

## **Psykhjelpen på Tvibit: Psykologisk rådgivningstjeneste på ungdommens kulturhus i Tromsø**

Catharina E. Wang , Kjersti Berge , Lars Inge Johnsen , Yngvild Arnesen ,  
Camilla Breivik , Trond Bruun Hanssen , Greta Jentoft og Ingunn Skre

## **Psykhjelpen på Tvibit: Psykologisk rådgivningstjeneste på ungdommens kulturhus i Tromsø**

I Tromsø har man gått egne veier i helsetilbudet for ungdom. Tjenestene er lokalisert der ungdommen er, og inkluderer nå psykologisk bistand.

### **Innledning**

Psykhjelpen på ungdomskulturhuset Tvibit i Tromsø er et lavterskeltilbud for ungdom med psykologisk rådgivning gitt av viderekomne psykologstudenter. Vi vil presentere våre erfaringer med hvordan et slikt tiltak kan igangsettes og bygges opp som et tverretatlig samarbeid, sette tiltaket inn i en helsepolitisk og fagpolitisk sammenheng, og gi en første beskrivelse av behov og problematikk blant brukerne.

God psykisk helse er viktig for at barn og unge skal være i stand til å mestre sitt eget liv. Et viktig utgangspunkt i helsefremmende arbeid er å vektlegge den enkeltes ressurser, evner og muligheter til selv å takle de utfordringer livet byr på. Barn og unge besitter viktige kunnskaper om sin egen situasjon, også når de utvikler psykiske problemer. Ikke minst da er det viktig å opprettholde et normalitets- og et mestringsperspektiv for å hindre unødige sykeliggjøring (Hersen & Ammerman, 2000; Klefbeck & Ogden, 1999). Det er personen med sine muligheter og håp, og ikke med sine problemer og symptomer, som bør settes i sentrum. Hvis det meste av oppmerksomheten rettes mot det som er vanskelig og annerledes, kan barn og unge lett passiviseres og miste troen på at de selv har evner og muligheter til å påvirke sitt eget liv og takle utfordringer og problemer (Gjærum, Grøholt, & Sommerschild, 1998; Klefbeck & Ogden, 1999).

Norske barn og ungdommer er gjennomgående friske og har god fysisk og psykisk helse. Psykososiale problemer er likevel forholdsvis utbredt (Helsedepartementet, 2004). Det dreier seg om ensomhet, mistriivsel, omsorgssvikt og mishandling. Dette kan igjen slå ut i tristhet, angst, selvskading, spiseforstyrrelser, atferds- og skoleproblemer, rusmisbruk og kriminalitet. Forskningsrapporter viser at 15 til 30 % av barn og ungdom har større eller mindre psykiske plager og lidelser. Om lag 10 % av ungdommene har så store problemer med angst, depresjon, psykosomatiske lidelser, atferdsproblemer som for eksempel hyperkinesi/ADHD, eller rusproblemer, at de har behov for profesjonell hjelp (Helsedepartementet, 2004).

## **Betydningen av tidlig intervensjon**

Det er godt dokumentert at tidlig hjelp er god hjelp, og at slik hjelp kan hemme utvikling av psykososiale vansker hos barn og unge (Helsedepartementet, 2004; Mæland, 2002). Psykiske lidelser debuterer ofte i ung voksen alder. Tidlig intervensjon overfor barn og unge kan ha en sekundæreffekt ved å redusere forekomst av psykiske problemer i voksen alder. En depressiv episode er i seg selv en viktig sårbarhetsfaktor for å utvikle nye episoder (Segal, Williams, & Teasdale, 2002; Solomon et al., 2000). Forekomsten av depresjon øker sterkt i alle aldersgrupper og i alle vestlige kulturer (Klerman et al., 1985; Klerman & Weissman, 1992; Sartorius, Jablensky, Gulbinat, & Ernberg, 1980). Depresjon utgjør et betydelig samfunnsøkonomisk problem i form av sykemeldinger og arbeidsuførhet (Murray & Lopez, 1998), og kan være en viktig medvirkende årsak til frafall av ungdom fra videregående skole. Verdens helseorganisasjon spår at innen 2020 vil depresjon være den viktigste årsaken til uførhet, noe som vil føre til at lidelsen plasseres nest øverst på listen over de tilstander som koster samfunnet mest (Verdens Helseorganisasjon, 2003).

