

Mentalisering i en kriserammet organisasjon – omorganisering etter «Trikkedrapet».

Asbjørn Kolseth

sjefpsykolog, avdeling for akuttpsykiatri, OUS

I kjølvannet av «Trikkedrapet» gjennomgikk akuttpsykiatrien ved Ullevål sykehus en omfattende og hittil vellykket omorganisering. En sentral betingelse for organisasjonens videre suksess er å bygge opp under organisasjonens mentaliseringsevne.



Sommeren 2004 ble en person drept og flere andre alvorlig skadet etter at en mann som nylig var utskrevet fra Avdeling for Akuttpsykiatri, Ullevål Universitetssykehus, uprovosert gikk løs på passasjerer på trikken i Oslo. Etter det såkalte «Trikkedrapet» ble det rettet et kritisk lys mot akuttavdelingen ved Ullevål spesielt, men også mot norsk psykiatri generelt. Oslobeboernes generelle trygghetsfølelse var truet, og jakten på ansvarlige ble umiddelbart igangsatt. Helsetilsyn, politi og Ullevål selv initierte tilsyn og gransking av Akuttavdelingen, samtidig som det var et intenst, kritisk og relativt langvarig mediefokus på sykehuset.

Avdeling for akuttpsykiatri hadde alt før drapet opplevd en stadig økende pasientstrøm med tilhørende arbeidspress, samt vansker med rekruttering av overleger til ledige stillinger. Disse vanskene ble kraftig forsterket etter «Trikkedrapet». En generell frykt for liknende episoder førte til at både politi og den polikliniske delen av helsevesenet initierte flere innleggelse enn tidligere, med ytterligere press som følge. I tillegg økte sykehusets engstelse for utskrivelse, slik at presset på sykehussengene var stort. Uroen rundt avdelingen gjorde også at flere sentrale ledere ble omplassert, noe som ledet

til en overgangsperiode med ledelsesvakuum ved avdelingen. Omdømmet til avdelingen var svekket, begrepet «Ullevålskandalen» festet seg i media, og rekrutteringen av nye sentrale fagpersoner ble enda vanskeligere. Avdeling for akuttpsykiatri befant seg i en alvorlig krise.¹

Går vi til sommeren 2008, kan en derimot trygt si at avdelingen for lengst er ute av krisen. «Ullevålskandalen» er erstattet med «Ullevålmodellen», og mediepågangen er erstattet med besøk fra andre sykehus i Skandinavia som ønsker å se hvordan vi har reorganisert oss og jobber i dag. Jeg vil vise noen av de organisatoriske grep som ble gjort, og argumentere for at *mentaliseringsbegrepet*, hentet fra utviklingspsykologi og klinisk individualpsykologi, kan belyse viktige prosesser også ved organisasjoner; enten de er i krise eller fungerer godt.

Mentalisering

Mentaliseringsbegrepet har røtter dels fra autismeforskning (Frith, Morton & Leslie, 1991) og dels fra fransk psykoanalyse (Lecours & Bouchard, 1997). I dag står begrepet sentralt både i tilknytningsbasert behandling av barn og deres familier og i mentaliseringsbasert behandling av voksne, særlig ved ustabil personlighetsforstyrrelse og andre traumerelaterte tilstander (Allen, Fonagy & Bateman, 2008). Mentalisering utgjør kjernen i et integrerende perspektiv med bidrag fra utviklingspsykologi, nevrovitenskap, klinisk psykologi, psykoanalyse og kognitiv psykologi. Begrepet viser til den grunnleggende menneskelige egenskapen det er å kunne fortolke egne og andres handlinger som meningsfulle uttrykk for indre tilstander som behov, ønsker, følelser og fornuft (Skårderud & Sommerfeldt, 2008). Å mentalisere betyr «å forstå seg selv utenfra og andre innenfra», og er en grunnleggende fellesfaktor i all psykoterapeutisk behandling (Allen, Fonagy & Bateman, 2008). Fundamentet for denne evnen legges i tidlige tilknytningsrelasjoner, men kan blant annet trues av dårlig tilknytning, sterk affekt og traumatiske hendelser. Personer med dårlig mentaliseringsevne har vansker med å forstå andre og føler seg ofte misforstått. De kjennetegnes ved dårlig affektregulering, konkretistisk tenkning og dårlig evne til perspektivtaking. Mentaliseringsevnen er allikevel ikke en stabil egenskap; truende situasjoner, kriser og sterk affekt reduserer evnen også hos personer som vanligvis mentaliserer godt. Organisasjoner hvor krisepregete, akutte situasjoner er selve oppdraget, er spesielt sårbare for mentaliseringssvikt.

