

BACHELOROPPGAVE

”Hvordan arbeider en sosionom i BUP med behandling av ungdom med psykiske lidelser som angst og depresjon?”

og

”Hvilke utfordringer kan en sosionom møte på i behandlingen av ungdommene i BUP?”, og ”hvilke metoder og/eller teorier arbeider sosionomen etter i behandlingen av ungdommene?”

av

Kandidat 16

Anna Helen Hamre

Sosialt Arbeid
SOS5 - 302
Mars 2011



INNHOOLDSLISTE

1.0 Innledning	1
1.1 Oppgavens oppbygging.....	1
2.0 Metode	2
2.1 Intervju som metode.....	3
2.2 Litteraturstudie som metode.....	4
3.0 Barne og ungdomspsykiatrisk poliklinikk (BUP)	6
3.1 Ungdommen får kontakt med BUP – utredning, diagnostisering og behandling.....	7
4.0 Psykiske lidelser blant ungdom mellom 12 og 18 år	7
4.1 Angst.....	8
4.2 Depresjon.....	9
4.3 Blandet diagnose – angst og depresjon samtidig.....	9
5.0 Behandling av angst og depresjon hos ungdom	10
5.1 Helhetssyn i behandlingen av den unge.....	10
5.2 Brukermedvirkning: alfa og omega i behandlingen.....	10
6.0 Ulike perspektiv i behandlingen	11
6.1 Det psykiatriske perspektiv og medikamentell behandling.....	12
6.2 Det behavioristiske perspektiv og atferdsterapi, med vekt på kognitiv atferdsterapi (KAT).....	12
6.3 Det psykodynamiske perspektiv og relasjonen som helbredende kraft.....	13
6.4 Det systemiske perspektiv med vekt på familierterapi.....	15
6.5 Ikke bare èn modell, men flere!.....	16

7.0 Utfordringer en kan møte på i behandling av ungdommer i BUP	17
7.1 Marginalisering av sosialfaglig arbeid?.....	18
7.2 Ungdom som velger bort behandlingen.....	19
8.0 Konklusjon	20
Litteraturliste	22
Vedlegg 1: Intervjuguide.....	26
Vedlegg 2: Informasjonsbrev vedrørende intervju av sosionom i barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk – BUP.....	27

1.0 Innledning

Vi regner med at 15 % av ungdom i den vestlige verden har en nedsatt funksjon på grunn av psykiske lidelser som angst, depresjon og atferdsforstyrrelser. Fra 12 – 14 års alder, og videre fremover i puberteten, er angst og depresjon de største diagnosegruppene. Ungdom med angst utgjør 10 – 15 %, og ungdom med depresjon ligger rundt 3 – 8 %. Det er en stor likhet mellom angst og depresjon. Cirka 40 % av ungdom med depresjonslidelse har også en angstlidelse, og cirka 20 % av ungdom med angst har også depresjon (Mathiesen, 2009). Om lidelsene vedvarer over tid kan det få alvorlige konsekvenser for den unges trivsel, utvikling og forholdet til andre mennesker (Helsedepartementet, 2009). Konsekvensene av psykiske lidelser kan være fatale, i verste fall selvmord (Brookman & Sood, 2009). Derfor mener jeg at det er viktig å ha et søkelys på behandling av ungdom. Problemstillingen min lyder som følger:

”Hvordan arbeider en sosionom i BUP med behandling av ungdom med psykiske lidelser som angst og depresjon?”

Jeg vil også finne ut av: *”Hvilke utfordringer kan en sosionom møte på i behandlingen av ungdommene i BUP?”*, og *”hvilke metoder og/eller teorier arbeider sosionomen etter i behandlingen av ungdommene?”*

I følge ”rammeplanen for treårig sosionomutdanning”, skal en sosionom ha kunnskap om psykiske lidelser og hvordan disse lidelsene oppstår, og hvordan de kan forebygges og behandles (www.regjeringen.no). En sosionom kan arbeide med å forbygge, løse og redusere sosiale problemer i samfunnet, og det innenfor et vidt spekter av arbeidsfelt. Spesialisthelsetjenesten, innenfor psykisk helse for barn, unge og voksne er ett av dem (FO, 2008). Derfor mener jeg at mitt valg av tema og problemstilling har relevans for faget ”sosialt arbeid.”

1.1 Oppgavens oppbygging

I oppgaven kommer jeg til å ta for meg ungdom mellom 12 og 18 år. Dette fordi det er den vanligste aldersinndelingen innenfor ungdomspsykiatri (Snoek, 2002). Jeg har valgt å intervju to sosionomer som arbeider med behandling av ungdom med angst og depresjon på

BUP (barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk). BUP er en tjeneste innenfor psykisk helsevern som gir behandling til barn og unge under 18 år og deres familier. Institusjonen gir mulighet for at ungdommen kan være der på dagtid og i noen tilfeller natten over (Sosial- & Helsedirektoratet, 2008). De ulike arbeidsmetodene i BUP er utredning, diagnostisering og behandling. Det er behandlingen av ungdommen jeg skal ta sikte på i denne oppgaven. Grunnen til at jeg valgte BUP som forskningsfelt er fordi institusjonen har erfaring med behandling av ungdom. De samarbeider tverrfaglig med andre institusjoner og instanser, så derfor har de en bred kunnskap om ungdommen de tar imot. De har også kunnskap om hvilke behandlingsformer som nytter, og hvilke behandlingsformer som ikke nytter, og hva som er viktig i en behandling. Jeg vil forholde meg til sosionomens rolle i behandlingen av ungdommen. Dette fordi jeg vil finne ut av hvordan jeg, som framtidig sosionom, kan behandle ungdom med psykiske lidelser.

Min oppgave starter først med en metodedel, der jeg begrunner valg av metode, kilder jeg har funnet fram til, samt forskningsetiske vurderinger. Deretter kommer jeg til å gi en liten innføring i BUP, hva som skjer når ungdommen kommer til BUP og ulike behandlingsmetoder som er vanlig. Jeg vil også ha en innføring om psykiske lidelser blant ungdom, og om de lettere psykiske lidelsene angst og depresjon. Jeg velger å legge det opp på denne måten så leseren skal få en innføring i det som er viktig å vite før jeg tar for meg hoveddelen. I hoveddelen har jeg med behandlingen av ungdom i BUP, og sosionomens rolle i behandlingen. Jeg har også valgt å ha med ulike perspektiv en kan arbeide etter i behandlingen. Dette fordi det kan gi en liten pekepinn på hvilke behandlingsmetoder som finnes i BUP, og hva som best kan egne seg i ulike situasjoner. Så kommer utfordringer som en sosionom kan støte på i behandlingen. Jeg har tatt med informantenes erfaringer i hoveddelen. Til slutt vil jeg oppsummere mine funn, og komme med en konklusjon.

2.0 Metodedel

Metode vil si ulike fremgangsmåter som gjør at en får fram ny kunnskap, eller at en etterprøver påstander og finner de som sanne, gyldige eller holdbare. Det er redskapet vi bruker i møte med noe vi vil undersøke. På en enkel måte kan vi si at det er en måte å samle inn informasjon på. I denne oppgaven har jeg valgt to ulike metoder som skal belyse min problemstilling. Det er intervju og litteraturstudie. Vi kan skille mellom kvantitative og

kvalitative metoder, der intervju og litteraturstudie er en måte å undersøke på innenfor kvalitative studier (Dalland, 2007). I en kvalitativ metode får vi undersøkt i dybden, som vil si at vi får mye informasjon om få enheter, i motsetning til kvantitative studier der en undersøger i bredden og får informasjon om mange enheter (Jacobsen, 2003).

2.1 Intervju som metode

Siden jeg valgte å skrive om behandling på en institusjon som BUP, ble det et naturlig valg å velge et forskningsintervju. Dette fordi intervjuets formål er å få tak i intervjupersonen (sosionomen på BUP) sin egen beskrivelse av situasjonen han/ hun befinner seg i (behandlingen av ungdommen på BUP). Det er viktig for meg å få tak i informantens egen beskrivelse av behandlingen, hvordan vedkommende arbeider og hvilke utfordringer en kan støte på i behandlingen. Det finnes ikke tilstrekkelig kunnskap i eksisterende kilder, så for å svare godt på problemstillingen jeg har valgt, har jeg sett det nødvendig å foreta egne intervju. Fagpersonene jeg har intervjuet er primærkilder (førstehåndskilder), som sitter med egen kunnskap og erfaring på feltet. Det er skrevet lite om sosionomer og behandling av ungdom. Det lille jeg har funnet ut, er om BUP og behandling generelt, og siden det er sosionomens rolle jeg vil ha tak i, er det naturlig med intervju. Siden det er lite fagstoff om sosionomens rolle i behandling av ungdom med angst og depresjon, er det muligheter for at jeg får fram ny kunnskap gjennom egen forskning. Det er også en grunn nok til å velge intervju som metode i denne oppgaven. På grunn av tid og omfang på oppgaven har jeg gjennomført to intervju. Siden informanten kommer med egne, personlige meninger, må jeg ha dette klart for meg i intervjuet og i oppgaven jeg skal skrive. Det som kommer fram i intervjuene er en enkeltpersons meninger, og kan nødvendigvis ikke gjelde for andre sosionomer på andre institusjoner (ekstern gyldighet). Siden jeg har funnet ut det jeg ville finne ut, altså sosionomens personlige synspunkt og erfaringer om behandlingen av ungdommen i BUP, mener jeg at oppgaven har en intern gyldighet (Jacobsen, 2003).