En god psykisk helse er det overordnede mål i Regjeringens strategiplan for barn og unge (Helsedepartementet, 2004). I strategiplanen vektlegges betydningen av at barn og unge skal mestre sitt eget liv gjennom et helsefremmende og forebyggende samfunn preget av toleranse. Styrking av egne ressurser og hindring av sykeliggjøring står sentralt. For å oppnå dette må helsetjenestene komme barn og unge i møte gjennom oversiktlige og lett tilgjengelige tjenestetilbud som sikrer samordning og kvalitet. Det må legges til rette for kunnskaps- og kompetanseheving i tråd med barns og unges behov. Forskning skal legge grunnlag for nye tiltak og tjenester. Videre vektlegges nettverksbygging og tverrfaglig arbeid. Et felles grunnlag for alle som utdanner seg til å ha med barn og unge å gjøre, er en allmenn kunnskap om normalutvikling og faktorer som styrker psykisk helse.

## **Psykologers plass i forebyggende psykisk helsearbeid**

Profesjonsutdanningen i psykologi er en generalistutdanning som er forskningsbasert og praksisorientert. Kunnskap om normal psykologisk utvikling og hva som fremmer denne, står sentralt i utdanningen. På lik linje med at legene gjennom medisinstudiet tilegner seg bred kunnskap om forutsetningene for god fysisk helse, tilegner psykologene seg solid kunnskap om forutsetningene for god psykisk helse. Betoningen av fysisk helse har imidlertid vært dominerende i helsefremmende arbeid inntil for få år siden. Skremmende tall fra blant annet Verdens helseorganisasjon vedrørende den alvorlige økningen av depresjon, med påfølgende samfunnsøkonomiske konsekvenser, har ført til at oppmerksomheten omkring psykisk helse har økt de siste årene.

Større vektlegging av psykiske lidelser og behandling enn av psykisk helse og forebygging kan være en grunn til at psykologer stort sett har latt seg rekruttere til annen- og tredjelinjetjenestene. Skolerådgivningstjenesten er et unntak fra dette, men rådgivningsarbeid har tradisjonelt sett ikke hatt høy status blant psykologer. De av oss som utdanner psykologer, er godt kjent med at psykologrollen primært knyttes til behandling av psykiske lidelser. Det er interessen for psykoterapi som ofte motiverer studenter til først å velge psykologutdanningen og deretter en videre klinisk spesialisering. Universitetene har imidlertid både et samfunnspolitisk og et fagpolitisk ansvar for å utdanne psykologer som ønsker å bruke sine kunnskaper for å fremme psykisk helse. Teoretisk kunnskap og kliniske ferdigheter innen forebyggende psykisk helsearbeid er således viktige virkemidler for å rekruttere psykologer til stillinger i førstelinjetjenesten og til å skape flere stillinger for psykologer innen forebyggende helsearbeid. En slik satsning er i tråd med Norsk Psykologforenings arbeid med å styrke psykologtjenester i kommunene. Målet er at det skal eksistere lavterskeltilbud for psykiske problemer på lik linje med primærhelsetjenestens somatiske tilbud (Aanonsen, 2004).

### **Helsestasjonens og skolehelse- tjenestens betydning i å fremme psykisk helse**

Helsestasjonen og skolehelsetjenesten har alltid vært viktig med hensyn til å identifisere risikoutsatte barn og unge, og i å fremme et godt psykososialt miljø. Ved å plassere seg fysisk der barn og ungdom befinner seg, for eksempel på skolen, eller som organisert helsekontroll, er tjenestene et lavterskeltilbud som kan evne å nå hele målgruppen. Tjenesten får derfor tilgang på bred informasjon om barn og ungdoms livsstil, psykiske helse og sosiale atferd (Helsedepartementet, 2004).

Helsestasjoner har allerede høy kompetanse i å identifisere risikoutsatte barn og ungdommer, men de kan bli enda bedre. På samme måte som samfunnet generelt har vektlagt fysisk helse fremfor psykisk helse, avspeiles også dette i sammensetningen av fagfolk på helsestasjonene. Mens leger er obligatorisk til stede ved alle helsestasjoner, er det mer tilfeldig om kommunene rekrutterer psykologer. Et annet spørsmål er hvorvidt helsestasjonene for ungdom er plassert der ungdommen er. Lokalisering av tilbud er spesielt viktig for ungdom, både fordi unge har behov for å definere egne arenaer som er forskjellige fra de voksnes, og fordi unges atferd ofte er mer spontan enn den rutinepregede voksenatferden. Dette er viktige hensyn å ta når forebyggende helsetilbud planlegges for ungdom.

Helsestasjoner for ungdom (HSU) finnes over hele landet og er tradisjonelt bemannet med helsesøstre og leger. På disse helsestasjonene kan ungdom møte opp uten avtale. HSU gjør en vesentlig innsats med prevensjonsveiledning og bekjempelse av kjønnsykdommer i

ungdomspopulasjonen. Av totalt 230 helsestasjoner for ungdom i Norge er det imidlertid bare 144 som rapporterer at de arbeider med forebygging av psykiske vansker (Statistisk sentralbyrå, 2002).

