mange som gjennomfører overgangen og deres erfaringer vil være sentral for videreutvikling av overganger i psykisk helsevern. Mulige programmer og kartleggingsverktøy bør utprøves og undersøkes videre.

Litteratur

- Aguilar-Raab, C., Georg, A. K., Al-Ameery-Brosche, I., Ditzen, B., Friederich, H.-C., Greve-Majdzadeh, M. & Herpertz, S. C. (2022). Psychosocial care concept for families with core or concomitant mental health problems; Interdisciplinary point of contact for children, couples and families in the Center for Psychosocial Medicine Heidelberg. *Psychotherapeut*, 67(1), 73. <https://doi.org/10.1007/s00278-021-00559-6>
- Amering, M., Mikus, M. & Steffen, S. (2012). *Recovery in Austria: Mental health triologue*. Abingdon, Oxfordshire, England.
- Andersen, A. J. W. & Braut, G. S. (2021, 27. januar). *Psykisk helsevern*. Store medisinske leksikon. https://sml.snl.no/psykisk_helsevern
- Anderson, C. & Kirkpatrick, S. (2016). Narrative interviewing. *International Journal of Clinical Pharmacy*, 38(3), 631-634. <https://doi.org/10.1007/s11096-015-0222-0>
- Andersson, H. W., Ose, S. O., Pettersen, I., Røhme, K., Sitter, M. & Ådnes, M. (2005). *Kunnskapsstatus om det samlede tjenestetilbudet for barn og unge* (STF78 A055025). SINTEF. https://www.sintef.no/globalassets/upload/helse/psykisk-helse/pdf-filer/rapport_03-05_kunnskapsstatus_barn_og_unge.pdf
- Bamford, J. & Akhurst, J. (2014). 'She's not going to leave me' - counsellors' feelings on ending therapy with children. *British journal of guidance & counselling*, 42(5), 459-471. <https://doi.org/10.1080/03069885.2014.907867>
- Barneombudet. (2020). *Jeg skulle hatt BUP i en koffert: En psykisk helsetjeneste tilpasset barn og unges behov*. Barneombudet. <https://www.barneombudet.no/uploads/documents/Publikasjoner/Fagrapporter/Jeg-skulle-hatt-BUP-i-en-koffert.pdf>
- Batalden, C. & Wahlstedt, A. (2020). Kjønn inn til psykisk helsevern - og en vei ut av uføret. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 57(11), 834-836. <https://psykologtidsskriftet.no/debatt/2020/11/koen-inn-til-psykisk-helsevern-og-en-vei-ut-av-uforet>
- Beaton, J. & Thielking, M. (2020). Chronic mistrust and complex trauma: Australian psychologists' perspectives on the treatment of young women with a history of childhood maltreatment. *Australian psychologist*, 55(3), 230-243. <https://doi.org/10.1111/ap.12430>

- Benjet, C., Borges, G. & Medina-Mora, M. E. (2010). Chronic childhood adversity and onset of psychopathology during three life stages: Childhood, adolescence and adulthood. *Journal of Psychiatric Research*, 44(11), 732-740.
<https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2010.01.004>
- Betz, C. L. & Coyne, I. T. (2020). *Transition from Pediatric to Adult Healthcare Services for Adolescents and Young Adults with Long-Term Conditions: An International Perspective on Nurses' Roles and Interventions*. Springer International Publishing AG.
<https://doi.org/10.1007/978-3-030-23384-6>
- Birkeland, M. S., Skar, A.-M. S. & Jensen, T. K. (2022). Understanding the relationships between trauma type and individual posttraumatic stress symptoms: a cross-sectional study of a clinical sample of children and adolescents. *The Journal of Child Psychology and Psychiatry*. <https://doi.org/https://doi.org/10.1111/jcpp.13602>
- Blakemore, S.-J. (2019). Adolescence and mental health. *The Lancet*, 393(10185), 2030-2031. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(19\)31013-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(19)31013-X)
- Boland, S., Byrne, A., De Jongh, C., Hackett, W. & O'Neill, S. (2022). Bringing families to the table: meaningful inclusion of families/significant others in adult eating disorder programmes. *Irish journal of Psychological Medicine*, 39(1), 89-96.
<https://doi.org/10.1017/ipm.2019.16>
- Bordin, E. S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research & Practice*, 16, 252-260.
<https://doi.org/10.1037/h0085885>
- Braun, V. & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative research in psychology*, 3(2), 77-101. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>
- Bremnes, R. & Indergård, P. J. (2021). *Aktivitetsdata for psykisk helsevern for barn og unge* (IS-2984). Helsedirektoratet.
https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/aktivitetsdata-for-psykisk-helsevern-for-barn-og-unge/Aktivitetsdata%20for%20psykisk%20helsevern%20for%20barn%20og%20unge%202020.pdf/_/attachment/inline/5988a2e7-c768-420a-a414-9fc5d30016ae:6cebe8f60add1f500460180dc7b46a03ae90d9a1/Aktivitetsdata%20psykisk%20helsevern%20for%20barn%20og%20unge%202020.pdf

- Broad, K. L., Sandhu, V. K., Sunderji, N. & Charach, A. (2017). Youth experiences of transition from child mental health services to adult mental health services: a qualitative thematic synthesis. *BMC Psychiatry*, 17(1), 380.
<https://doi.org/10.1186/s12888-017-1538-1>
- Brofoss, K. E. & Larsen, F. (2009). *Evaluering av Opptrappingsplanen for psykisk helse (2001-2009)*. Norges Forskningsråd.
<https://www.forskningsradet.no/siteassets/publikasjoner/1248431256883.pdf>
- Braarud, H. C. & Nordanger, D. Ø. (2011). Kompleks traumatisering hos barn: En utviklingspsykologisk forståelse. *Psykologtidsskriftet*, 48(10), 968-972.
<https://psykologtidsskriftet.no/fagartikkel/2011/10/kompleks-traumatisering-hos-barn-en-utviklingspsykologisk-forstaelse>
- Campbell, A. F. & Simmonds, J. G. (2011). Therapist perspectives on the therapeutic alliance with children and adolescents. *Counselling psychology quarterly*, 24(3), 195-209.
<https://doi.org/10.1080/09515070.2011.620734>
- Chan, V. & Derenne, J. (2021). *Transition-age youth mental health care : bridging the gap between pediatric and adult psychiatric care*. Springer.
- Cleverley, K., Bennett, K. & Jeffs, L. (2016). Identifying process and outcome indicators of successful transitions from child to adult mental health services: protocol for a scoping review. *BMJ Open*, 6(7), e012376. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2016-012376>
- Copeland, W. E., Shanahan, L., Davis, M., Burns, B., Angold, A. & Costello, E. J. (2015). Untreated Psychiatric Cases increase during the Transition to Adulthood. *Psychiatric services*, 66(4), 397-403. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201300541>
- Davis, D. D. (2019). *Terapiterminering : en faglig veileder for positive terapiavslutninger* (E. Haukeland, Overs.). Gyldendal.
- Den Norske Legeforening. (2019). *Veileder i BUP*. Norsk barne- og ungdomspsykiatrisk forening.
<https://www.legeforeningen.no/contentassets/308e31a34fb84ab59b7fe2cd0159c476/bup-med-innholdsfortegnelse-nt010719.pdf>
- Dube, S. R., Felitti, V. J., Dong, M., Giles, W. H. & Anda, R. F. (2003). The impact of adverse childhood experiences on health problems: evidence from four birth cohorts dating back to 1900. *Preventive Medicine*, 37(3), 268-277.
[https://doi.org/https://doi.org/10.1016/S0091-7435\(03\)00123-3](https://doi.org/https://doi.org/10.1016/S0091-7435(03)00123-3)