Den første kontakten med informantene fant sted på telefon. Etter at vi hadde funnet fram til tid og sted for intervjuet, skrev jeg et informasjonsskriv til begge som jeg leverte på e-post et par dager etter vår første samtale. Jeg valgte å sende et informasjonsskriv (se vedlegg 2) for å informere om tema, problemstilling, konfidensialitet (taushetsplikt) med mer. Jeg valgte å sende spørsmålene til intervjuet på forhånd. De ble sendt med informasjonsskrivet. Det kunne være en fin måte for informanten å forberede seg til intervjuet, og spørsmålene som ville bli stilt. Intervjuene fant sted på poliklinikkene der informantene jobber. Det ene varte i tre

kvarter og det andre varte i nesten to timer. Det ble brukt båndopptaker. Jeg valgte å ha åpne, ustrukturerte intervju. Dette fordi det var få enheter som skulle intervjues (to). Jeg ville ha mest mulig informasjon om ett tema, og jeg var spesielt interessert i hva sosionomene jeg intervjuet hadde å fortelle meg (Jacobsen, 2003). Spørsmålene jeg ville ha svar på måtte ikke nødvendigvis svares på i rekkefølge, og de ble tilpasset den enkelte intervjusituasjon. Det gjorde at jeg måtte passe ekstra godt på. Jeg måtte hente inn informantene hvis de beveget seg inn på områder som det ikke var rom for (Johannessen, Tufte & Kristoffersen, 2006). Informasjonen jeg fikk av informantene var relevant (valid) i forhold til min problemstilling.

Informantene jeg har intervjuet på BUP er utdannede kliniske sosionomer innenfor voksenpsykiatri/ barne- og ungdomspsykiatri og psykisk helse. De fleste sosionomer som arbeider i BUP er videreutdannet som kliniske sosionomer. Etter grunnutdanningen på tre år, kan en velge å videreutdanne seg videre som klinisk sosionom. På grunn av informantenes rett til anonymitet, og det etiske aspektet ved et intervju, har jeg valgt å henvise informantene som informant én og to i oppgaven. Jeg kommer også til å referere til de som "han", for å ta fokuset vekk fra informantenes kjønn. Jeg kommer heller ikke til å benytte alder i oppgaven, eller annet som kan identifisere informantene.

2.2 Litteraturstudie som metode

I tillegg til å ha foretatt to intervju, har jeg brukt litteraturstudie. I en litteraturstudie prøver en å finne fram til litteratur som er relevant i forhold til problemstillingen en har valgt. Det vil si at en bruker eksisterende litteratur for å belyse problemstillingen (Dalland, 2007). Når jeg skulle søke etter litteratur på nettet, var det ulike søkeord som ga best utslag. Det var søkeordene "psykiske lidelser", ungdom med psykiske lidelser", "angst og depresjon" (og ordene hver for seg), "behandling av ungdom med angst (og depresjon)" og "behandling i BUP". Noen ganger ble det nødvendig å sette sammen søkeordene på en annen måte.

På nettet var jeg innom ulike databaser som "Academic Search Premier", "Bibsys Ask" og "Ebsco". På "Bibsys" fant jeg bøker og artikler som jeg reserverte eller bestilte. Jeg fant en del litteratur på nettsidene til "Folkehelseinstituttet" og "Tidsskrift for Norsk psykologforening". I begynnelsen merket jeg at "all" litteratur var spennende og "relevant". Jeg måtte derfor foreta en begrensning. Jeg fant ut alt jeg *ikke* ville finne ut av, og det begrenset søket mitt betraktelig. Etter det ble søket lettere, fordi jeg da fant materiale som jeg kunne bruke. Det var en fin læreprosess, men også en utfordring i arbeidet mitt med litteraturen.

Litteraturen jeg har brukt er artikler, tidsskrifter, rammeplan, forskningsrapporter, lærebøker, pensumbøker, strategiplan fra regjeringen, veiledere og opplysningshefter. Jeg har i min litteraturstudie funnet en del førstehåndslitteratur, som er den opprinnelige utgaven av en tekst, eller opptrykk. Det er originallitteratur som kan belyse ny forskning, eller forskning som originalforfatteren selv har funnet ut. Jeg valgte å gjøre det på denne måten fordi litteraturen skal være mest mulig gyldig i forhold til det jeg skriver om (Dalland, 2007). Originallitteraturen har jeg først og fremst funnet i rapporter, tidsskrifter og ulike vitenskapelige artikler. Det er i denne type litteratur de nyeste forskningsresultatene presenteres. Jeg har for det meste holdt meg til forskning gjort i Norge, men på grunn av lite forskning om temaet "ungdom og psykiske lidelser" måtte jeg også gå til artikler og tidsskrifter fra andre land. Da har jeg funnet artikler fra amerikansk og engelsk forskning.

Siden jeg har valgt en problemstilling som tar for seg behandling av ungdom, har jeg valgt å ta for meg en engelsk artikkel som omhandler behandling av angst og depresjon. Forskningen er foretatt i England. Jeg har valgt denne artikkelen for å vise hva forskningen i England har funnet ut på dette området. Artikkelen "*Cognitive behavioural therapy for anxiety disorders in children and adolescents*" er funnet på "The cochrane library", på databasen til høyskolen. På "Cochrane" finnes oppdaterte oversikter i fulltekst over vurderinger av relevant forskning innenfor medisin og helsefag. James, Soler og Weatherall (2009) har skrevet artikkelen, og arbeider ved sykehus og i psykiatrien. En annen vitenskapelig artikkel jeg har brukt er amerikansk, og er funnet på "Proquest medical collection", også denne på høyskolen sin database. "*Disorders of mood and anxiety in adolescents*" tar for seg hvordan angst og depresjon forløper seg hos ungdom, kjennetegn, utfall og hvordan en kan behandle lidelsene på bakgrunn av god forståelse av de to lidelsene. Artikkelen kommer opprinnelig fra "The clinics of north America" (www.theclinics.com), og forfatterne er Brookman og Sood (2006). En av de norske artiklene jeg har valgt kommer fra "Folkehelseinstituttet", og er en omfattende rapport om status for psykiske lidelser i Norge (Psykiske lidelser i Norge: et folkehelseperspektiv, rapport 2009:8). Den er i to deler. Jeg har valgt å ha med den andre delen (del 2: barn og unge), skrevet av Kristin Schjelderup Mathiesen. Den tar for seg psykiske lidelser blant barn og unge, ulike symptom, present og risikofaktorer. Den neste rapporten er fra Elisabeth Myrstad (2009) og heter "*Psykoterapi med ungdom: Terapeutiske og profesjonelle utfordringer*." Den handler om ulike metodiske grep som kan benyttes i stedet for den tradisjonelle psykodynamiske modellen, og hva en bør tenke på i behandlingen av ungdom. I tillegg til disse fire artiklene har jeg også funnet andre artikler jeg vil bruke. I

”Tidsskrift for norsk psykologforening” har jeg funnet en artikkel fra 2011 om kognitiv atferdsterapi (KAT), skrevet av Bente S. M. Haugland. Den er relevant for meg når jeg skal ta for meg behandlingen i BUP. Jeg har også funnet en spennende artikkel i tidsskriftet til fellesorganisasjonen (Fontene), om utfordringer en sosionom kan møte på i barne- og ungdomspsykiatrien. Den har blitt brukt en god del i oppgaven, og er skrevet av Vika & Jørgensen (2009). Den siste jeg vil nevne er en artikkel fra Sverige, skrevet av Lars Westerstrøm (2010). Den tar for seg systemteori i behandlingen av barn og unge i BUP, og omfatter ellers hans tanker rundt modeller og teorier i BUP. Jeg kommer også til å benytte meg av andre artikler, men jeg har her nevnt de mest sentrale for min oppgave.

I min oppgave vil jeg først og fremst benytte meg av litteraturen som utgangspunkt for oppgaven. Det vil si at det først og fremst er det som har kommet fram i andre sin forskning, som oppgaven skal ta sikte på. Jeg vil sammenligne mine funn med det som forskningsfeltet har funnet ut, og intervjuet vil bli brukt til å støtte opp om det jeg finner ut i litteraturen. Ved å søke i forskjellige kilder, fikk jeg ideer til både tema, problemstilling og intervju spørsmål. Litteraturen har dermed vært med på å forme min forskning. Litteraturen blir mitt hovedverktøy i oppgaven, og intervjuet med informantene blir et verktøy som skal bygge opp under forskningen som allerede finnes på feltet. Siden det er lite forskning på sosionomens rolle i behandling av ungdommer på BUP, vil forhåpentligvis mine informanter være med på å belyse viktige sider ved behandlingen av ungdommene i BUP.