### **Helsestasjon for ungdom i Tromsø**

I Tromsø har man gått egne veier både hva angår lokalisering av HSU og i innholdet i det helsetilbudet som tilbys (Jentoft, 2005). Ungdommen i Tromsø fikk ungdomskulturhuset Tvibit i 2000, og det falt naturlig at HSU ble plassert der. På Tvibit foregår en rekke ulike aktiviteter for ungdom, blant annet kafé, filmhus, øvingslokaler for band, konserter, kurs og møter, samt at ungdom selv kan komme med ideer for hva de ønsker å gjennomføre. De ansatte ved Tvibit er behjelpelige med å tilrettelegge for at ungdommene selv skal få til den praktiske delen av slike aktiviteter. Å lokalisere helsetjenester der ungdom har sitt naturlige samlings- og tilholdssted i fritiden er viktig. Det kan senke terskelen for å oppsøke helsetjenester og signalisere at ivaretagelse av egen helse er like viktig som andre aktiviteter.

Tilbudet på HSU på Tvibit er gratis og lett tilgjengelig, uten timebestilling og lang ventetid. Behovet for anonymitet og imøtekommenhet er ivaretatt. Tilbudet er ikke ment å være en fullverdig helsetjeneste som kan yte hjelp til alle typer problemer, men et supplement til skolehelsetjenesten og fastlegesystemet. HSU har som mål å bidra til å identifisere unge med risiko og behov for helsemessig oppfølging, og å sikre at ungdom som trenger det, henvises til mer spesialisert hjelp (Jentoft, 2003). HSU vektlegger ungdommens egne ressurser og muligheter for selv å kunne fremme og bevare sin egen helse. Helsestasjonens målsetting bygger på sentrale prinsipper i «empowerment»-tenkning (Rapaport, 1981), som medvirkning og likeverd. Helsepersonellet fungerer som veiledere og rådgivere, slik at den unge selv kan opparbeide deltakende kompetanse.

#### **Psykhjelpen på Tvibit**

Våren 2003 gjennomførte to viderekomne psykologstudenter i Tromsø en intervensjonsstudie hvor man ønsket å øke ungdoms prevensjonsbruk og deres mestringsfølelse knyttet til å handle i seksuelle situasjoner. Dette var starten på samarbeidet mellom HSU og Institutt for psykologi ved Universitetet i Tromsø. Sammen med PPT for videregående opplæring i Troms bestemte man seg så for å etablere et psykologisk rådgivningstilbud for ungdom, lagt inn under HSU på Tvibit. Tilbudet fikk navnet «Psykhjelpen», og skulle drives av viderekomne psykologstudenter under veiledning av psykologspesialist ved PPT for videregående opplæring i Troms. På denne måten sikret man et

tverretatlig samarbeid på tvers av kommune (HSU, Tvibit), fylkeskommune (PPT for videregående opplæring i Troms) og staten (Institutt for psykologi, Universitetet i Tromsø).

Det var stor enighet blant personalet på HSU om at et mer psykologisk rettet tilbud til ungdommene ville være av stor verdi. Helsesøstrene møter jevnlig ungdom som trenger oppfølgingssamtaler på bakgrunn av ulike psykososiale problemer. Rammene som HSU jobber under, gjør det imidlertid ofte vanskelig å følge disse opp over tid. På HSU var det allerede engasjert lege og medisinstudenter som tilbyr ungdom medisinsk oppfølging og legehjelp. På samme måte ville et psykologisk rådgivningstilbud utgjøre en styrking av helsestasjonen. Formålet med Psykhjelpen var å gi ungdommen et mer helhetlig helsetilbud på deres egen arena. Samtidig ville man øke ungdommens egen kompetanse i å søke hjelp for psykososiale vansker. Ved utformingen av tilbudet ble det lagt vekt på at Psykhjelpen skulle være et rådgivningstilbud med vekt på å styrke ungdommens egne ressurser og tjenlige mestringsstrategier. I tråd med HSUs filosofi ønsket man å normalisere og ikke sykeliggjøre de som oppsøker Psykhjelpen.

For PPT for videregående opplæring i Troms var etableringen av et slikt tilbud på HSU helt i tråd med den virksomhet PPT ønsker å utøve. Mer utadrettet virksomhet og et tettere samarbeid med HSU hadde lenge vært ønskelig fra PPT sin side, men hadde av ressursmessige grunner vært vanskelig å realisere. Samarbeidet mellom den kommunale helsesøstertjenesten og PPT var allerede godt etablert. Men ved opprettingen av Psykhjelpen ble dette samarbeidet betydelig styrket, samtidig som det muliggjorde et mer omfattende og integrert tilbud til ungdom i Tromsø. For å sikre kontinuitet ønsket vi å engasjere psykologstudenter som skulle arbeide på Psykhjelpen over et helt år. Studentene kunne da engasjeres fra andre semester av fjerde studieår, og i første halvdel av det femte studieåret skulle de samme studentene ut i hovedpraksis. Denne kunne legges til PPT for videregående opplæring i kombinasjon med Psykhjelpen på HSU.