- Dunn, V. (2017). Young people, mental health practitioners and researchers co-produce a Transition Preparation Programme to improve outcomes and experience for young people leaving Child and Adolescent Mental Health Services (CAMHS). *BMC Health Services Research*, 17(1), 293. <https://doi.org/10.1186/s12913-017-2221-4>
- Espenes, L. (2010). *Traumer og posttraumatiske stressreaksjoner hos barn og unge* [Hovedoppgave, Universitetet i Oslo]. DUO Vitenarkiv. https://www.duo.uio.no/bitstream/handle/10852/17907/Oppgaven_endeligversjon.pdf?sequence=1
- Estroff, S. E. (2003). *Subject/Subjectivities in Dispute: The Poetics, Politics, and Performance of First-Person Narratives of People with Schizophrenia*. Cambridge University Press. <https://doi.org/10.1017/CBO9780511616297.014>
- Fegran, L., Hall, E. O. C., Uhrenfeldt, L., Aagaard, H. & Ludvigsen, M. S. (2014). Adolescents' and young adults' transition experiences when transferring from paediatric to adult care: A qualitative metasynthesis. *International Journal of Nursing Studies*, 51(1), 123-135. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2013.02.001>
- Folkehelseinstituttet. (2015, 11. mai). *Fakta om sosial støtte og ensomhet*. <https://www.fhi.no/fp/psykiskhelse/psykiskelidelser/sosial-stotte-og-ensomhet---faktaar/>
- Forchuk, C., Martin, M. L., Jensen, E., Ouseley, S., Sealy, P., Beal, G., Reynolds, W. & Sharkey, S. (2013). Integrating an evidence-based intervention into clinical practice: 'transitional relationship model'. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 20(7), 584-594. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2850.2012.01956.x>
- Frydman, J. S. & Mayor, C. (2017). Trauma and Early Adolescent Development: Case Examples from a Trauma-Informed Public Health Middle School Program. *Children & schools*, 39(4), 238-247. <https://doi.org/10.1093/cs/cdx017>
- Gabrielsen, E. & Lundetræ, K. (2017). Indikerer de norske PIRLS-resultatene et behov for å justere retningslinjene for skolestartsalder? I E. Gabrielsen (Red.), *Klar fremgang!: Lesferdighet på 4. og 5. trinn i et femtenårsperspektiv*. Universitetsforlaget. <https://www.idunn.no/doi/10.18261/9788215030258-2017-12>
- Gil, E. & Crenshaw, D. A. (2016). *Termination challenges in child psychotherapy*. The Guilford Press.

- Gustavson, K., Knudsen, A. K., Nesvåg, R., Knudsen, G. P., Vollset, S. E. & Reichborn-Kjennerud, T. (2018). Prevalence and stability of mental disorders among young adults: findings from a longitudinal study. *BMC Psychiatry*, 18(1), 65.
<https://doi.org/10.1186/s12888-018-1647-5>
- Hatch, S. L. & Dohrenwend, B. P. (2007). Distribution of Traumatic and Other Stressful Life Events by Race/Ethnicity, Gender, SES and Age: A Review of the Research. *American Journal of Community Psychology*, 40(3-4), 313-332.
<https://doi.org/https://doi.org/10.1007/s10464-007-9134-z>
- Helsedirektoratet. (2008). *Veilder for poliklinikker i psykisk helsevern for barn og unge*.
<https://www.nb.no/items/ee89ebb6b3d7678ca6a1fa276160fae4?searchText=oaiid:%20oai:nb.bibsys.no:990825463124702202%22>
- Helsedirektoratet. (2015). *Prioriteringsveileder - 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. (2022, 30. september). *Psykiske lidelser - voksne. Generell informasjon*. .
<https://www.helsedirektoratet.no/nasjonale-forlop/psykiske-lidelser-voksne/generell-informasjon>
- Helsenorge. (2022, 22. august). *Psykisk helsehjelp for voksne*.
<https://www.helsenorge.no/psykisk-helse/psykisk-helsehjelp-for-voksne/>
- Høffding, S. & Martiny, K. (2016). Framing a phenomenological interview: what, why and how. *Phenomenology and the cognitive sciences*, 15(4), 539-564.
<https://doi.org/10.1007/s11097-015-9433-z>
- Idsoe, T., Dyregrov, A. & Idsoe, E. C. (2012). Bullying and PTSD symptoms. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 40, 901-911.
<https://doi.org/https://doi.org/10.1007/s10802-012-9620-0>
- Jimenez, L., Hidalgo, V., Baena, S., Leon, A. & Lorence, B. (2019). Effectiveness of Structural-Strategic Family Therapy in the Treatment of Adolescents with Mental Health Problems and Their Families. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(7), 1255. <https://doi.org/10.3390/ijerph16071255>
- Kennair, L. E. O. & Hagen, R. (2014). *Psykoterapi : tilnærminger og metoder*. Gyldendal akademisk.