3.0 Barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk (BUP)

BUP er en andrelinjetjeneste, som vil si at institusjonen er under statlig ansvar etter sykehusreformen fra 2002. Gjennomføring av psykisk helsevern skjer i spesialisthelsetjenesten, og er underlagt de regionale helseforetakenes ansvarsområde (www.regjeringen.no). Når vi snakker om BUP, og ungdommenes kontakt med denne institusjonen, er det BUP poliklinikker og sengeavdelinger som er de mest aktuelle innenfor spesialisthelsetjenesten. Ofte er det samarbeid mellom de ulike avdelingene innenfor denne tjenesten (www.ssb.no). I denne oppgaven kommer jeg til å ta for meg BUP poliklinikker, innenfor psykisk helsevern. Dette fordi det er der de fleste unge blir behandlet for sine psykiske lidelser. Hele 95 % av de som mottar tjenester i fra BUP, får poliklinisk behandling. (Kristofersen, 2007).

3.1 Ungdommen får kontakt med BUP – utredning, diagnostisering og behandling

BUP er en andrelinjetjeneste og ligger dermed på et statlig tjenestenivå. Dette kan gjøre det vanskeligere for ungdommen å få kontakt med tjenesten, og det kan være lengre ventetid enn det er i førstelinjetjenesten, som er på kommunalt nivå (Helsedirektoratet, 2008). Vanligvis kommer ungdommen til poliklinikken via en henvisning fra lege. Det dreier seg ofte om sammensatte problemer hos barn og unge med psykiske lidelser. Derfor blir utredning, diagnostisering og behandling i BUP lagt opp på en sån måte at flere metoder og fagfolk blir tatt i bruk samtidig. Min første informant forteller at de jobber tverrfaglig på avdelingen, med pedagog, lege, psykolog og klinisk sosionom. Det gjør at hver og en har sitt spesialområde, sånn at ungdommene kan få den hjelpen han eller hun trenger (Borgen & Garløv, 2004).

Utredningen kan gå svært grundig for seg. Det kan bli foretatt kroppslige undersøkelser, ulike tester av ungdommen, standardiserte spørreskjema, intervjumetoder og familiearbeid. I BUP er det viktig å samarbeide med familien til den enkelte, for forstå hvordan en på best mulig måte kan hjelpe ungdommen Etter en grundig utredning setter sosionomen, og andre fagfolk som for eksempel psykologer og barnevernspedagoger, de forskjellige bitene på plass for å gi ungdommen en diagnose. For å få satt en riktig diagnose vil en også ta med om ungdommen har en utviklingsforstyrrelse, om det er fysiske lidelser tilstede, ungdommens sosiale situasjon, funksjons – og evnenivå (Borgen & Garløv, 2004). Etter dette skal det utarbeides en behandlingsplan sammen med ungdommen og/ eller foreldre. Planen skal være konkret og tidsavgrenset (Helsedirektoratet, 2008). Hvilken behandling en velger er bestemt av tre ulike faktorer. En må vurdere hvilken behandling som er den mest effektive i forhold til ungdommens tilstand, om familien og ungdommen har mulighet/ kapasitet til å ta i mot dette tilbudet og om hjelpeapparatet har de ressursene og mulighetene som skal til for å hjelpe ungdommen (Borgen & Garløv, 2004).

4.0 Psykiske lidelser blant ungdom mellom 12 og 18

Forekomsten av psykiske lidelser øker med alderen, og ungdom har andre typer plager enn barn og voksne. I motsetning til mange andre sykdommer, er årsakssammenhengene til psykiske lidelser uklare, sammensatte og vanskelige å definere (Mathiesen, 2009). Det er en stor og mangartede gruppe problemer/vansker. De er svært ulike, så derfor er det vanskelig å beskrive de under ett. På grunn av ulikheten og variasjonen blir det derfor vanskelig å

definere psykiske lidelser. Vi kan forklare det som: *en egen opplevd erfaring i forbindelse med en tilstand som gir seg til kjenne ved avvikende atferd, tankegang, måter å snakke på som er vanskelig å forstå, følelsesuttrykk eller på andre måter som gjør at vedkommende havner utenfor fellesskapet i sine omgivelser* (Haugsgjerd, Jensen, Karlsson & Løkke, 2009). Det er plager og symptomer som påvirker tanker, følelser, atferd, væremåte og omgang med andre (Mathiesen, 2009).

Psykiske lidelser opptrer i mange forskjellige varianter, og i forskjellige grader. I min oppgave tar jeg for meg lettere psykiske lidelser, som angst og depresjon. Angst og depresjon blir også kalt "emosjonelle lidelser." Det vil si at for eksempel ungdommen (som har utviklet symptomer som angst og depresjon) tilegner seg og oppfatter lidelsen på en subjektiv måte. Det er ungdommens personlige oppfatning av lidelsen som er det sentrale (Mathiesen, Karevold & Knudsen, 2009). Lettere psykiske lidelser er så utbredt i dag at de blir kalt en "folkesykdom" (Samfunnsspeilet 5/2001), og det er angst og depresjon som er de vanligste (Mathiesen, 2009). Derfor kan det være spennende å se på behandlingen i forhold til ungdom som kommer inn under denne gruppen. Jeg vil nå fortelle litt om angst og depresjon.

4.1 Angst

Som nevnt i innledningen utgjør angst 10 – 15 %. En kan derfor si at det er et vanlig symptom hos ungdom, selv blant ungdom som utvikler seg etter vanlige standarder. Vi snakker om en angsttilstand først når angsten blir en følelsesmessig forstyrrelse eller lidelse der angsten er sterkt forsterket, i forhold til det som vi regner som normal angst (Borgen & Garløv, 2004). Mathiesen, Karevold & Knudsen (2009) forteller at angst er engstelse som er uregelmessig for alderen, og som oppleves veldig skremmende. Angsten forårsaker en opplevelse av ubehag, og påvirker ungdommens funksjon i hjemmet og på andre arenaer som for eksempel skole og fritid. Det er for eksempel ikke uvanlig at en tolvåring føler ubehag ved å komme inn på en buss med andre, og gjerne hvis det er eldre medelever. Men hvis dette hemmer ungdommen i å ta bussen kan dette være et symptom på en angstlidelse.

Vi kan skille mellom ulike typer angst. De vanligste angstlidelsene som opptrer i ungdomstiden er generalisert angstlidelse og sosial angst. En regner med at mellom 3 – 5 % av ungdom har en generalisert angstlidelse, og 1 % har sosial angst (Brookman & Sood, 2009). Generalisert angstlidelse er angstsymptomer som kommer til uttrykk i sterkere eller svakere grad, uten at de utløses i bestemte situasjoner. De kommer ikke anfallsvis på den

samme tydelige måten som ved andre angstlidelser. En kan da ikke vite når eller hvorfor angsten kommer til uttrykk (Haugsgjerd mfl., 2009). Sosial angst er når en er redd for fremmede (Borgen & Garløv, 2004), og der en har angst for å møte på, og måtte forholde seg til, andre mennesker enn de man kjenner godt og er trygg på fra før (Haugsgjerd mfl., 2009). En er da også redd for andres vurdering av seg selv (Mathiesen, Karevold & Knudsen, 2009).

4.2 Depresjon

Internasjonale studier viser at 15 – 20 % av ungdom under 18 har hatt en depressiv lidelse en eller annen gang i løpet av livet. Av disse ungdommene er det mellom 4 og 8 % som oppfyller diagnosekriteriene for depresjon (Mathiesen, Karevold & Knudsen, 2009). Selv om en ungdom er nedstemt og lei seg en periode, er dette helt normalt. Det er først når nedstemtheten påvirker alle de tre aspektene av personligheten (følelse, tanke og kropp), at vi kan se på tilstanden som en depresjon (Olsson, 2006). Vanlige symptomer på depresjoner hos eldre barn og ungdom er nedstemthet, passivitet, mangel på glede og interesse for aktiviteter. Det kan også vise seg ved søvnproblemer, manglende matlyst, vekttap eller vektøkning, tilbaketrekking, konsentrasjonsvansker med mer. Barn og unge kan ha andre symptomer på lidelsene enn voksne, for eksempel ved å vise irritabilitet i stedet for tristhet, som er mer typisk for voksne (Mathiesen, Karevold & Knudsen, 2009). Ungdommen må ha fem av ni ulike symptomer på en depresjon i minst to sammenhengende uker for at det skal kalles en ”egentlig depresjon”. Det vil si at følelser og atferd kommer til uttrykk ved forandringer i hjernefunksjonen. Ungdommen får kroppslige symptomer, og klarer ikke resonnerer logisk og dermed hjelpe seg selv (Statens legemiddelverk, 2004 i Olsson, 2006).