For Institutt for psykologi ved Universitetet i Tromsø var muligheten for å tilby studenter praksis i forebyggende ungdomsarbeid svært interessant. Foruten å tilby studenter praksis i tverrfaglig og forebyggende ungdomsarbeid, var det også mulig å knytte forskning til praksisen.

### **Oppstarten av Psykhjelpen**

I november 2003 startet Psykhjelpen opp med en psykologstudent som var til stede på HSU to timer per uke. Det ble samtidig gitt informasjon til helsesøstre og rådgivere ved Tromsøs ungdomsskoler og videregående skoler om tilbudet. I januar 2004 overskred etterspørselen to timer per uke, og studenten utvidet da praksisen ved HSU til en hel dag i uka. Antallet klienter hver praksisdag på

HSU var fem til syv. I begynnelsen kom henvisningene i hovedsak fra helsesøstrene ved skolene og HSU. Etter hvert som Psykhjelpen ble bedre kjent, ble det også vanlig at ungdom henvendte seg direkte. Ungdommene hadde til felles at de hadde behov for en mer kontinuerlig og tettere oppfølging enn det helsesøstrene kunne tilby. Problemer ungdommene søkte hjelp for, var alt fra ensomhet, familieproblemer, lav selvtillit og vennekrangler, til problemer som selvskading, overgrep og spiseforstyrrelser. I mai 2004 var pågangen svært stor av ungdom som ønsket psykologisk rådgiving. Man besluttet da å la tilbudet fortsette med nye studenter, etter at den første hadde avsluttet sin praksisperiode.

HSU disponerer to kontorer på Tvibit. Psykhjelpen bruker begge kontorene en fast dag i uken på ettermiddags- og kveldstid: den tiden på døgnet da et ungdomshus holder åpent. Fra høsten 2004 har Psykhjelpen vært fast bemannet med tre studenter. Når studentene fordeler kontortiden seg imellom, kan de ta imot inntil 12 ungdommer per uke. Dette synes i dag å være tilstrekkelig. Det er et viktig mål for Psykhjelpen å ikke ha ventelister, slik at den er et reelt lavterskeltilbud. Dette forutsetter imidlertid at ungdom som trenger en mer omfattende oppfølging enn tre til fire konsultasjoner, må få dette av psykologstudentene i hovedpraksis på PPT, eller ved viderehenvisning til andre deler av hjelpeapparatet, for eksempel poliklinikken for barns og unges psykiske helse. Men også da er Psykhjelpen viktig både i motivasjonsarbeidet og ved selve overføringen av ungdommen.

### Metode

Psykhjelpen er nå et etablert tilbud på HSU i Tromsø, og det kommer ukentlig henvendelser fra helsesøstre, skoler, ungdommer og foreldre. I løpet av de 18 månedene fra oppstart i november 2003 til og med april 2005 har til sammen 105 ungdommer fått tilbud om time. Av disse var det 16 som ikke møtte til første time. En syvendedel (15 %) av ungdommene som ble tilbudt konsultasjon ved Psykhjelpen, benytter seg m.a.o. ikke av tilbudet: 16 % av de henviste jentene og 7 % av de henviste guttene. De som uteblir fra første time, blir kontaktet for ny avtale. De fleste av de som ikke har møtt, avslår tilbudet med en gang. Noen få tar imot tilbud om ny time, men uteblir fra denne også. Vi kjenner ikke til hva som videre skjer med de ungdommene som ikke møter til første time. Vi vil i resultatdelen rapportere data fra de 89 ungdommene som møtte til første time i perioden november 2003 til og med april 2005.

## Registreringssystem

Dataprogrammet WinMed Helse brukes til journalføring på HSU, og her registreres klientenes personalia, og notater skrives fra hver time. Avtalene settes opp i en elektronisk timebok knyttet til programmet, og her er det også en oversikt over hvor mange timer hver enkelt klient har hatt. Nye klienter registreres dermed fortløpende, og man har til enhver tid god oversikt over demografiske data som alder og kjønn.

## Kvalitative data

WinMed Helse er tilpasset behovet ved en tradisjonell helsestasjon, og temaene for konsultasjonene registreres fortløpende innenfor et utvalg av kategorier. Disse kategoriene er imidlertid for lite nyanserte for de mange problemene ungdommene presenterer når de kommer til Psykhjelpen. For å få en oversikt har vi derfor gått igjennom journalnotatene manuelt og registrert for hver klient hovedtemaene for samtalene.