- Kiger, M. E. & Varpio, L. (2020). Thematic analysis of qualitative data: AMEE Guide No. 131. *Medical Teacher*, 42(8), 846-854.
<https://doi.org/10.1080/0142159X.2020.1755030>
- Killian, K. D. (2008). Helping till it hurts? A multimethod study of compassion fatigue, burnout, and self-care in clinicians working with trauma survivors. *Traumatology*, 14, 32-44. <https://doi.org/10.1177/1534765608319083>
- Kripalani, S., LeFevre, F., Phillips, C. O., Williams, M. V., Basaviah, P. & Baker, D. W. (2007). Deficits in Communication and Information Transfer Between Hospital-Based and Primary Care Physicians: Implications for Patient Safety and Continuity of Care. *JAMA*, 297(8), 831-841. <https://doi.org/10.1001/jama.297.8.831>
- Kvale, S. & Brinkman, S. (2015). *Det kvalitative forskningsintervju* (3. utg.). SAGE publications.
- Kvittingen, I. & Sømhovd, M. J. (2021, 2. juli). *Slik opplever psykologer mulighetene for å hjelpe pasienter*. Norsk psykologforening.
<https://www.psykologforeningen.no/medlem/medlemsnytt/slik-opplever-psykologer-mulighetene-for-aa-hjelpe-pasienter>
- Kwan, J. L., Lo, L., Sampson, M. & Shojania, K. G. (2013). Medication Reconciliation During Transitions of Care as a Patient Safety Strategy A Systematic Review. *Annals of Internal Medicine*, 158(5), 397-403. <https://doi.org/10.7326/0003-4819-158-5-201303051-00006>
- Lambert, M. J. & Barley, D. E. (2001). Research summary on the therapeutic relationship and psychotherapy outcome. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 38, 357-361. <https://doi.org/10.1037/0033-3204.38.4.357>
- Landeweer, E., Molewijk, B., Hem, M. H. & Pedersen, R. (2017). Worlds apart? A scoping review addressing different stakeholder perspectives on barriers to family involvement in the care for persons with severe mental illness. *BMC Health Services Research*, 17(1), 349. <https://doi.org/10.1186/s12913-017-2213-4>
- Lane, J. A., Leibert, T. W. & Goka-Dubose, E. (2017). The Impact of Life Transition on Emerging Adult Attachment, Social Support, and Well - Being: A Multiple - Group Comparison. *Journal of counseling and development*, 95(4), 378-388.
<https://doi.org/10.1002/jcad.12153>

- Lauveng, A. (2021, 18. juni). *Psykologer opplever at de ikke har gode nok rammer til å gi god hjelp*. Norsk psykologforening.
<https://www.psykologforeningen.no/foreningen/aktuelt/aktuelt/psykologer-opplever-at-de-ikke-har-gode-nok-rammer-til-aa-gi-god-hjelp>
- Leiter, M. P. & Maslach, C. (2004). Areas of worklife: A structured approach to organizational predictors of job burnout. I P. L., Perrewe & D. C., Ganster (Red.), *Emotional and physiological processes and positive intervention strategies*. Emerald Group Publishing Limited.
- Lezak, M. D., Howieson, D. B., Bigler, E. D. & Tranel, D. (2012). *Neuropsychological assessment* (5. utg.). Oxford University Press.
- Lockertsen, V., Nilsen, L., Holm, L. A. W., Rø, Ø., Burger, L. M. & Røssberg, J. I. (2020a). 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(1), 37. <https://doi.org/10.1186/s40337-020-00313-4>
- Lockertsen, V., Nilsen, L., Holm, L. A. W., Rø, Ø., Burger, L. M. & Røssberg, J. I. (2020b). Mental health professionals' experiences transitioning patients with anorexia nervosa from child/adolescent to adult mental health services: a qualitative study. *BMC Health Services Research*, 20(1), 891. <https://doi.org/10.1186/s12913-020-05740-2>
- Lowe, S. R., Dillon, C. O., Rhodes, J. E. & Zwiebach, L. (2012). Defining Adult Experiences: Perspectives of a Diverse Sample of Young Adults. *Journal of Adolescent Research*, 28(1), 31-68. <https://doi.org/10.1177/0743558411435854>
- Ma, C. F., Chien, W. T. & Bressington, D. T. (2018). Family intervention for caregivers of people with recent - onset psychosis: A systematic review and meta - analysis. *Early Interv Psychiatry*, 12(4), 535-560. <https://doi.org/10.1111/eip.12494>
- Markiewicz, O., Lavelle, M., Lorencatto, F., Judah, G., Ashrafian, H. & Darzi, A. (2020). Threats to safe transitions from hospital to home: a consensus study in North West London primary care. *British Journal of General Practice*, 70(690), 9-19.
<https://doi.org/10.3399/bjgp19X707105>
- McGaw, V. E. & Reupert, A. E. (2022). "Do Not Talk About That Stuff": Experiences of Australian Youth Living With a Veteran Parent With PTSD. *Traumatology*, 28(1), 24-30. <https://doi.org/10.1037/trm0000317>

- McLaren, S., Belling, R., Paul, M., Ford, T., Kramer, T., Weaver, T., Hovish, K., Islam, Z., White, S. & Singh, S. P. (2013). 'Talking a different language': an exploration of the influence of organizational cultures and working practices on transition from child to adult mental health services. *BMC Health Services Research*, 13, 254.
<https://doi.org/10.1186/1472-6963-13-254>
- McLeod, K. (2014). Orientating to Assembling: Qualitative Inquiry for More-Than-Human Worlds. *International Journal of Qualitative Methods*, 13(1), 377-394.
<https://doi.org/10.1177/160940691401300120>
- Meld. St. 21 (1998-99). *Ansvar og meistring*. Sosial- og helsedepartementet.
<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stmeld-nr-21-1998-99-/id431037/>
- Meld. St. 47 (2008-2009). *Samhandlingsreformen - Rett behandling - på rett sted - til rett tid*. Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stmeld-nr-47-2008-2009-/id567201/?ch=1>
- Modum bad. (2022). *Fakta om traume*. Hentet 16. mars fra <https://www.modumbad.no/behandling/traume/fakta/>
- Moffatt, S. & Heaven, B. E. N. (2017). 'Planning for uncertainty': narratives on retirement transition experiences. *Ageing and Society*, 37(5), 879-898.
<https://doi.org/10.1017/S0144686X15001476>
- Muran, J. C. & Barber, J. P. (2010). *The Therapeutic Alliance: An Evidence-Based Guide to Practice*. New York: Guilford Publications.
- Nagra, A., McGinnity, P. M., Davis, N. & Salmon, A. P. (2015). Implementing transition: Ready Steady Go. *Archives of disease in childhood – Education and practice*, 100(6), 313. <https://doi.org/10.1136/archdischild-2014-307423>
- Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress. (2022, 17. august). *Barn og traumer*. Hentet 1. september fra <https://www.nkvts.no/trinnvis-tf-cbt/barn-og-traumer/>
- NOU 2019: 25. (2019). *Med rett til å mestre — Struktur og innhold i videregående opplæring*. Kunnskapsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2019-25/id2682947/>
- O'Keeffe, S., Martin, P., Goodyer, I. M., Wilkinson, P., Consortium, I. & Midgley, N. (2018). Predicting dropout in adolescents receiving therapy for depression. *Psychotherapy Research*, 28(5), 708-721. <https://doi.org/10.1080/10503307.2017.1393576>