4.3 Blandet diagnose – angst og depresjon samtidig

Det er ikke uvanlig at depresjon kan eksistere eller oppstå samtidig som angst, eller omvendt. Dette blir kalt en blandet diagnose. Angst utvikler seg som oftest i barndommen, men blir etterfulgt av depresjon når ungdomsårene kommer (Brookman & Sood, 2006; Olsson, 2006). Min første informant forteller at det er som regel sånn at du har både angst og depresjon samtidig. En blandet diagnose. ”Han” forteller videre at det er mange som får en diagnose der de har både angst og depresjon. Det er vanskelig å si hva som kommer først, angsten eller depresjonen, men det er langt fra uvanlig at den ene følger den andre (Lønne, 2008).

5.0 Behandling av angst og depresjon hos ungdom

Forekomsten av depresjoner og angst øker gjennom ungdomsårene (Borgen & Garløv, 2004), og derfor er det viktig å få tak i ungdommene og gi dem riktig behandling hvis de har behov for det. Behandling av en lidelse bør rettes mot årsaken(e) til lidelsen (Haugsgjerd mfl., 2009), og siden det er ulike grunner til at en ungdom utvikler angst og depresjon, bør poliklinikken ha en bredde i sitt behandlingstilbud for å imøtekomme ulike behov hos ungdommen (Helsedirektoratet, 2008). Det er to prinsipp som bidrar til dette, og som står sterkt hos mine informanter.

5.1 Helhetssyn i behandlingen av den unge

Sosionomstudiet, og faget sosialt arbeid, legger til grunn et helhetlig syn på mennesket. Et helhetssyn tar ofte utgangspunkt i brukerens egen forståelse av hvordan han blir sett, forstått og behandlet helhetlig. Hovedfokuset er på hva som er relevant for brukeren. Det vil si hans livssituasjon, livshistorie og sosiale sammenheng (Hutchinson, 2009). Individ og samfunn påvirker hverandre gjensidig, så sosionomen må derfor ha et fokus på omgivelsene rundt ungdommen (Shulman, 2003 i FO, 2008). For eksempel skolen, hjemmet, fritid med mer. I ”opptrappingsplanen for psykisk helse” er ett av hovedmålene at tjenestene i BUP skal være tilpasset brukerne, og at de skal fungere helhetlig og sammenhengende. En helhetlig behandling bør derfor være tilstede (Kristofersen, 2007).

For å få til en helhetlig behandling er det et viktig virkemiddel som er alfa og omega. Det er brukermedvirkning (Helsedirektoratet, 2008). Jeg vil nå si litt om hva dette innebærer.

5.2 Brukermedvirkning: alfa og omega i behandlingen

I sosialt arbeid står brukermedvirkning sentralt. I behandlingen av ungdommen i BUP blir det satt krav om brukermedvirkning, der vi skal høre på brukeren og gi han/hun innflytelse. Pasientrettighetsloven § 3-1, kapittel 3, sier at *”pasienten har rett til å medvirke ved gjennomføring av helsehjelpen. Pasienten har herunder rett til å medvirke ved valg mellom tilgjengelige og forsvarlige undersøkelses- og behandlingsmetoder. Medvirkningens form skal tilpasses den enkeltes evne til å gi og motta informasjon”* (Vika & Jørgensen, 2009; www.lovdatab.no). Brukermedvirkning foregår på individ- og samfunnsnivå (Helsedirektoratet, 2008). Jeg vil nå si litt om hva det innebærer.

På individnivå skal ungdommen, som er ekspert på seg selv og sine problemer, i fellesskap med sosionomen sette opp mål for behandlingen. Det skal settes opp en behandlingsplan der målene blir beskrevet. Sosionomen skal sammen med ungdommen diskutere og avtale rammene for behandlingen, som for eksempel tid, sted, hvor ofte osv. Etter en periode med behandling kan det være lurt å evaluere behandlingen som har blitt gjennomført så langt. Hva har fungert, og hva er det som ikke har fungert like bra? Selv om brukeren av tjenesten er ungdommen, blir også foreldrene, eller andre ansvarlige, regnet som brukere. Derfor må en også se nødvendigheten av et godt foreldresamarbeid, og gi de rett til å si sin mening og medvirke i det som skjer. Det er foreldrene som har ansvaret for ungdommens situasjon, og de er derfor en viktig støttespiller i deres liv (Helsedirektoratet, 2008). På systemnivå skal poliklinikkene samarbeide med andre brukerorganisasjoner, for eksempel ved årlige eller halvårlige møter. De skal legge til rette for et godt, tverrfaglig, samarbeid med kommunale og statlige tjenester. Det kan være aktuelt å samarbeide med skole, barnevern, PPT, eller ungdommens fastlege (Helsedirektoratet, 2008).

6.0 Ulike perspektiv i behandlingen

I behandlingen kan en benytte ulike behandlingsformer som er knyttet opp til ulike perspektiver. Mine informanter veksler mellom ulike perspektiv og behandlingsformer, alt etter hvilken behandling som kan være best for ungdommen. I arbeid med barn og unge er ikke kategorier og diagnoser like klare som hos voksne, og det er derfor vanskelig å bruke tradisjonelle diagnoser. Problemene kan oppstå i samspillet mellom biologisk betinget sårbarhet, psykologisk faktorer og sosiale strukturer. Årsakene kan derfor være multifaktorielle (problemene til den unge kan ha sammenheng med flere forskjellige faktorer). Behandlingen vil variere etter hvilke(t) perspektiv sosionomen velger å legge til grunn, for eksempel et psykiatrisk eller et behavioristisk perspektiv (Haugsgjerd mfl, 2009).

Jeg kommer til å gi en liten innføring i de perspektivene og behandlingsformene som blir brukt i BUP. Jeg velger å ha med medikamenter i behandlingen av ungdom, selv om det i liten grad blir benyttet. Dette fordi medikamenter kan bli brukt, også ved moderat angst og depresjon, og fordi denne type behandling kan være et supplement til andre former for

behandling, og hvis ikke andre behandlingsformer er til hjelp (Statens Legemiddelverk, 2004).

6.1 Det psykiatriske perspektiv og medikamentell behandling

Innenfor barne- og ungdomspsykiatrien er det bare i enkelttilfeller, og som et supplement til andre behandlingsformer, en bruker medikamenter i behandlingen (Lønne, 2008). Mine informanter forteller at de sjelden bruker medikamenter i behandlingen, men at det har skjedd. Informant èn forteller at det benyttes i behandlingen av de som er deprimert, og som i tillegg har så mye angst at de ikke kommer seg ut, som for eksempel på skolen. *”Eg har sjølv opplevd å gi ungdom medikament ein gong, og eg vurderer faktisk å gi det til ei jente eg har i behandling no.”* Jenta ”han” snakket om var rundt femten, seksten, og var dypt deprimert. Informant to har ikke gitt medikamenter selv, men har samarbeidet med lege i de få tilfellene det har vært aktuelt. De forteller videre at det mest brukte medikamentet til ungdom heter ”Fontex”, som kommer inn under det antidepressive preparatet ”Fluoksetin” som er det eneste SSRI (selektive serotoninreopptakshemmere) – preparatet med dokumentert effekt ved depresjon hos barn og unge. Dette bør være førstevalget ved en eventuell medikamentell behandling (Statens legemiddelverk, 2004). Ofte blir de samme medisinene som blir brukt mot depresjoner, også brukt mot angst (Borgen & Garløv, 2004).

6.2 Det behavioristiske perspektiv og atferdsterapi, med vekt på kognitiv atferdsterapi

I atferdsterapi bruker en ulike metoder og strategier som skal hjelpe deprimerte og engstelige personer til å endre på det som er årsaken til tankegangen deres (Elkin mfl. 1990, Beck mfl. 1979 i Shulman, 2005). Behandleren, sosionomen, bruker behandlingsmodeller som er bygd opp på kognitiv atferdsteori, og som vil hjelpe brukeren til å finne ut og forandre kognitive forestillinger som er uheldige, og heller forsterke atferd som er konstruktiv for den det gjelder (Shulman, 2005).