To kasus-vignetter presenteres for å illustrere typiske saker for Psykhjelpen. Begge vignettene er konstruert, men bygget på elementer fra saker Psykhjelpen har hatt. Presentasjonen av resultater er også fylt ut med kvalitative data i form av erfaringer studentene i Psykhjelpen har gjort i løpet av 18-måneders perioden. Disse inngår som supplement og kommentar til de kvantitative resultatene.

## Resultater

HSU er et tilbud for ungdom i aldersgruppen 13 til 20 år, og det er også denne gruppen Psykhjelpen kommer i kontakt med. Tabell 1 gir en oversikt over alders- og kjønnsfordelingen til brukerne.

**Tabell 1. Demografiske opplysninger om brukerne av Psykhjelpen fra oppstart til april 2005 (N = 89)**

	Jenter		Gutter		Totalt	
Kjønn n (%)	74	(83)	15	(17)	89	(100)
Alder gjennomsnitt (spredning)	16,2	(13–19)	18,3	(15–26)	16,5	(13–26)
Skolesituasjon						
ungdomsskole (%)	33	(45)	1	(7)	34	(39)
videregående opplæring (%)	39	(53)	12	(80)	50	(56)



**Tabell 1. Demografiske opplysninger om brukerne av Psykhjelpen fra oppstart til april 2005 (N = 89)**

frafall (%)	1	(1)	2	(14)	3	(4)
arbeid (%)	1	(1)	0		1	(1)
Bosituasjon						
hjemme	59	(80)	9	(60)	68	(76)
borte	13	(18)	5	(33)	18	(20)
ikke oppgitt	2	(2)	1	(/)	3	(4)

Tabell 1 viser at langt flere jenter enn gutter oppsøker Psykhjelpen. De fleste brukerne er i aldersgruppen 14 til 19 år. Kun fire var yngre enn 14, og kun to var eldre enn 19. Jentene er i gjennomsnitt to år yngre enn guttene ( $p < .0001$ ). Aldersspredningen for de to kjønn viser også at jenter og gutter er ulike grupper aldersmessig, idet jentene er fra 13 til 19 år gamle, mens guttene er i alderen 15 til 26 år. Det kan tenkes at jentene tidligere enn guttene har den modenhet og samtalekompetanse som trengs for å oppsøke hjelp for seg selv. Kvalitative data om pasienttilstrømningen viser også at guttene som kom til Psykhjelpen i oppstartsfasen, ikke sjelden var kjærestene til jenter som allerede hadde søkt hjelp for seg selv.

For jenter fordeler brukergruppen seg jevnt på ungdomsskole og videregående skole, mens for gutter er majoriteten elever i videregående skole, noe som avspeiler at guttene i snitt er eldre enn jentene. Et lite antall brukere har falt ut av videregående skole. De aller fleste av våre brukere bor hjemme, men det er en større andel borteboere blant gutter enn blant jenter. Dette antar vi nok en gang avspeiler aldersforskjellen mellom kjønnene, da alle ungdomsskoleelevene bodde hjemme, mens en del flytter inn til Tromsø fra distriktene når de begynner på videregående skole.

Pågangen av nye klienter økte fra oppstart, med en topp blant jentene i oktober 2004 og blant guttene i november 2004. Selv om det er for kort tid til å snakke om trender, ser det ut til at behovet for hjelp er størst en stund etter skolestart om høsten og våren.

Det er et stort spenn i hva slags problemer ungdommene presenterer når de kommer til Psykhjelpen, og alvorlighetsgraden varierer sterkt. Ofte er problemene svært sammensatte, slik at ungdommene har flere forhold de synes er vanskelige. Uansett hva de kommer med, er den subjektive opplevelsen av problemene så alvorlig for ungdommene at de selv eller andre mener at det er nødvendig å søke hjelp. Dette er alltid utgangspunktet for psykologstudentene ved Psykhjelpen: at alle problemer tas på alvor.

Figur 1 viser hvilke problemer ungdommen rapporterer når de oppsøker Psykhjelpen. Hyppigst er problemer i familierelasjoner, depresjon/nedstemthet og selvskading, mens sorg, søvnvansker og rus var minst frekvent. Det er verdt å merke seg at relasjonsproblemer i forhold til familie, venner og kjærester er hyppige blant de som søker hjelp hos oss. Dette tyder på at tjenesten treffer et rådgivningsbehov hos ungdom, som er i løsrivningsfasen i forhold til egen familie, som har venner og jevnaldrende som viktigste identifikasjonsgruppe, og som er i ferd med å gjøre sine første erfaringer i kjærlighetsforhold.