- Obegi, J. H. (2008). The development of the client-therapist bond through the lens of attachment theory. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 45(4), 431-446. <https://doi.org/10.1037/a0014330>
- Ormhaug, S. M., Jensen, T. K., Hukkelberg, S. S., Holt, T. & Egeland, K. (2012). Traumer hos barn – blir de gjemt eller glemt? Kartlegging av traumatiske erfaringer hos barn og unge henvist til BUP. *Psykologtidsskriftet*, 49(3), 234-240.
- Ottersen, I. H. (2005). Syv år med Opptrappingsplanen for psykisk helse - hvor står vi? *Samfunnsspeilet* 19(5), 16-21.
<https://www.ssb.no/a/samfunnsspeilet/utg/200505/ssp.pdf>
- Patlak, M. (2014). *Strategies for scaling effective family-focused preventive interventions to promote children's cognitive, affective, and behavioral health : a workshop summary*. National Academies Press.
- Peper, J. S. & Dahl, R. E. (2013). The Teenage Brain: Surging Hormones-Brain-Behavior Interactions During Puberty. *Current Directions in Psychological Science*, 22(2), 134-139. <https://doi.org/10.1177/0963721412473755>
- Prop. 63 (1997-1998). (*Om opptrappingsplan for psykisk helse 1999 - 2006 Endringer i statsbudsjettet for 1998*. Helse- og omsorgsdepartementet.
<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stprp-nr-63-1997-98-/id201915/?ch=1>
- QSR International. (2022, 14. November). *NVivo*. <https://www.qsrinternational.com/nvivo-qualitative-data-analysis-software/home>
- Rambla, X. & Kovacheva, S. (2021). Constructing meaningful transitions in a vulnerable situation-The role of lifelong learning policies in European regions. *International journal of social welfare*. <https://doi.org/10.1111/ijsw.12505>
- Reed, N. P. (2020). *Personal Recovery - Unique and Collective Exploring Enacted Narratives of Mental Health Recovery in Everyday Life* [doktoravhandling, NTNU]. NTNU Open.
- Regjeringen. (2022, 6. april). *Opptrappingsplan for psykisk helse*.
<https://www.regjeringen.no/no/aktuelt/opptrappingsplan-psykisk-helse/id2907606/>
- Reigstad, B., Jørgensen, K. & Wichstrøm, L. (2006). Diagnosed and self-reported childhood abuse in national and regional samples of child and adolescent psychiatric patients: Prevalences and correlates. *Nordic journal of psychiatry*, 60, 58-66.
<https://doi.org/10.1080/08039480500504933>

- Riksrevisjonen. (2021). *Riksrevisjonens undersøkelse av psykiske helsetjenester (3:13 (2020–2021))*. Riksrevisjonen.
<https://www.riksrevisjonen.no/globalassets/rapporter/no-2020-2021/psykiske-helsetjenester.pdf>
- Roest, J. J., Van der Helm, G. H. P. & Stams, G. J. J. M. (2016). The Relation Between Therapeutic Alliance and Treatment Motivation in Residential Youth Care: A Cross-Lagged Panel Analysis. *Child & adolescent social work journal*, 33(5), 455-468.
<https://doi.org/10.1007/s10560-016-0438-4>
- Rowe, J. (2012). Great expectations: a systematic review of the literature on the role of family carers in severe mental illness, and their relationships and engagement with professionals. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 19(1), 70-82.
<https://doi.org/10.1111/j.1365-2850.2011.01756.x>
- Ryan, K., Lane, S. J. & Powers, D. (2017). A multidisciplinary model for treating complex trauma in early childhood. *International Journal of Play Therapy*, 26, 111-123.
<https://doi.org/10.1037/pla0000044>
- Selwyn, C. N., Lathan, E. C., Richie, F., Gigler, M. E. & Langhinrichsen-Rohling, J. (2021). Bitten by the System that Cared for them: Towards a Trauma-Informed Understanding of Patients' Healthcare Engagement. *Journal of Trauma and Dissociation*, 22(5), 636-652. <https://doi.org/10.1080/15299732.2020.1869657>
- Sharf, J., Primavera, L. H. & Diener, M. J. (2010). Dropout and therapeutic alliance: a meta-analysis of adult individual psychotherapy. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 47(4), 637-645. <https://doi.org/10.1037/a0021175>
- Sholokhova, S. (2022). Phenomenological interviews in learning and teaching phenomenological approach in psychiatry. *Phenomenology and the cognitive sciences*, 21(1), 121-136. <https://doi.org/10.1007/s11097-021-09798-z>
- Singh, S. P., Paul, M., Ford, T., Kramer, T., Weaver, T., McLaren, S., Hovish, K., Islam, Z., Belling, R. & White, S. (2010). Process, outcome and experience of transition from child to adult mental healthcare: multiperspective study. *The British Journal of Psychiatry*, 197(4), 305-312. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.109.075135>
- Singh, S. P. & Tuomainen, H. (2015). Transition from child to adult mental health services: needs, barriers, experiences and new models of care. *World Psychiatry*, 14(3), 358-361. <https://doi.org/10.1002/wps.20266>