Mentaliseringsbasert behandling vektlegger en nysgjerrig, undrende terapeutisk holdning, hvor en er opptatt av å utforske eget og andres sinn i en aktiv dialog med pasienten. Forskjellige perspektiver vektlegges; humor, intellektuell lekenhet og forhandlinger om forståelse av virkeligheten blir vesentlige ingredienser. Prosess vektlegges mer enn innhold og mål. For eksempel er evnen til å skaffe innsikt viktigere enn selve innsikten. Behandlingen har tradisjonelt foregått individuelt eller i grupper, men kan også være fundamentet i miljøterapien i en sykehusavdeling (Kolseth, 2007). Og jeg vil argumentere for at mentaliserende prinsipper bør være bærende elementer i en kunnskapsorganisasjon.

¹ Id="psykolog09-06-helec-739">Beskrivelsen av tilstanden ved akuttavdelingen i denne artikkelen er forfatterens, men fremstillingen av situasjonen bl.a. som en omdømme- og selvbildekrise er gjort ved presentasjoner i ulike sammenhenger under hele reorganiseringsprosessen. Det har ikke vært noen innsigelser mot denne fremstillingen.

Når tenkningen kollapser –en organisasjon i krise

Høsten 2004 var altså akuttavdelingen ved Ullevål i krise, personalet var stresset og redde for å gjøre feil. Personal med direkte ansvar for vurdering av selvmords- og voldsrisiko ved utskrivelse var under ekstra press, og i den kliniske hverdagen var kapasitetsproblemer og overbelegg den konkrete og vedvarende trusselen. Utskrivelsesprosessen fikk en stor og økende andel av oppmerksomheten i det totale behandlingsforløpet. Avdelingen minnet om en lekk båt, og personalet var i hovedsak opptatt med å øse.

Avdelingens selvforståelse var preget av å føle seg misforstått og urettferdig behandlet. Vi følte at vi fikk ansvar for samfunnsmessige og politiske forhold som vi i liten grad kunne influere, for eksempel Opptrappingsplanen for psykisk helse (reduksjon av sykehussenger), et generelt økende rusproblem og problemer knyttet til integrering av asylsøkere. I tillegg følte vi oss lite avlastet og hjulpet av sentral ledelse eller Ullevåls øvrige behandlingsskjede.

Faren er når prosedyrer og sikkerhetssystemer blir det sentrale i organisasjonens utvikling og ledelse. En får da en organisering rundt engstelse

Fra et mentaliseringsperspektiv kan en si at organisasjonens medlemmer var preget av sterk affekt, primært angst for å gjøre feil, og sinne som resultat av å føle seg misforstått og urettferdig behandlet. Mentaliseringsevnen var redusert, og løsningsforsøkene rigide og preget av «mer av det samme», som intensivering i utskrivelsesfasen. Forholdet til samarbeidspartnere som politi, poliklinikker og andre sykehusavdelinger var preget av mistro og stillingskrig. Organisasjonen kunne i liten grad tilby et mentaliserende miljø med mulighet for utforskende perspektivtaking, kreativitet, idéutveksling osv. Samtidig var det et stort behov for forpliktende samarbeid, med overordnet, prinsipiell tenkning, og med tenkning utover eksisterende rammer. Men klimaet i organisasjonen ga fattige vilkår for dette.

De som kjenner til feltet akutt psykisk helsevern, vil nok gjenkjenne deler av eller hele min krisebeskrivelse. Det eneste som trolig gjorde vår situasjon annerledes, var intensiteten i den, en intensitet som tydeliggjorde svakhetene i vår organisasjon. Plikt til å yte øyeblikkelig hjelp gjør at overbelegg er et iboende problem ved enhver akuttavdelings virke. I en nylig utgitt lærebok i akuttpsykiatri (Berg, 2007) skisseres tre strategier for å løse en situasjon med overbelegg:

- 1 økning av kapasitet ved dagpasienter/permisjonspasienter
- 2 uforsvarlig utskrivelse, eller
- 3 begrense inntak ved å «snu pasienter i døren».