**Figur 1. Brukernes presenterte problem i perioden fra oppstart til og med april 2005 (N = 89). Ungdommene rapporterer ofte mer enn ett problem**

At depresjon er den mest frekvente psykiske plagen blant brukerne, er i tråd med forventning ut fra befolkningsforekomsten. Det er imidlertid viktig å merke seg at selvskading og problemer knyttet til seksuelle overgrep er av de hyppigste årsakene til henvendelsene. Dette indikerer at Psykhjelpen når en gruppe brukere med relativt alvorlige problemer. Det kan tenkes at vi når denne gruppen tidligere i forløpet enn andre hjelpeinstanser.

Brukerne ber også om hjelp med skoleproblemer. Psykhjelpen er opprettet i samarbeid med PPT for videregående opplæring, og kan nok fungere både som et supplement til og som en port inn til PPT.

Ungdommene som kommer til Psykhjelpen, har ulike behov for oppfølging. For mange er det tilstrekkelig med en konsultasjon for å få litt hjelp til å sortere tankene sine, mens andre trenger tettere oppfølging over tid. Tabell 2 illustrerer hvordan antall konsultasjoner fordeler seg blant brukerne.

**Tabell 2. Fordelingen av antall konsultasjoner pr. bruker for jenter og gutter ved Psykhjelpen fra oppstart til og med april 2005 (N = 89)**

	Konsultasjoner per bruker		
	Gj. snitt	Min. – maks.	Modus
Jenter (n = 74)	3,9	1–19	2
Gutter (n = 15)	3,0	1–8	2
Total (n = 89)	3,9	1–19	2

Tabell 2 viser at de fleste ungdommene har få samtaler ved Psykhjelpen. Jentene har i snitt en konsultasjon mer enn guttene, men det vanligste er to konsultasjoner for begge kjønn (modus). Det som trekker opp gjennomsnittet for jenter, er at en liten gruppe (12 klienter) har hatt mer enn ti konsultasjoner hver.

Dette viser at Psykhjelpen primært fungerer som en rådgivningstjeneste med 1 til 3 konsultasjoner for to tredjedeler av brukerne. En tredjedel av ungdommene hadde behov for mer inngående hjelp over tid.

Det hender at ungdommene uteblir fra avtaler etter at kontakt er etablert. Det kan skyldes at de rett og slett glemmer avtalen, eller at det dukker opp uforutsette hendelser som hindrer dem i å komme, eller de ønsker kanskje ikke mer kontakt. Totalt 12 % av brukerne, 17 % av guttene og 12 % av jentene, har uteblitt fra avtalte timer. Dette er vel ikke mer enn man kan forvente, og indikerer en høy grad av motivasjon hos ungdommene som bruker Psykhjelpen.

Vi tror det kan være lettere for ungdom med alle type problemer å henvende seg til Psykhjelpen enn til for eksempel PPT eller BUP. Dersom problemene er av en slik art at de krever videre utredning og langvarig behandling, blir ungdommen rådet til å kontakte andre deler av hjelpeapparatet. Mange ungdommer føler imidlertid at de allerede har krysset en barriere når de kontakter Psykhjelpen, og det kan for dem oppleves som uoverkommelig å kontakte fastlegen for videre henvisning til psykisk helsevern. I slike tilfeller vil Psykhjelpen støtte og motivere ungdommen til å ta neste skritt, men samtidig være oppmerksom på at videre henvisning ikke skal oppleves som avvisning. Sentralt i Psykhjelpens arbeid er at ungdommen får et positivt møte med hjelpeapparatet, slik at deres ferdigheter med hensyn til å søke hjelp for psykososiale vansker styrkes.

### **Vignett 1**

En jente på 16 år tar selv kontakt med Psykhjelpen. Hun har mistet kontakten med faren sin. Etter at foreldrene skiltes da hun var ti år, var hun rutinemessig på besøk hos far. Far fikk etter hvert ny kjæreste som han giftet seg med. Jenta kom dårlig overens med sin nye stemor og begynte å avlyse besøkene hos far da hun ble 13–14 år. Etter kort tid ville ikke far ha besøk av henne heller, og snart ble kontakten brutt. På 15-årsdagen skjelte far henne ut over telefon og ga henne all skyld for det negative forholdet deres. Siden har de ikke snakket sammen. Hun så ham og stemoren i en butikk en stund etter dette, de hadde fått et barn uten å informere henne.