- Skomedal, G. (2010). *Pårørende i voksenpsykiatrisk poliklinikk. En kvalitativ studie om pårørende i spesialisthelsetjenesten*. [Masteroppgave, Diakonhjemmet Høgskole]. VID:Open.
- Skårderud, F. & Sommerfeldt, B. (2008). Mentalisation- a new theoretical and therapeutical concept. *Tidsskrift for Den Norske Legeforening*, 128(9), 1066-1069.
- Stebbins, R. A. (2001). *Exploratory research in the social sciences*. SAGE.
- Stefansen, K. & Mossige, S. (2016). *Vold og overgrep mot barn og unge. Omfang og utviklingstrekk 2007 - 2015*. Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring. https://oda.oslomet.no/oda-xmlui/bitstream/handle/20.500.12199/5104/Vold-og-overgrep-mot-barn-og-ung-NOVA-Rapport-5-16-web.pdf?sequence=1&isAllowed=y&fbclid=IwAR2mr4jYDTEgX1Ay48wo5e9X9sH_uvMRRuajv34GxkfcW4hVbjTqnT_-qBU
- Torvik, F. A. & Rognmo, K. (2011). *Barn av foreldre med psykiske lidelser eller alkoholmisbruk: omfang og konsekvenser*. Folkehelseinstituttet. <https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2011/rapport-20114-pdf.pdf>
- Ullsperger, J. M. & Nikolas, M. A. (2017). A meta-analytic review of the association between pubertal timing and psychopathology in adolescence: Are there sex differences in risk? *Psychological Bulletin*, 143, 903-938. <https://doi.org/10.1037/bul0000106>
- Umberson, D. & Thomeer, M. B. (2020). Family Matters: Research on Family Ties and Health, 2010 to 2020. *Journal of Marriage and Family*, 82(1), 404-419. <https://doi.org/10.1111/jomf.12640>
- Vigod, S. N., Kurdyak, P. A., Dennis, C.-L., Leszcz, T., Taylor, V. H., Blumberger, D. M. & Seitz, D. P. (2013). Transitional interventions to reduce early psychiatric readmissions in adults: systematic review. *The British Journal of Psychiatry*, 202(3), 187-194. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.112.115030>
- Windle, E., Tee, H., Sabitova, A., Jovanovic, N., Priebe, S. & Carr, C. (2020). Association of Patient Treatment Preference With Dropout and Clinical Outcomes in Adult Psychosocial Mental Health Interventions: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Psychiatry*, 77(3), 294-302. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2019.3750>
- Withnell, N. & Murphy, N. (2012). *Family interventions in mental health*. McGraw-Hill.

Wormnes, B. (2013). *Behandling som virker; Relasjonens, alliansens og kontekstens betydning*. Cappelen Damm.

Zhang, L. F., Ho, J. S. W. & Kennedy, S. E. (2014). A systematic review of the psychometric properties of transition readiness assessment tools in adolescents with chronic disease. *BMC Pediatrics*, 14(4). <https://doi.org/10.1186/1471-2431-14-4>

Aarø, L. E. (2015, 19. februar). *Fakta om mobbing blant barn og unge*. Folkehelseinstituttet. <https://www.fhi.no/fp/oppvekst/fakta-om-mobbing-blant-barn-og-unge/>

Vedlegg 1
Samtykkeskjema for pasientutvalg



UiT Norges arktiske universitet

VIL DU DELTA I FORSKNINGSPROSJEKTET
PLUTSELIG VOKSEN -
EN KVALITATIV STUDIE OM PASIENTERS OG
FAGPERSONERS ERFARING MED OVERGANGEN
FRA BARNE- OG UNGDOMSPSYKIATRI TIL
VOKSENPSYKIATRI

FORMÅLET MED PROSJEKTET OG HVORFOR DU BLIR SPURT

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt for å undersøke overgangen fra barne- og ungdomspsykiatrien til voksenpsykiatrien. Vi vet at mange utvikler et tillitsforhold til sin terapeut over tid. Formålet med studiet er å undersøke unge voksnes erfaring med overgangen fra BUP. Vi ønsker å høre om din personlige erfaring om hvordan dette var for deg. Vi er også interessert i å høre om hvordan denne situasjonen har preget deg og hva du tenker om dette i dag. I tillegg ønsker vi å identifisere faktorer som kan bidra til å gjøre denne overgangen så god og trygg som mulig. Dine erfaringer om dette er viktige for å forstå hvordan det er for unge voksne å stå i denne overgangen.

Vi ønsker derfor å komme i kontakt med deg som er mellom 18-40 år som tidligere har vært til behandling på BUP, og som fikk tilbud om videre behandling i voksenpsykiatrien fordi du ble myndig. Prosjektet er en hovedoppgave i profesjonsstudiet i psykologi. Vi er to studenter som gjennomfører prosjektet under veiledning som del av vår utdanning ved UiT - Norges Arktiske Universitet.

HVA INNEBÆRER PROSJEKTET FOR DEG?

Undersøkelsen vil bestå av et intervju, og resultatene blir anonymisert og presentert i en rapport som skal leveres som vår hovedoppgave i løpet av høsten 2022. Intervjuet varer normalt mellom 45 og 90 minutter og det blir tatt lydopptak av intervjuet.

I prosjektet vil vi innhente og registrere opplysninger om deg. Disse opplysningene innebærer navn, adresse, telefonnummer og alder. Intervjuet blir dermed transkribert for analyse, og lydopptaket blir deretter slettet. Vi vil stille deg spørsmål om hvordan det var å være pasient på BUP og hvordan dette skilte seg fra å være i behandling på PHV etter en eventuell overgang. Vi vil stille deg spørsmål om relasjonen til din behandler, hvordan overgangen opplevdes, samt høre om hva som kunne vært gjort annerledes i forbindelse med overgangen. Dine erfaringer er viktige for oss for å få frem styrker og svakheter ved denne prosessen.

MULIGE FORDELER OG ULEMPER

Det er ingen umiddelbare fordeler for deg å delta i dette. Det er dog en mulighet for å få delt erfaringer, tanker og meninger som kan bidra til mer kunnskap om hvordan overgangen fra BUP kan oppleves. Dette er dermed en god mulighet til å sette søkelys på hva som fungerer bra og hva som eventuelt fungerer mindre bra. Intervjuet kan ta opptil 1,5 time av din tid. Noen kan oppleve intervjusituasjonen som ubehagelig. Du velger selv hva du vil svare på og vi vil selvsagt ta hensyn til det.

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 hvis du ikke vil delta eller senere velger å trekke deg. Det vil heller ikke ha noen form for konsekvenser dersom du er i eventuell behandling eller i påvente av dette. Dersom du trekker tilbake samtykket, vil det ikke forskes videre på dine opplysninger. Du kan også kreve at dine opplysninger i prosjektet slettes. Adgangen til å kreve sletting eller utlevering gjelder ikke dersom 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 prosjektleder (se kontaktinformasjon på siste side).

HVA SKJER MED OPPLYSNINGENE OM DEG?

Opplysningene som registreres om deg skal kun brukes slik som beskrevet under formålet med prosjektet. Opplysningene vil inngå i en avsluttende hovedoppgave som leveres høsten 2022. Eventuelle utvidelser i bruk og oppbevaringstid kan kun skje etter godkjenning fra relevante myndigheter. Du har rett til innsyn i hvilke opplysninger som er registrert om deg og rett til å få korrigert 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 gjenkjennende opplysninger. En kode knytter deg til dine opplysninger gjennom en navneliste. Det er kun prosjektleder og intervjuere som har tilgang til denne listen. Opplysningene om deg vil bli anonymisert, og det vil ikke være mulig for andre å spore informasjonen tilbake til deg.