Kognitiv atferdsterapi (KAT) blir regnet som en god fremgangsmåte i behandlingen av tvangslidelser, og det som blir det sentrale for denne oppgaven, angst og depresjoner (Haugsgjerd mfl., 2009). Det er per i dag forsket lite på ungdommer med angstlidelser. Derfor er det vanskelig å gi en eksakt prognose på behandlingsresultat, men metoden blir sett på som en god behandlingsmåte ut i fra de resultatene en har fått så langt (James, Soler & Weatherall, 2009). Det vesentlige er atferdsendring som medfører endring i kognisjon (tankegang). Det er ungdommens *mening* som blir det sentrale (Haugsgjerd mfl., 2009). Behandlingen tar sikte på

å gjøre ungdommen bevisst på hvordan han selv tenker om depresjonen eller angsten (Snoek, 2002). KAT er et samlebegrep på en rekke terapeutiske tiltak som alle bygger på felles, grunnleggende prinsipper (Haavind & Øvreeide, 2007). Oppgaven til sosionomen i kognitiv atferdsterapeutisk behandling av ungdom, er å skape en god samarbeidsrelasjon som er preget av empati, respekt og åpenhet. Disse stikkordene må være tilstede for at behandlingen skal kunne gjennomføres. Med en trygg relasjon skal de utforske tanker, følelser, handlingene pasienten gjør og kroppslige reaksjoner. Hvordan reagerer for eksempel ungdommen med sosial angst når han eller hun skal inn i et rom fullt av mennesker? Dette er et læringsorientert perspektiv, fordi problemer, og til og med løsningsstrategier, er lært gjennom erfaring. En kan dermed lære å tenke og handle annerledes, sånn at en ikke blir hemmet i situasjoner, som før var vanskelige å takle (Haavind & Øvreeide, 2007).

I møte med ungdommen, og eventuelt familien, må sosionomen ta seg tid til å lytte til ungdommen. Det er ungdommen som er i sentrum, og det han sier er relevant for behandlingen. Sosionomen forteller ungdommen om karakteristiske trekk ved angst og/eller depresjon, og kan gjerne generalisere til andre opplevelser som ungdommen har. Dette får ungdommen til å føle at han ikke er alene med problemene, og at det er "normalt". Samtidig blir familien beroliget med at det var riktig å søke hjelp. Videre kan temaet være hva en nå kan gjøre for den unge. Da er det ekstra godt at familien er med og støtter. Før selve behandlingen kan en benytte "kasusformuleringer", der en henter inn informasjon om ungdommen, og deretter oppsummerer og strukturerer det som en har fått vite om ungdommens liv (Friedberg & McClure, 2002; Beck, 1995 i Haavind & Øvreeide, 2007). Dette kan være et nyttig verktøy for behandleren når en skal systematisere arbeidet gjennom behandlingen. Sosionomen skal fortelle ungdommen litt om hvordan en kan arbeide sammen, og hva som kan fungere for ungdommen. Hjemmeoppgaver er en sentral del i behandlingen. Ved at den unge får trent seg hjemme på ting som er vanskelig, gir det en mulighet for den enkelte til å påvirke egen mestring. Arbeidet den unge gjør blir dermed mer synlig, og kan gi motivasjon og selvtillit til å mestre nye ting som kan komme. I tillegg kan sosionomen behandle ungdommen med ulike teknikker, for eksempel pusteteknikker. Ved angst kan dette være en god måte å få den unge til å mestre hverdagen (Haavind & Øvreeide, 2007).

6.3 Det psykodynamiske perspektiv og relasjonen som helbredende kraft

Utenom det psykiatriske perspektiv (medikamentell behandling), tar alle perspektivene opp relasjonen mellom behandler og bruker som et viktig tema. Relasjonen mellom yrkesutøver

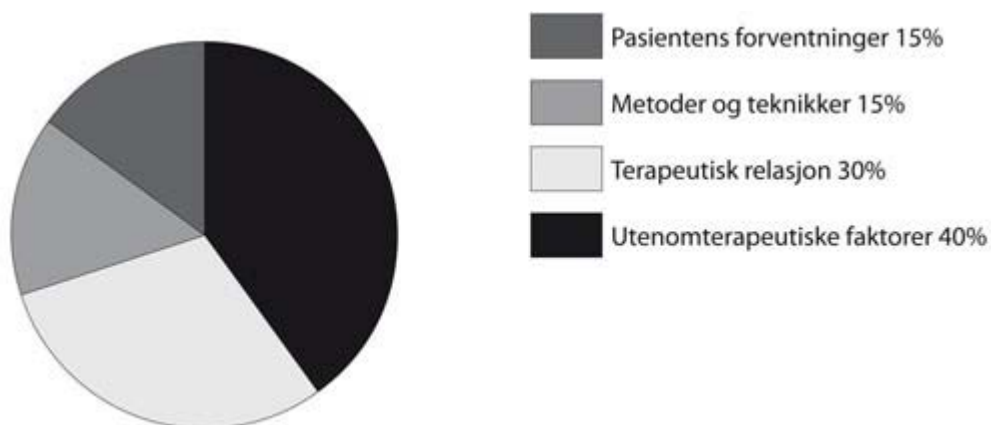
og bruker står også sentralt i ”yrkesetisk grunnlagsdokument for barnevernpedagoger, sosionomer, vernepleiere og velferdsarbeidere” (FO, 2010). Det gjør det også for de jeg har intervjuet på BUP.

All behandling innenfor dette perspektivet er samtalebasert. Det vil si at den foregår gjennom dialog over tid. Dialogen er redskapet i behandlingen. Likevel kan en supplere samtalen med medikamenter eller for eksempel andre behandlingsformer. Siden dialogen er det sentrale, ligger muligheten for en forandring i den relasjonen som oppstår mellom hjelper og bruker. For at dette skal være mulig må hjelper erkjenne for seg selv at han eller hun må være åpen for å la seg påvirke og berøre av brukeren. Hjelperen må være der brukeren er, uten å identifisere seg selv med det brukeren sier. Dette blir kalt empati, og er viktig for å bygge en god relasjon. Ved å få til dette trengs det erfaring på området. Det er ikke noe en kan lese seg til eller vite ved å ta en videreutdanning. Det er noe som må læres over tid, ved å møte brukere og ta til seg andres erfaringer på området (Haugsgjerd mfl., 2009).

Det sosialfaglige arbeidet utøves der relasjonen mellom mennesker og miljø er utilfredsstillt. Derfor står relasjonsarbeid veldig sentralt i sosialt arbeid (Hutchinson, 2009). I intervjuet med informant èn ble relasjonsarbeid med brukerne (ungdommene) tatt opp. ”Han” poengterte viktigheten av et godt relasjonsarbeid med brukerne. Et av spørsmålene som ble stilt var hva informanten mente var viktig i behandlingen av ungdommene. Da svarte ”han” at det å få kontakt med dem, og gi de en følelse av å bli forstått, var svært viktig. *”Det er viktig å få til ein trygg relasjon. Når ungdommen veit at du vil han vel, først da kan ein hjelpe. Det handlar om å byggje opp eit tillitsforhold”*. Informant to forteller under intervjuet om betydningen av M. J. Lambert (1992) sin ”fire faktorer modell” (se figur 1). 40 % av modellen omhandler utenomterapeutiske faktorer. Det vil si faktorer som klienten selv har med seg (for eksempel motivasjon og ønske om behandling), miljøet og nettverket rundt ungdommen (for eksempel familie, venner, skole) og andre viktige faktorer rundt ungdommen. Deretter kommer terapeutiske faktorer, som utgjør 30 % av sirkelen. Terapeutiske faktorer er relasjonsarbeidet mellom ungdommen og sosionomen (Vika & Jørgensen, 2009; Haugsgjerd mfl., 2009). Som behandlere, må sosionomen i BUP tenke på hvordan ”han” møter ungdommen, for relasjonen er avgjørende for å kunne hjelpe vedkommende (FO, 2010). Informant èn trekker fram relasjonens betydning: *”Det går tid til å bygge relasjon til dei, dei skal stole på deg, og det må være før du begynner med... begynner med... sjølve terapien. Terapi er jo å bygge relasjon det òg, men du må jo liksom ha det i havn først da, og det kan ta sin tid det”*.

Pasientens/ brukerens forventninger og metodene/ teknikkene sosionomen bruker i behandlingen, har bare 15 % betydning for resultatet av behandlingen (Vika & Jørgensen, 2009; Haugsgjerd mfl., 2009).

Figur 1: M. J. Lambert (1992) sin ”fire faktorer modell.” Modellen viser hva som er de viktigste faktorene i en behandling (www.google.no/images, Vika & Jørgensen, 2009; Haugsgjerd mfl., 2009).



6.4 Det systemiske perspektiv med vekt på familierapi

Det sentrale innenfor et systemisk perspektiv er en helhetstankegang. Et system er en sammenheng der delene har en gjensidig påvirkning på hverandre. Det betyr at ungdommen blir påvirket av sine omgivelser, og motsatt. Familien er som oftest ungdommens nærmeste omgivelse (Haugsgjerd mfl., 2009). Foreldrene er vanligvis de viktigste modellene for ungdommen, og et respektfullt samarbeid med dem vil ha stor betydning for den unges selvfølelse og mestring (Helsedepartementet, 2003). Derfor er det viktig at den som skal behandle ungdommen tar familien med i behandlingen (Haugsgjerd mfl., 2009). Innenfor familierapi er det relasjonen og kommunikasjonen mellom menneskene i behandlingen som er de virkende faktorene. En skal i samarbeid med foreldre og ungdom finne ut hvordan en best kan behandle lidelsen. Det er ikke behandleren alene som skal finne ”den sanne kunnskap”, i motsetning til individuelle behandlingsformer, der behandleren arbeider alene med ungdommen (Haugsgjerd mfl., 2009).