Nå ønsker jenta kontakt med faren igjen, ikke minst på grunn av sin nye lillebror, og hun har ventet på at han skal ta kontakt. Samtidig er hun så sint på ham at hun ikke vet hvordan hun vil

reagere dersom han tar kontakt. Gjennom samtalene på Psykhjelpen utforskes mulige forklaringer på hvorfor situasjonen har blitt så fastlåst. Mor sier at hun er like sta og stolt som faren, så ingen av dem kommer til å innrømme skyld. Etter et par uker bestemmer jenta seg for å selv kontakte far, men er redd for hva som kan skje. Ulike scenarioer skisseres opp og snakkes igjennom, slik at hun er litt forberedt uansett utfall. To uker etter ringer hun til Psykhjelpen og forteller at hun har ringt til far. De snakket sammen en stund uten at hun ble sint, og de avtalte å møtes. Det var den siste kontakten hun hadde med Psykhjelpen.

## **Vignett 2**

En 17 år gammel gutt, som over tid har vært klient ved Psykhjelpen, tar kontakt på vegne av en jevngammel kamerat og bestiller time. Kameraten møter opp til timen, og forteller at han lenge har tenkt på å kontakte hjelpeapparatet. Et par ganger har han vært på vei inn på helsestasjonen, men snudd i døra da han har tenkt at problemene ikke er så alvorlige at han trenger hjelp.

Han har vært konstant nedstemt over en tid, og har kuttet seg litt på underarmen. Da det ikke hadde noen effekt, sluttet han med kuttingen etter kort tid. Han sover og spiser dårlig, og han kommer seg ikke på skolen. De eneste gangene han føler seg i bedre humør er når han drikker alkohol, og dette blir stadig oftere, nesten daglig. Han får lite støtte hos familien, ingen viser forståelse for at han har det vanskelig.

Til å begynne med oppfordres han til å kartlegge matvaner, alkoholinntak og søvnmønster, og samtidig registrere humøret sitt. Etter en uke forteller han at registreringen gjør ham mer bevisst, han spiser mer regelmessig, drikker alkohol like ofte, men i mindre mengder, og han sover bedre.

I den tredje samtalen forteller han at han hører stemmer, som om noen snakker til ham fra utsiden, og at det har pågått i et par måneder. Dette skremmer ham, og han er redd han er i ferd med å bli alvorlig syk. Han blir bedt om å registrere stemmenes frekvens, intensitet, varighet og innhold, samtidig som han fortsetter å kartlegge mat, alkohol og søvn. Uken etter viser registreringene at stemmene er imperative, og at han har begynt å gjøre som de sier for å dempe dem. Med hans samtykke tar Psykhjelpen kontakt med fastlege, og etter en fellessamtale blir han viderehenvist til BUP.

## Avsluttende refleksjon

Etter 18 måneders drift synes Psykhjelpen på Tvibit å fylle et behov for rådgivning og behandling i ungdomspopulasjonen. Spesielt tror vi at det å tilby ungdom denne type tjeneste på deres eget ungdomskulturhus er med på å senke terskelen for å søke hjelp for psykososiale vansker. At Psykhjelpen er ett av flere andre tilbud på ungdomskulturhuset, er med på å signalisere at psykososiale problemer både er vanlige og naturlige å søke hjelp for. Samtidig er vi opptatt av at Psykhjelpen ikke skal ta større plass enn de andre tilbudene på Tvibit, nettopp for å opprettholde den viktige balansen mellom kreativ utfoldelse og problemorientering. Studentenes veileder ved PPT for videregående opplæring i Troms har arbeidet i feltet i nærmere 35 år. Han mener at Psykhjelpen klarer å fange opp ungdom med til dels alvorlige problemer, som ikke ville blitt fanget opp av andre instanser. Dette er vår viktigste erfaringer så langt: at Psykhjelpen når frem til alle typer ungdom med til dels stor variasjon i sine vansker, både relasjonsproblemer, problemer med psykisk helse og skoleproblemer. Slik sett er Psykhjelpen et forebyggingstiltak på mange nivåer.

Foruten å være et resultat av et formelt samarbeid mellom HSU, PPT for videregående opplæring i Troms og Institutt for psykologi, har Psykhjelpen hatt møter med PPT for grunnskolen i Tromsø, poliklinikken for barns og unges psykiske helse (BUP, Tromsø) og politiet. Psykologstudentene som har arbeidet ved Psykhjelpen har også undervist og holdt kurs for lærere, rådgivere, og rektorer om psykisk helse, og effektevaluert en undervisningspakke om psykisk helse utviklet for ungdomskoletrinnet (RPH, 1999–2006).