Publisering av resultater kan bli aktuelt. All publisering vil bli gjort slik at enkeltdeltakere ikke skal kunne gjenkjennes, men vi plikter å informere deg om at vi ikke kan utelukke at det kan skje.

Etter at forskningsprosjektet er ferdig, vil opplysningene om deg bli oppbevart i fem år av kontrollhensyn.

GODKJENNINGER

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke. På oppdrag fra Universitetet i Tromsø – Norges Arktiske Universitet har personverntjenesten Sikt – Kunnskapssektorens tjenesteleverandør, vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket. Saksnr: 632107

Universitetet i Tromsø – Norges Arktiske Universitet og prosjektleder Geir Fagerjord Lorem er ansvarlig for personvernet i prosjektet.

Vi behandler opplysningene basert på EUs personvernforordning (EU 2016/679).

KONTAKTOPPLYSNINGER

Dersom du har spørsmål til prosjektet eller ønsker å trekke deg fra deltakelse, kan du kontakte;

Prosjektleder: Geir Fagerjord Lorem, geir.lorem@uit.no.

Sandra Alise Mathisen, sma096@uit.no eller 45448029.

Hanne Akseth Ulriksen, hul006@uit.no eller 45000193.

Dersom du har spørsmål om personvernet i prosjektet, kan du kontakte personvernombudet ved institusjonen: personvernombud@uit.no

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 2
Samtykkeskjema for fagpersonutvalg



UiT Norges arktiske universitet

Vil du delta i forskningsprosjektet
PLUTSELIG VOKSEN -
EN KVALITATIV STUDIE OM PASIENTERS OG
FAGPERSONERS ERFARING MED OVERGANGEN
FRA BARNE- OG UNGDOMSPSYKIATRI TIL
VOKSENPSYKIATRI

FORMÅLET MED PROSJEKTET OG HVORFOR DU BLIR SPURT

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt for å undersøke overgangen fra barne- og ungdomspsykiatrien til voksenpsykiatrien. Vi vet at mange utvikler et tillitsforhold til sin terapeut over tid. Formålet med studiet er å undersøke unge pasienters og behandleres/fagpersoners erfaring med overgangen fra BUP. Vi ønsker å høre om din erfaring som behandler/fagperson i møte med pasienter som har stått i denne overgangen. Vi er også interessert i å høre hva du tenker skal til for å gjøre overgangen så god og trygg som mulig. Dine erfaringer som fagperson er viktige for å forstå hvordan det kan være for unge pasienter å stå i denne overgangen.

Vi ønsker derfor å komme i kontakt med deg som har erfaringer som behandler/fagperson i barne- og ungdomspsykiatrien og/eller voksenpsykiatrien. Prosjektet er en hovedoppgave i profesjonsstudiet i psykologi. Vi er to studenter som gjennomfører prosjektet under veiledning som del av vår utdanning ved UiT - Norges Arktiske Universitet.

HVA INNEBÆRER PROSJEKTET FOR DEG?

Undersøkelsen vil bestå av et intervju, og resultatene blir anonymisert og presentert i en rapport som skal leveres som vår hovedoppgave i løpet av høsten 2022. Intervjuet varer normalt mellom 30 og 60 minutter og det blir tatt lydopptak av intervjuet.

I prosjektet vil vi innhente og registrere opplysninger om deg. Disse opplysningene innebærer navn, telefonnummer og epostadresse. Intervjuet blir deretter transkribert for analyse, og lydopptaket blir deretter slettet.

Vi vil stille deg spørsmål om hvordan du opplever at overgangen er for pasientene du har vært i kontakt med. Vi vil også stille deg spørsmål om relasjon til pasientene, tiden før og/eller etter overgangen, samt høre om hva som kunne vært gjort annerledes i forbindelse med overgangen. Dine erfaringer er viktige for oss for å få frem styrker og svakheter ved denne prosessen.

MULIGE FORDELER OG ULEMPER

Det er ingen umiddelbare fordeler for deg å delta i dette. Det er dog en mulighet for å få delt erfaringer, tanker og meninger som kan bidra til mer kunnskap om hvordan overgangen fra BUP kan oppleves for pasienter og behandlere. Dette er dermed en god mulighet til å sette søkelys på hva som fungerer bra og hva som eventuelt fungerer mindre bra.

Intervjuet kan ta opptil 1 time av din tid. Noen kan oppleve intervjusituasjonen som ubehagelig. Du velger selv hva du vil svare på og vi vil selvsagt ta hensyn til det.

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 hvis du ikke vil delta eller senere velger å trekke deg. Dersom du trekker tilbake samtykket, vil det ikke forskes videre på dine opplysninger. Du kan også kreve at dine opplysninger i prosjektet slettes. Adgangen til å kreve sletting eller utlevering gjelder ikke dersom 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 prosjektleder (se kontaktinformasjon på siste side).

HVA SKJER MED OPPLYSNINGENE OM DEG?

Opplysningene som registreres om deg skal kun brukes slik som beskrevet under formålet med prosjektet. Opplysningene vil inngå i en avsluttende hovedoppgave som leveres høsten 2022. Eventuelle utvidelser i bruk og oppbevaringstid kan kun skje etter godkjenning fra relevante myndigheter. Du har rett til innsyn i hvilke opplysninger som er registrert om deg og rett til å få korrigert 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 andre direkte gjenkjenning opplysninger. En kode knytter deg til dine opplysninger gjennom en navneliste. Det er kun prosjektleder og intervjuere som har tilgang til denne listen. Opplysningene om deg vil bli anonymisert, og det vil ikke være mulig for andre å spore informasjonen tilbake til deg.

Publisering av resultater kan bli aktuelt. All publisering vil bli gjort slik at enkelt deltakere ikke skal kunne gjenkjennes, men vi plikter å informere deg om at vi ikke kan utelukke at det kan skje.

Etter at forskningsprosjektet er ferdig, vil opplysningene om deg bli oppbevart i fem år av kontrollhensyn.

GODKJENNINGER

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke. På oppdrag fra Universitetet i Tromsø – Norges Arktiske Universitet har personverntjenesten Sikt – Kunnskapssektorens tjenesteleverandør, vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket. Saksnr: 632107

Universitetet i Tromsø – Norges Arktiske Universitet og prosjektleder Geir Fagerjord Lorem er ansvarlig for personvernet i prosjektet.

Vi behandler opplysningene basert på EUs personvernforordning (EU 2016/679).