Ingen av disse anser Berg som tilfredsstillende, da alle fører til problemer med logistikken. Kapasitetsproblemer ved akuttavdelingene er altså et iboende, potensielt problem som stadig truer avdelingene. Problemet kan lett føre til kriseforståelse og sterk affekt, og derigjennom redusert mentaliseringsevne hos personalet. Etersom dette ligger innbakt som en del av akuttavdelingens arbeidsområde og funksjon, må det finnes en struktur og organisering som fortløpende er i stand til å mestre disse utfordringene. Dette var en viktig suksessfaktor for vår omorganisering.

Reorganisering – noen prinsipper

Den vanskelige situasjonen som akuttavdelingen befant seg i, kunne vanskelig la seg løse av vår avdeling alene, og dette ble heller aldri aktuelt. «Trikkesakens» alvorlighet og det pågående mediefokuset tillot ikke en lukket, intern prosess. Styret i Helse Øst vedtok at Avdeling for akuttavdeling skulle omorganiseres, og Ullevål sykehus engasjerte et konsultentselskap (Muusmann) for en gjennomgang av Divisjon for psykiatri, med et ekstra fokus på Avdeling for akuttpsykiatri. Gjennomgangen konkluderte blant annet med at Divisjonens problemer ikke kom av ressursmangler, verken økonomisk eller i form av manglende stillinger, men at den var av faglig og organisasjonsmessig art (Muusmannrapporten, 2005). For akuttavdelingen ble det anbefalt at mottak av pasienter ble samlet til en mottakspost for å skjerme de øvrige postene for ukjente og urolige pasienter, spesielt på kvelds- og nattestid. Ved avdeling for akuttpsykiatri ble det nedsatt en prosjektgruppe som skulle utarbeide et forslag til et nytt organisasjonskart for avdelingen, og hvor etablering av ny mottakspost var et utgangspunkt for utvikling av en ny modell. I desember 2005 kom gruppens forslag til ny modell. Den hadde to bærende prinsipper: *kompetanse i front* og *spesialisering*.

Kompetanse i front

Etableringen av en mottakspost var begrunnet i skjerming av de andre enhetene. Andre akuttavdelinger har også etablert en slik post med liknende begrunnelser, samt for å bedre rutinene i den potensielt vanskelige mottakssituasjonen og for å gjøre kommunikasjonen med omverdenen enklere ved innleggelse av pasienter. Disse konkrete begrunnelsene ble etter hvert utviklet til et mer generelt prinsipp som vi kaller kompetanse i front, og som delvis henter inspirasjon fra Øystein Fjelstads (1998) tredeling av organisasjoner: *Vareproduserende* (verdikjeder), *problemløsende* (verdiverksted) og *formidlende* (verdinettnettverk).

Sykehus er et verdiverksted, men organiseres ofte som verdikjeder (Andersen, 2007). En verdikjede er en lineær prosess hvor råvarer kommer inn, produkter produseres og så sendes ut. Resultat og prosess kan her måles relativt enkelt, og Fords tradisjonelle bilfabrikker er standarden. Et verdiverksted produserer derimot ikke varer, men identifiserer problemer og mobiliserer ressurser for å løse dem. Dette gjøres i en sirkulær prosess ved diagnose (hva er problemet?), behandling og kontroll/evaluering. Får man ikke ønsket resultat, starter man på nytt, gjerne med ny og mer avansert diagnostisering. Men et verdiverksted organisert som kjede får problemer som trafikkork, manglende koordinering, overspesialisering og mistillit.

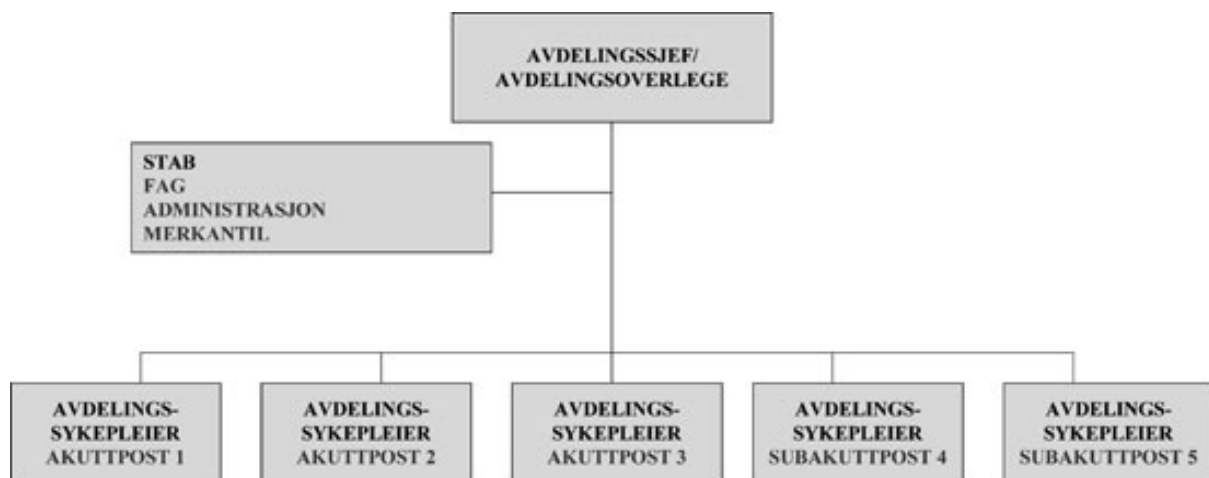
Avdelingen minnet om en lekk båt, og personalet var hovedsakelig opptatt av å øse