I en tre års prosjektperiode finansieres Psykhjelpen av Stiftelsen Helse og Rehabiliteringsprogram for forebygging, gjennom Rådet for psykisk helse. I løpet av et par år er planen at Psykhjelpen skal legges inn under den obligatoriske klinikkundervisningen på fjerde året ved profesjonsstudiet i psykologi. Det arbeides med å legge flere forebyggingstiltak inn under overskriften Psykhjelpen, blant annet internettbasert psykologisk rådgivning og selvhjelpsprogram for depresjon. På denne måten ønsker Institutt for psykologi at *alle* nyutdannede psykologer fra Universitetet i Tromsø skal ha solid teoretisk, klinisk og forskningserfaring innen forebyggende psykisk helsevern og tverretattlig samarbeid på tvers av faggrupper og sektorer. Gitt de enorme utfordringer samfunnet står overfor hva angår forebygging av psykisk helse, påhviler det utdanningsinstitusjonene et stort ansvar for å utdanne fagfolk som er i stand til å møte disse utfordringene. For å muliggjøre en slik kompetanseheving må det derfor tenkes nytt om den kliniske grunnutdanningen av psykologer.

De psykologstudentene som har arbeidet ved Psykhjelpen, har høstet en unik og verdifull erfaring fra tverrfaglig forebyggingsarbeid blant ungdom. De har gjennomført fullverdig og nyskapende psykologarbeid i studietiden, ervervet erfaring med tverrfaglig arbeid og gjennomført forskning i sin kliniske hverdag. Rådgivningsarbeid på førstelinjenivå blir ikke lenger betraktet som «kjedelig» av psykologstudenter i Tromsø. Vi håper Psykhjelpen er et bidrag til å gi arbeid i førstelinjetjenesten for psykologer den høye status det fortjener.

Catharina E. Wang  
 Institutt for psykologi  
 Universitetet i Tromsø  
 9037 Tromsø  
 Tlf 77 64 64 46  
 E-post cwang@psyk.uit.no

## Referanser

- Gjærum, B., Grøholt, B. & Sommerschild, H. (1998). *Mestring som mulighet i møte med barn, ungdom og foreldre*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Helsedepartementet (2004). Regjeringens strategiplan for barn og unges psykiske helse. ...sammen om psykisk helse... Publikasjonskode I-1088. Brosjyre.
- Hersen, M. & Ammermann, R. T. (2000). *Advanced abnormal child psychology* (2nd ed.). Mahwah, New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.
- Jentoft, G. (2003). *Helsestasjon for ungdom, Årsmelding*, Tromsø kommune, Tromsø.
- Jentoft, G. (2005). *Tillitsfulle stemmer: Unges møte med helsestasjonen*. Masteroppgave, MPH 2005:11, Nordiska högskolan för folkhälsovetenskap, Göteborg.
- Klefbeck, J. & Ogden, T (1999). *Nettverk og økologi. Problemløsende arbeid med barn og unge* (3. utg.). Oslo: Tano Aschehoug.
- Klerman, G. L., Lavori, P. W., Rice, J., Reich, T., Endicott, J., Andreasen, N. C., Keller, M. B., & Hirschfeld, R. M. A. (1985). Birth-cohort trends in rates of major depressive disorder among relatives of patients with affective disorder. *Archives of General Psychiatry*, 42, 689–693.

- Klerman, G. L. & Weissman, M. M. (1992). The course, morbidity, and costs of depression. *Archives of General Psychiatry*, 49, 831–834.
- Murray, C. L. & Lopez, A. D. (1998). The global burden of disease: A comprehensive assessment of mortality and disability from disease, injuries and risk factors in 1990 and projected to 2020. Boston: Harvard University Press.
- Mæland, J. G. (2002). *Forebyggende helsearbeid i teori og praksis*. Oslo: Tano Aschehoug.
- Rapaport, J. (1981). In praise of paradox: A social policy of empowerment over prevention. *American Journal of Community Psychology*, 9, 1–25.
- Rådet for psykisk helse (1999–2006). Alle har en psykisk helse. Prosjektarbeid i 8., 9., 10. klasse. Tilgjengelig på: <http://www.psykiskhelse.no/alle.asp> Dato: 11.10.2005
- Sartorius, N., Jablensky, A., Gulbinat, W. & Ernberg, G. (1980). WHO collaborative study: Assessment of depressive disorders. *Psychological Medicine*, 10, 743–749.
- Segal, V. Z., Williams, J. M. G. & Teasdale, J. D. (2002). *Mindfulness-based cognitive therapy for depression. A new approach to preventing relapse*. New York: The Guilford Press.
- Solomon, D. A., Keller, M. B., Leon, A. C., Mueller, T. I. et al. (2000). Multiple recurrences of major depressive disorder. *American Journal of Psychiatry*, 157, 229–233.
- Statistisk sentralbyrå (2002). <http://www.ssb.no/valgaktuelt/arkiv/art-2003-09-08-01.html>
- Verdens helseorganisasjon (2003). *Depression*. Lastet ned 20. September 2003 fra <http://www.who.int/mipfiles/1956/Depression.pdf>
- Aanonsen, A.-M. (2004). En allmenn psykisk helsetjeneste i kommunene. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 41, 1018.