KONTAKTOPPLYSNINGER

Dersom du har spørsmål til prosjektet eller ønsker å trekke deg fra deltakelse, kan du kontakte;

Prosjektleder: Geir Fagerjord Lorem, geir.lorem@uit.no.

Sandra Alise Mathisen, sma096@uit.no eller 45448029.

Hanne Akseth Ulriksen, hul006@uit.no eller 45000193.

Dersom du har spørsmål om personvernet i prosjektet, kan du kontakte personvernombudet ved institusjonen: personvernombud@uit.no

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 Intervjuguide for pasientutvalg

Intervjuguide

1. Introduksjon - informasjon om prosjektet, samtykkeskjema, etc.
 - «Veldig fint at du vil delta og bidra med din kunnskap og erfaring om behandling i psykisk helsevern. Vi aner oss at overgangen ikke er så uproblematisk som det kan høres ut som. Vi vet dette innebærer å snakke om noe personlig for deg, og det vil selvsagt ikke ha noe form for konsekvens for deg om det er noe du ikke vil snakke om. Du kan når som helst trekke deg og velger selv hva du vil svare på».
2. Vi ønsker å undersøke hvordan overgangen fra Barne- og ungdomspsykiatrien til voksenpsykiatrien oppleves for ungdommer som har stått i denne overgangen. **Fortell om BUP.**
3. **Kan du si litt om relasjonen du hadde med behandleren din?**
4. **Kan du fortelle om hvordan det var den tiden du nærmet deg å bli myndig? (Fortell om overgangen/tilbudet om overgang).**
 - **Hvordan påvirket det at du ble myndig ditt forhold til behandlingen?**
 - **Hva tenkte du om det i forkant? Diskuterte du det med noen?**
 - Hva var bra, hva var utfordrende?
 - Ønsket du deg over til PHV? Opplevde du at BUP presset deg over?
5. **Hvordan ble overgangen til PHV/fortell om PHV? Hvordan påvirket dette deg?**
 - Hvordan var det å avslutte på BUP? Hvordan var det å starte på PHV?
 - Hvordan var det å få ny terapeut?
 - Venteliste?
 - Tap og sorg?
6. **Hva tenker du om den overgangen i dag?**
7. **Hvis du skal gi et råd til de som utvikler helsetjenester, hva må de tenke på i forbindelse med overgangen fra ungdoms- til voksenpsykiatri?**
 - Hva ville hjulpet deg?
 - Er det noe som fungerte bra?
 - Er det noe som fungerte dårlig? Noe som burde endres på?
8. **Nå nærmer vi oss slutten på intervjuet, så for å oppsummere det hele lurer vi på om du kunne tenkt deg å tegne en livsline som viser hvordan du har hatt det siden du begynte i BUP og frem til i dag? Det kan for eksempel inkludere ulike oppturer, nedturer eller viktige hendelser som illustrerer hvordan du hadde det.**

- Kommentere de ulike vendepunktene og oppfordre deltaker til å fortelle høyt mens de tegner.
9. **Er det noe annet jeg burde ha spurt om?**

Vedlegg 4 **Intervjuguide for fagpersonutvalg**

Intervjuguide

1. Introduksjon - informasjon om prosjektet, samtykkeskjema, etc.
 - Veldig fint at du vil delta og bidra med din kunnskap og erfaring om behandling i psykisk helsevern. Vi aner oss at overgangen ikke er så uproblematisk som det kan høres ut som.
 - Du kan når som helst trekke deg og velger selv hva du vil svare på.
 - Vi ønsker å undersøke hvordan overgangen fra Barne- og ungdomspsykiatrien til voksenpsykiatrien oppleves for ungdommer som har stått i denne overgangen.

2. Kan du fortelle om hvordan denne overgangen fungerer?

- Rutiner
- Samarbeid mellom systemene

3. BUP: Hvordan jobber du med å forberede pasientene på denne overgangen? Hva tenker du er viktig at PHV er obs på?

PHV: Hvordan jobber du med å ta i mot disse pasientene? Hva tenker du er viktig at BUP har gjort på forhånd?

4. Hvordan vurderer du denne ordningen (overgangen)?

- Hva synes du fungerer bra per nå?
- Hva synes du fungerer mindre bra? Hva burde vært annerledes?
- Hva er din rolle i overgangen?
- Konkrete eksempler

5. Kan du si noe om den typiske pasient som har stått i denne overgangen?

- Konkrete eksempler!
- Relasjonsbygging
- Behov
- Ung alder
- Ansvar og forventninger
- Andre tilnæringsmetoder
- Er det noen temaer som ofte går igjen hos pasienten

6. Det har vært utfordrende å rekruttere de med brukererfaring. Har du noen tanker om hvorfor det har vært vanskelig?

7. Er det noe annet jeg burde ha spurt om? Noe du vil legge til?

Vedlegg 5

Første søknad og vurdering til Sikt - Kunnskapssektorens tjenesteleverandør



[Meldeskjema](#) / [Plutselig voksen - En kvalitativ studie om pasienters og behandleres erf...](#) / Vurdering

Vurdering av behandling av personopplysninger

Referansenummer

632107

Vurderingstype

Standard

Dato

19.05.2022

Prosjekttittel

Plutselig voksen - En kvalitativ studie om pasienters og behandleres erfaring med overgang fra BUP til voksenpsykiatrien

Behandlingsansvarlig institusjon

UIT Norges Arktiske Universitet / Det helsevitenskapelige fakultet / Institutt for psykologi

Prosjektansvarlig

Geir F. Lorem

Student

Hanne Akseth Ulriksen

Prosjektperiode

01.06.2022 - 20.06.2023

Kategorier personopplysninger

Alminnelige

Særlige

Lovlig grunnlag

Samtykke (Personvernforordningen art. 6 nr. 1 bokstav a)

Uttrykkelig samtykke (Personvernforordningen art. 9 nr. 2 bokstav a)

Behandlingen av personopplysningene er lovlig så fremt den gjennomføres som oppgitt i meldeskjemaet. Det lovlige grunnlaget gjelder til 20.06.2023.

[Meldeskjema](#)

Kommentar

OM VURDERINGEN

Personverntjenester har en avtale med institusjonen du forsker eller studerer ved. Denne avtalen innebærer at vi skal gi deg råd slik at behandlingen av personopplysninger i prosjektet ditt er lovlig etter personvernregelverket.

Personverntjenester har nå vurdert den planlagte behandlingen av personopplysninger. Vår vurdering er at behandlingen er lovlig, hvis den gjennomføres slik den er beskrevet i meldeskjemaet med dialog og vedlegg.