Informantene trekker også fram familien og ungdommens nærmeste som sentralt i behandlingen. Dette gjelder uansett om en velger familierapi som metode eller ikke. Foreldrearbeidet er viktig uansett, fordi foreldrene er viktige i ungdommens liv. Derfor er et

godt samarbeid med foreldrene viktig i behandlingen. Når ett av familiemedlemmene har et problem, så får automatisk resten av familien et problem. Når ungdommen er lei seg og har det vanskelig, vil også familien få det på samme måte. Derfor bør en også ha et tilbud til foreldre med spesielle behov, for eksempel foreldre som må ha hjelp til å takle ungdommen eller som trenger støtte i en vanskelig tid. Foreldrene kan bli engstelige for ungdommen, og trenger kanskje noen å snakke med selv (Borgen & Garløv, 2004).

Ungdommen mellom 12 og 18 år har i mange tilfeller selv rett til å bestemme om familien skal være med på behandlingen, eller få vite om den. Det er pasientrettighetsloven av 2. juli, nr.63, 1999, som tar for seg disse bestemmelsene. I kapittel 3 om "rett til medvirkning og informasjon" står det blant annet: *"Er pasienten under 16, skal både pasienten og foreldrene eller andre med foreldreansvaret informeres. Er pasienten mellom 12 og 16 år, skal opplysninger ikke gis til foreldre eller andre med foreldreansvaret når pasienten av grunner som bør respekteres, ikke ønsker dette. Informasjon som er nødvendig for å oppfylle foreldreansvaret, skal likevel gis foreldre eller andre med foreldreansvaret når pasienten er under 18 år"* (§ 3-4, www.lovdata.no). Det betyr at ungdommen har stor valgfrihet og rett til å bestemme hvem som skal være med i behandlingen, eller vite om behandlingen, så lenge det ikke er viktig for ivaretagelse av foreldreansvaret. Det kan være en ungdom med sammensatte problemer, der en trenger familiens (og eventuelt andres) involvering og støtte. For eksempel ved sosial angst som går utover ungdommens helse og skolegang.

6.5 Ikke bare èn modell – men flere!

Karin Barth, mentor i familierapi, forteller i et intervju på uni.no at familierapi har god effekt på både angst og depresjon hos barn og unge. Barth mener at familierapi i kombinasjon med andre behandlingsformer gir best resultat for pasienten, og gir bedre resultat enn ved bruk av annen behandling alene. Det er ingen studier som viser negativ effekt ved å bruke denne formen for behandling. Familierapien har ikke en fullstendig familierapeutisk teori eller perfekt modell. Det er en sammensatt terapiform, som har et bredt blikk og er opptatt av flere sider ved en persons liv. Familiesamspill er komplisert, og omfanget av teorier og metoder er derfor en styrke for faget, forteller Barth (2010).

Dette er også noe mine informanter forteller om, og det gjelder ikke bare for familierapien, men også de andre metodene jeg har tatt for meg i oppgaven. Ved spørsmål om hvilke metoder eller teorier de bruker i behandlingen av ungdom fikk jeg noen diffuse svar. Jeg

forventet kanskje å få tilbakemelding om en spesifikk modell, men det fikk jeg altså ikke. I stedet ble jeg fortalt at de bruker en blanding av flere modeller samtidig, og at de ikke hadde ett spesifikt navn på behandlingsformen de utførte med ungdommen. Westerström (2010) påstår i sin artikkel at det vanligste i BUP er å arbeide "multimodalt". En arbeider da med en blanding av ulike metoder og teorier (evidensbasert og teoribasert), i tillegg til lokalt utviklet praksis. Han oppfordrer BUP til å fortsette på denne måten, å blande ulike metoder og teorier. Kulturen utvikler seg, og han sier videre at vi derfor må være kreative og finne på nye metoder/ teorier, som et svar på dette. Informant to forteller at det er mange retninger en kan gå, og at det ikke er noen mal en skal følge. "Han" sier at *"ein er nødt til å være fleksibel, og bruke det som fungerer til ein kvar tid. Ein kan ikkje forutsjå ting, og ein får det inn som ein refleks"*. "Han" kommer med en veldig god grunn til at det fungerer på denne måten: situasjonene er forskjellige og folk er forskjellige. Derfor må en prøve seg litt fram og se hva som fungerer, for den enkelte ungdom.

7.0 Utfordringer en kan møte på i behandling av ungdommer i BUP

Sosionomene har alltid hatt en sentral rolle i barne- og ungdomspsykiatrien. Siden barne- og ungdomspsykiatrien har utfordringer med tanke på kompetanse og kapasitet (r-bup.no), trenger arbeidsfeltet flere helse og sosialpersonell med høyskoleutdanning. Sosionomene er en viktig gruppe (Kristofersen, 2007). Likevel ser vi en dreining mot det motsatte (Vika & Jørgensen, 2009; Normann, 2009). Vi lærer i sosialt arbeid at livs sammenhenger og individuelle forskjeller betyr mer enn en diagnose. Likevel virker det som om sosionomens stemme blekner i møte med andre profesjoner som har sterkere definisjonsmakt, og i feltets krav om tall og evidensbasering. Det har blitt en marginalisering av sosialfaglig kompetanse i fagfeltet psykisk helsevern (Vika & Jørgensen, 2009). Det har ført til at jeg i tillegg til behandlingen, vil se på hvilke utfordringer en sosionom møter på i behandlingen av ungdommer i BUP. Samtidig som en opplever utfordringer i regelverk og system, kan en også oppleve utfordringer knyttet til selve behandlingen av ungdommene i BUP. Dette er sentrale utfordringer for mine informanter, og jeg vil nå fortelle litt om disse.

7.1 Marginalisering av sosialfaglig arbeid?

Artikkelen til Vika & Jørgensen (2009) forteller om kollegaer og kandidater som føler seg lite verdsatt. Deres vurderinger blir overprøvd i hierarkiet, av faggrupper med større makt og

innflytelse. Dette er også noe min andre informant er frustrert over. "Han" trekker fram maktforholdet mellom profesjonene på BUP, og tar psykologene som eksempel. *"Psykologene her på BUP har mange arbeidsoppgåver, og sliter ikkje med å fylle arbeidstida si, mens sosionomene her har til tider for få oppgåver"*. "Han" forklarer det med at det er psykologene på BUP som får oppgaver på grunn av profesjonen, og hva de har gått igjennom i utdanningen sin. De tar for eksempel evnetester av barn og unge for å finne ut om de har diagnosen ADHD. *"Dette er noke sosionomene også kunne ha gjort, men på grunn av at det er kurs ein må ta, i staden for ein vanleg opplæring på arbeidsplassen, krever det mykje tid og pengar å lære opp sosionomene. Det resulterer i ein skjevfordeling av arbeid"*, forteller "han". 70 – 80 % av pasientene de får inn på BUP er barn og ungdom som skal testes for ADHD. Dette gjør at mye av tiden som skulle gått til behandling, går til arbeid med evnetester og konsentrasjonsvansker. "Han" forteller videre at det snart ikke er regningsansvarlig å ha sosionomer på BUP, for de har ikke de papirene som trengs. *"Det er ofte no at hvis det slutter ein sosionom i BUP, so tek dei ikkje inn ein ny sosionom, men tilsette ein psykolog i staden for."* Det er psykologene som kan ta testene som er etterspurt, og det er det som får uttelling i produksjonen i rene tall.

Dette er noe Vika og Jørgensen (2009) også forteller om, og de viser til tre grunner til denne marginaliseringen av sosialfaglig arbeid. For det første handler det om New Public Management (NPM), en styringsideologi som preger organiseringen av helseforetakene. Tankegangen til NPM er markedsøkonomisk, og vises for eksempel ved refusjons berettigede tiltak per behandler (Djupvik & Eikås, 2010; Normann, 2009). Det vil si at helseforetak, som for eksempel BUP, behandler de pasientene det er "lettest" å behandle, og ikke nødvendigvis de som trenger det. Dette fordi det innenfor NPM er et fokus rettet mot resultat og produktivitet (Djupvik & Eikås, 2010). Lipsky (1980) har utviklet begrepet "creaming", som forklarer denne favoriseringen av brukerne. En velger da å gi mest oppmerksomhet til de brukerne som har størst potensial i forhold til suksesskriteriene til behandleren. Altså hvem det lønner seg å behandle (Lipsky i Djupvik & Eikås, 2010). Det stilles også krav om en mer effektiv og produktiv tjeneste, som viser seg i flere tiltak per behandler (Normann, 2009). Dette kan føre til at målet om en helhetlig behandling blir svekket. Dette ved at en kan få mindre tid til å oppsøke andre instanser og/ eller hjelpe foreldre (Vika & Jørgensen, 2009).