VIKTIG INFORMASJON TIL DEG

Du må lagre, sende og sikre dataene i tråd med retningslinjene til din institusjon. Dette betyr at du må bruke leverandører for spørreskjema, skylagring, videosamtale o.l. som institusjonen din har avtale med. Vi gir generelle råd rundt dette, men det er institusjonens egne retningslinjer for informasjonssikkerhet som gjelder.

TYPE OPPLYSNINGER OG VARIGHET

Prosjektet vil behandle alminnelige personopplysninger samt særlige kategorier av personopplysninger om helseforhold frem til 20.6.2023.

LOVLIG GRUNNLAG

Prosjektet vil innhente samtykke fra de registrerte til behandlingen av personopplysninger. Vår vurdering er at prosjektet legger opp til et samtykke i samsvar med kravene i art. 4 nr. 11 og 7, ved at det er en frivillig, spesifikk, informert og utvetydig bekreftelse, som kan dokumenteres, og som den registrerte kan trekke tilbake.

For alminnelige personopplysninger vil lovlig grunnlag for behandlingen være den registrertes samtykke, jf. personvernforordningen art. 6 nr. 1 a.

For særlige kategorier av personopplysninger vil lovlig grunnlag for behandlingen være den registrertes uttrykkelige samtykke, jf. personvernforordningen art. 9 nr. 2 bokstav a, jf. personopplysningsloven § 10, jf. § 9 (2).

OVERGANGEN FRA BARNE- OG UNGDOMSPSYKIATRI TIL VOKSENPSYKIATRI 77

PERSONVERNPRINSIPPER

Personverntjenester vurderer at den planlagte behandlingen av personopplysninger vil følge prinsippene i personvernforordningen om:

- lovlighet, rettferdighet og åpenhet (art. 5.1 a), ved at de registrerte får tilfredsstillende informasjon om og samtykker til behandlingen
- formålsbegrensning (art. 5.1 b), ved at personopplysninger samles inn for spesifikke, uttrykkelig angitte og berettigede formål, og ikke viderebehandles til nye uforenlige formål
- dataminimering (art. 5.1 c), ved at det kun behandles opplysninger som er adekvate, relevante og nødvendige for formålet med prosjektet
- lagringsbegrensning (art. 5.1 e), ved at personopplysningene ikke lagres lengre enn nødvendig for å oppfylle formålet

DE REGISTRERTES RETTIGHETER

Vi vurderer at informasjonen om behandlingen som de registrerte vil motta oppfyller lovens krav til form og innhold, jf. art. 12.1 og art. 13.

Så lenge de registrerte kan identifiseres i datamaterialet vil de ha følgende rettigheter: innsyn (art. 15), retting (art. 16), sletting (art. 17), begrensning (art. 18) og dataportabilitet (art. 20).

Vi minner om at hvis en registrert tar kontakt om sine rettigheter, har behandlingsansvarlig institusjon plikt til å svare innen en måned.

FØLG DIN INSTITUSJONS RETNINGSLINJER

Personverntjenester legger til grunn at behandlingen oppfyller kravene i personvernforordningen om riktighet (art. 5.1 d), integritet og konfidensialitet (art. 5.1 f) og sikkerhet (art. 32).

Ved bruk av databehandler (spørreskjemaleverandør, skylagring, videosamtale o.l.) må behandlingen oppfylle kravene til bruk av databehandler, jf. art 28 og 29. Bruk leverandører som din institusjon har avtale med.

For å forsikre dere om at kravene oppfylles, må prosjektansvarlig følge interne retningslinjer/rådføre dere med behandlingsansvarlig institusjon.

MELD VESENTLIGE ENDRINGER

Dersom det skjer vesentlige endringer i behandlingen av personopplysninger, kan det være nødvendig å melde dette til oss ved å oppdatere meldeskjemaet. Før du melder inn en endring, oppfordrer vi deg til å lese om hvilken type endringer det er nødvendig å melde:

<https://www.nsd.no/personverntjenester/fyll-ut-meldeskjema-for-personopplysninger/melde-endringer-i-meldeskjema>

Du må vente på svar fra oss før endringen gjennomføres.

OPPFØLGING AV PROSJEKTET

Vi vil følge opp ved planlagt avslutning for å avklare om behandlingen av personopplysningene er avsluttet.

Kontaktperson hos oss: Lasse Raas

Lykke til med prosjektet!

Vedlegg 6

Andre søknad og vurdering til Sikt - Kunnskapssektorens tjenesteleverandør



[Meldeskjema](#) / [Plutselig voksen - En kvalitativ studie om pasienters og behandleres erf...](#) / Vurdering

Vurdering av behandling av personopplysninger

Referansenummer 632107	Vurderingstype Standard	Dato 26.08.2022
----------------------------------	-----------------------------------	---------------------------

Prosjekttittel

Plutselig voksen - En kvalitativ studie om pasienters og behandleres erfaring med overgang fra BUP til voksenpsykiatrien

Behandlingsansvarlig institusjon

UIT Norges Arktiske Universitet / Det helsevitenskapelige fakultet / Institutt for psykologi

Prosjektansvarlig

Geir F. Lorem

Student

Hanne Akseth Ulriksen

Prosjektperiode

01.06.2022 - 20.06.2023

Kategorier personopplysninger

Alminnelige

Særlige

Lovlig grunnlag

Samtykke (Personvernforordningen art. 6 nr. 1 bokstav a)

Uttrykkelig samtykke (Personvernforordningen art. 9 nr. 2 bokstav a)

Behandlingen av personopplysningene er lovlig så fremt den gjennomføres som oppgitt i meldeskjemaet. Det lovlige grunnlaget gjelder til 20.06.2023.

[Meldeskjema](#)

Kommentar

Personverntjenester har vurdert endringen registrert 26.8.2022.

Informasjonsskrivene er revidert i henhold til vår anbefaling i endringsbekreftelse sendt tidligere i dag. Videre er det gjort noen mindre endringer i beskrivelsen av rekrutteringen av utvalg 1.

Personverntjenester vurderer at informasjonen om behandlingen som de registrerte vil motta oppfyller lovens krav til form og innhold, jf. art. 12.1 og art. 13.

Det er vår vurdering at behandlingen av personopplysninger i prosjektet fortsatt vil være i samsvar med personvernlovgivningen så fremt den gjennomføres i tråd med det som er dokumentert i meldeskjemaet med vedlegg. Behandlingen kan fortsette.

OPPFØLGING AV PROSJEKTET

Vi vil følge opp ved planlagt avslutning for å avklare om behandlingen av personopplysningene er avsluttet.

Kontaktperson: Lasse Raa

Lykke til videre med prosjektet!