Det andre forholdet går ut på kravet til evidensbasert praksis. Effekten av behandlingen må bevises, og det gjennom for eksempel forskning og standardiserte/ manualiserte

behandlingsformer som forskjellige skjema og tester. Som forskning er dette positivt, men kan være farlig i praksis. Det kan være vanskelig å forske på sosialt samspill, relasjoner og utviklingspsykologi, og dette er like viktige kilder til klinisk praksis (Mæhle, 2003; Johnsen mfl., 2000 i Vika & Jørgensen, 2009). Det tredje, og siste forholdet Vika og Jørgensen (2009) tar opp, handler om manglende anerkjennelse av det sosiale arbeids praksisbaserte og kontekstuelle kunnskap. Individuelle og sosiale ressurser må mobiliseres og styrkes. Dette må skje gjennom praktiske handlinger. Siden dette er kjernen i sosialt arbeid, blir det en utfordring for sosionomene som skal behandle ungdommen i BUP. Det rådende kunnskapssynet svekker det sosiale arbeidet.

7.2 Ungdom som velger bort behandlingen

”Av og til har ungdommen det godt, og so har dei det vondt. Av og til kan det svinge veldig. Dei kan føle at dei har bruk for behandleren og BUP, men so i neste øyeblikk har dei ikkje det...” (sitat fra informant 2). Det kan være en utfordring for sosionomen å hjelpe noen som ikke vil hjelpes. Det er ikke unormalt for en behandler å oppleve sviktende behandlingsmotivasjon hos ungdom (Myrstad, 2009). Min informant forteller om møter med ungdom som er impulsive, ustabile, avhengige av kamerater og jevnaldrende og svingende humør, som gjerne kan ha sammenheng med hormonelle endringer i puberteten. Dette kan føre til at ungdommen av og til ”velger bort” behandlingen, eller ”glemmer” at de har time på BUP. ”Han” forteller at ungdommen kan finne det mer interessant å være med kamerater og finne på noe kjekt med dem, i stedet for å komme til behandlingen.

Haugland (2011) forteller at hvis en opplever dette må en være ekstra nøye med å inkludere ungdommen i beslutninger som skal tas, og la ungdommen være med på å velge mellom ulike oppgaver å arbeide med. En må ivareta ungdommens autonomi (selvbestemmelse) og la behandlingen være deres eget prosjekt. *”Ein må ta ungdommen som dei er, altso ein ungdom. Om dei ikkje møter opp, eller gløyme ein avtale, kan ein likevel ha eit godt utgangspunkt for ein god behandling.”* Informanten viser her at ”han” befinner seg ”der ungdommen er”, og viser forståelse. *”Kvaliteten på relasjonen vil være avhengig av begge aktørers deltakelse. Innenfor dette synet vil klienten på en annen måte være delaktig i, og dermed ansvarlig for, de endringer han ønsker i livet sitt.”* (Aamodt 1997: 27, Normann 2009: 129). Min informant la stor vekt på hvordan en relasjon kunne påvirke en behandlingssituasjon. Om ungdommen uteblir sender ”han” en melding på mobilen og spør *”har du gløymt avtalen?”* og da får han tilbake en melding der det står *”Oi!”* Det er ikke alltid de husker på avtalen sin, men når ”han”

gir beskjed om det så tar det ikke lange stunden før de kommer. Informant èn mener at ungdommen kan akseptere behandleren selv om han eller hun ikke møter opp på BUP hver gang de skal.

8.0 Konklusjon

Min problemstilling i oppgaven lød som følger:

”Hvordan arbeider en sosionom i BUP med behandling av ungdom med psykiske lidelser som angst og depresjon?” I tillegg ville jeg finne ut hvilke metoder og/eller teorier sosionomen brukte i behandlingen av ungdommene og hvilke utfordringer sosionomene kunne støte på i behandlingen.

Sosionomene i BUP veksler mellom ulike metoder og perspektiver, og det er i samråd med ungdommene og familien behandlingen skal finne sted. Dette bekrefter også mine informanter, og det er en avgjørende faktor for at en helhetlig behandling skal kunne finne sted. Det er noen metoder som blir foretrukket foran andre. Det er samtalerapi, som for eksempel familierapi og kognitiv atferdsterapi (KAT). Medikamentell behandling blir lite brukt. Siden en veksler på metodene, og gjerne kan bruke litt av forskjellige, er det vanskelig å si helt konkret hvordan en sosionom behandler ungdommen i BUP. Det er ingen fasit på hvordan en skal behandle en ungdom med angst og depresjon. Det er opp til hver enkelt behandler, ut i fra ungdommens situasjon. Noen metoder kan fungere bra for noen ungdommer, andre ikke. Sosionomen må selv finne ut hva som egner seg best, ut i fra teori og forskning, og det som er minst like viktig, altså erfaring.

For at sosionomen skal kunne finne den behandlingsmetoden som egner seg best, er brukermedvirkning et sentralt virkemiddel for å få dette til. Ungdommen kjenner sin egen lidelse best, og har rett til å være med å medvirke i behandlingen. En kilde til det er et tverrfaglig samarbeid med andre institusjoner og fagpersoner. Likeså er relasjonsarbeid, noe mine informanter trakk fram som en viktig del av behandlingen. Sosialt arbeid er et fag som peker på noe veldig sentralt – relasjonen mellom mennesker. Vi må ikke glemme at dette også er viktig i behandlingen. Som vi kan se av M. J. Lamberts modell, betyr relasjonen mellom behandler og bruker mer enn modeller og teknikker. Vi kan derfor ikke tenke snevert i en

behandling, men en må tenke helhetlig. Relasjonsarbeid og brukermedvirkning står sentralt i behandlingen, og er sentralt for sosionomen og det sosiale arbeidet som utøves i BUP.

I min litteraturstudie har jeg funnet artikler som tyder på at det finnes ulike utfordringer for sosionomer i BUP, deriblant det som mine to informanter har tatt opp i intervjuene. Jeg kan se et mønster/en likhet med det jeg har funnet i litteraturen og det informantene har fortalt meg. De har opplevd ulike utfordringer i BUP. Mens informant én ser utfordringer knyttet til selve behandlingen og brukeren/ pasienten, ser informant to utfordringer i selve systemet, som igjen gjør behandlingen vanskelig. Styringsideologien New Public Management kan være én av grunnene til sosionomens utfordring på arbeidsplassen. Det blir også tatt opp i andre kilder, av andre sosionomer. Min første informant forteller også om utfordringer knyttet til ungdom som er motvillige i behandlingen, eller som finner det ”kjekt” å være med venner og holde på med andre ting. Dette er ikke unormalt, men kan være en utfordring i behandling av ungdommen.

I tillegg har jeg funnet ut at i behandling av ungdommer må en være klar over at alle deler henger sammen. Som framtidig sosionom kan en ikke bare stole på seg selv og sine metoder for å behandle en ungdom med angst og depresjon. En er avhengig av menneskene rundt seg selv og ungdommen. En må ha en ”helhetstankegang”. Alle delene i en behandling påvirker hverandre – ungdom, behandler, foreldre, andre institusjoner og tjenester, og ikke minst system og regelverk.

Litteraturliste

Borgen, T. & Garløv, I. (2004): *"En annen smerte. Psykiske vansker hos barn og ungdom."* Stiftelsen Psykiatrisk Opplysning.

Brookman, R. R. & Sood, A. A. (2006): *"Disorders of mood and anxiety in adolescents."* Adolescent Medicine Clinics. ProQuest.

Dalland, O. (2007): *"Metode og oppgaveskriving for studenter."* Gyldendal Norsk Forlag AS.

Djupvik, A. R. & Eikås, M. (2010): *"Organisert velferd. Organisasjonskunnskap for helse og sosialarbeidere."* Det Norske Samlaget.

Erikson, M. G. (2010): *"Riktig kildebruk. Kunsten å referere og sitere."* Gyldendal Norsk Forlag AS.

Fellesorganisasjonen. (2008): *"Kompetanseprofiler: Barnevernpedagogen, Sosionomen, Vernepleieren."* Fellesorganisasjonen (FO).

Haavind, H. & Øvreeide, H. (2007): *"Barn og unge i psykoterapi. Terapeutiske fremgangsmåter og forandring."* Gyldendal Norsk Forlag.

Haugland, B. S. M. (2011): *"En utviklingssensitiv tilnærming til kognitiv atferdsterapi med barn og ungdom."* Tidsskrift for norsk psykologforening.

Haugsgjerd, S., Jensen, P., Karlsson, B. & Løkke, J. A. (2009): *"Perspektiver på psykisk lidelse - å forstå, beskrive og behandle."* Gyldendal Norsk Forlag AS.

Helsedepartementet mfl. (2003): *"Regjeringens strategiplan for barn og unges psykiske helse... sammen om psykisk helse..."* Helsedepartementet.

Helsedirektoratet (2008): *"Veileder for poliklinikker i psykisk helsevern for barn og unge."* Helsedirektoratet.

Hutchinson, G. S. (2009): *"Barnevernpedagog, sosionom, vernepleier. Utvalgte temaer."* Universitetsforlaget.

James, A.A.C.J., Soler A. & Weatherall R.R.W. (2009): *"Cognitive behavioural therapy for anxiety disorders in children and adolescents (review).* John Wiley & Sons, Ltd.

Jacobsen D. I. (2003): *"Forståelse, beskrivelse og forklaring. Innføring i samfunnsvitenskapelig metode for helse- og sosialfagene."* Høyskoleforlaget AS.

Johannessen, A., Tufte, P. A. & Kristoffersen L. (2006): *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode."* Abstrakt forlag AS.

Kristofersen, L. B. (2007): *"Tilgjengelighet og samarbeid: meir fleksible hjelpetjenester? Opptrappingsplanen for psykisk helse, BUP og barnevern."* NIBR: Norsk institutt for by og regionforskning.

Lønne, A. H. (2008): *"Å leve med ungdom med psykisk lidelse."* Legeforlaget AS.

Mathiesen, K. S. (2009): *"Psykiske lidelser i Noreg: Et folkehelseperspektiv. Del 2: Barn og unge."* Folkehelseinstituttet.

Mathiesen, K. S., Karevold, E. & Knudsen, A. K. (2009): *"Psykiske lidelser blant barn og unge i Noreg."* Folkehelseinstituttet.

Myrsrad, E. (2009): *"Psykoterapi med ungdom: Terapeutiske og profesjonelle utfordringer."* Tidsskrift for norsk psykologforening.

Olsson, G. (2006): *"Depresjoner i tenårene – ung, trett og trist."* Kommuneforlaget AS.

Shulman, L. (2005): *"Kunsten å hjelpe individer og familier."* Gyldendal Norsk Forlag AS.

Snoek, J. E. (2002): *"Ungdomspsykiatri."* Universitetsforlaget.

Vika, O. S. & Jørgensen, B. (2009): *"Sosialt arbeid – nødvendig i psykisk helsevern."* Fellesorganisasjonen (FO).

Westerström, L. (2010): *"Hur kan en BUP – anställd använda systemteori för att hjälpa sina patienter/ klienter?"* Universitetsforlaget.

http://www.fo.no/getfile.php/Filer/01%20FO-sentralt%20filer/Yrkesetisk_2011_jav%281%29.pdf (Hentet ut 16.01.11 kl.09.46).

http://www.fo.no/getfile.php/Filer/01%20FO-sentralt%20filer/Sosionomene/Jubileumsskrift_Normann.pdf (17.02.11 kl.14.15).

<http://www.google.no/images?um=1&hl=nn&biw=1021&bih=520&tbs=isch%3A1&sa=1&q=de+fire+store+faktorene%2C+Lambert> (Hentet ut 22.02.11 kl.11.06).

<http://helse.uni.no/contentitem.aspx?site=9&ci=6208&lg=1> (Hentet ut 25.02.11 kl.15.32).

http://www.legemiddelverket.no/templates/InterPage___16319.aspx (Hentet ut 20.01.11 kl.11.10).

[http://www.lovdata.no/cgi-wift/wiftdles?doc=/app/gratis/www/docroot/all/tl-19990702-063-003.html&emne=\(\(%20LOV-1999-07-02-63%20I%20\(TITT,DATE\)\)%20\(%203-4%20I%20PARA%20\)\),%20\(%20LOV-1999-07-02-63-%a73-4\)&](http://www.lovdata.no/cgi-wift/wiftdles?doc=/app/gratis/www/docroot/all/tl-19990702-063-003.html&emne=((%20LOV-1999-07-02-63%20I%20(TITT,DATE))%20(%203-4%20I%20PARA%20)),%20(%20LOV-1999-07-02-63-%a73-4)&) (Hentet ut 28.02.11 kl.11.12).

http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/tema/psykisk_helse/spesialisthelsetjeneste-psykisk-helsever.html?id=439529 (Hentet ut 01.03.11 kl.10.10).

http://www.regjeringen.no/upload/kilde/kd/pla/2006/0002/ddd/pdfv/269389-rammeplan_for_sosionomutdanning_05.pdf (Hentet ut 18.01.11 kl.10.23).

[http://www.r-bup.no/CMS/kursbase.nsf/089031E832EF0B0EC1257589002554B5/\\$file/20090330085013509.pdf](http://www.r-bup.no/CMS/kursbase.nsf/089031E832EF0B0EC1257589002554B5/$file/20090330085013509.pdf) (Hentet ut 20.02.11 kl.13.20).

<http://www.ssb.no/samfunnsspeilet/utg/200105/04/index.html> (Hentet ut 26.11.10 kl.10.05)

<http://www.ssb.no/sykehus/> (Hentet ut 15.01.11 kl. 12.10).

Vedlegg 1.

Intervjuguide

Innledende spørsmål:

1. Som klinisk sosionom i BUP, hva er dine arbeidsoppgaver?
2. Hvor lenge har du arbeidet i BUP?

Hovedspørsmål:

1. Hvordan arbeider du i behandlingen av ungdom med psykiske lidelser som angst og depresjon?
2. Hvilke former for behandling får ungdommene i BUP?
3. Hva er viktig å tenke på i behandlingen av disse ungdommene?
4. Hvilke utfordringer kan du/ har du møtt på i behandlingen av ungdommene? Om du har eksempler fra andres opplevelser, kan du gjerne ta med de i tillegg.
5. Jobber du etter noen bestemte teorier, eller modeller, i behandlingen? I så fall, hvilke?
6. Hva mener du er det viktigste en gjør i arbeidet med behandling av ungdom som har depresjon og/eller angst?
7. Er det noe mer du vil tilføye?

Spørsmålene skal være åpne.

Skal gi informanten mulighet til å fortelle det ”han” synes er relevant og viktig.

Vedlegg 2.

Informasjonsbrev vedrørende intervju av sosionom i barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk – BUP.

Viser til telefonsamtalen vi hadde den... Takker for at du vil stille opp på intervju torsdag den ... klokka ...

Tema jeg har valgt å forske på er:

”Behandling av ungdom med psykiske lidelser som angst og depresjon.”

Jeg har valgt å forholde meg til ungdom mellom 12 og 18 år.

Min problemstilling i bacheloroppgaven er:

”Hvordan arbeider en sosionom i BUP med behandling av ungdom med psykiske lidelser som angst og depresjon?”

Underproblemstillinger jeg har valgt å ta med er:

- *”Hvilke utfordringer kan en sosionom møte på i behandlingen av ungdommene i BUP?”*
- *”Arbeider sosionomen etter metoder og/eller teorier i behandlingen av ungdommene, i så fall hvilke?”*

Mine spørsmål i intervjuet kommer til å være utformet på en måte som vil gi svar på spørsmålene ovenfor.

Jeg kommer til å intervjuer alene. Under intervjuet vil jeg ta notater og stille spørsmål. Jeg kommer til å bruke båndopptaker. Etter transkribering av intervjuet vil båndopptaket bli slettet, og notater med eventuelle sensitive opplysninger vil bli makulert. Ingen navn eller annet som kan gjenkjenne personer vil bli brukt i oppgaven. Det vil heller ikke bli brukt navn under notater eller transkribering. Navn på arbeidsplass/sted vil heller ikke bli brukt i oppgaven. Som intervjuer og student har jeg taushetsplikt, og det er bare jeg som har tilgang til opplysningene som kommer fram i intervjuet.

All deltagelse er frivillig. Du som informant kan trekke deg fra intervjuet når som helst, uten å måtte oppgi grunn.

Aktuelle spørsmål som vil bli stilt:

8. Som (klinisk) sosionom i BUP, hva er dine arbeidsoppgaver?
9. Hvordan arbeider du i behandlingen av ungdom med psykiske lidelser som angst og depresjon?
10. Hvilke former for behandling får ungdommene i BUP?
11. Hva er viktig å tenke på i behandlingen av disse ungdommene?
12. Hvilke utfordringer kan du/ har du møtt på i behandlingen av ungdommene?
Om du har eksempler fra andres opplevelser, kan du gjerne ta med de i tillegg.
13. Jobber du etter noen bestemte teorier, eller modeller, i behandlingen?
I så fall, hvilke?
14. Hva mener du er det viktigste en gjør i arbeidet med behandling av ungdom som har depresjon og/eller angst?

Mvh. ...

Sosionomstudiet, Høgskulen i Sogn og Fjordane, Avd. Sogndal.

Navn og adresse.

Telefonnummer.