Fjelstad sier selv at et kjennetegn ved kunnskapsbedrifter/verdiverksteder i krise er at ekspertene/seniorene arbeider svært sent i prosessen, mens juniorene er i front. Det fører til problemer med manglende eller feil sortering, upresis diagnostisering og at feil blir oppdaget for sent. Og først på dette tidspunktet kommer ekspertene inn. Dette var lett gjenkjenbart fra vår organisasjon. I vår setting betydde det at de minst erfarne tradisjonelt satt med vakttelefon og tok imot pasienter. Dette førte til flere feilplasserte og feildiagnostiserte pasienter, som tok opp ledige plasser og brukte unødig mye tid på sykehus. De erfarne spesialistene oppdager rett nok dette etter en tid, men da er mye helseressurser alt tapt.

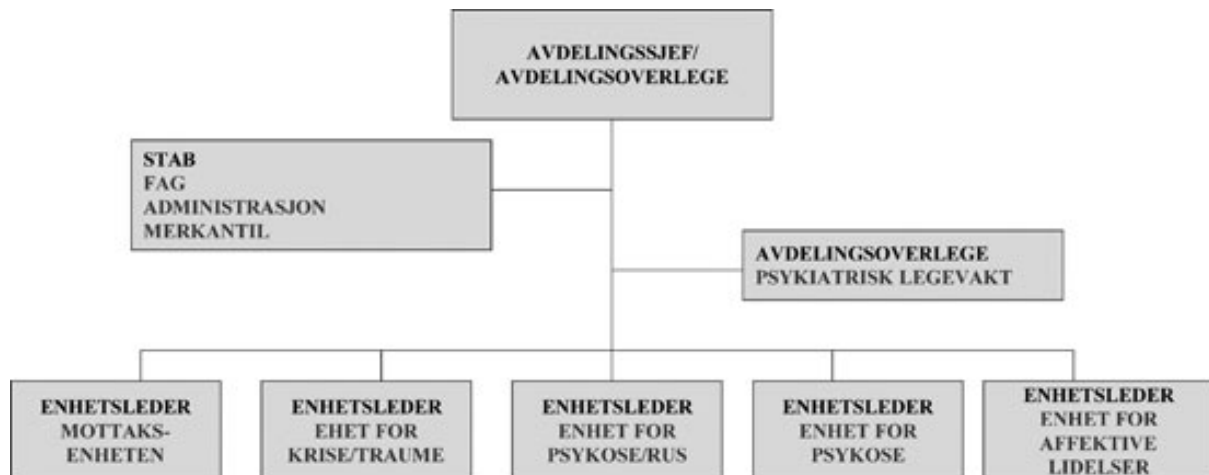
I dag har vi snudd på dette løpet. Kompetanse i front betyr at erfarne spesialister enten tar imot henvendelsene om innleggelse, eller i det minste er lett tilgjengelige ved slike henvendelser. Spesialistene kommer tidlig inn i vurdering og planlegging både ved innleggelse og ved overføring fra mottak til de andre postene. Mottaket har blitt tilført gode personalressurser, det har alltid kapasitet til å ta imot pasienter og er selve navet i organisasjonen. Det er her de viktigste prioriteringene foretas, og mottaket har suveren myndighet ved overføring til andre poster i avdelingen. Henvisninger, søknader eller overføringsmøter er radert ut og savnes ikke. Til manges overraskelse. Vi har altså skiftet fokus fra utskrivelse til innkomst. Sagt på en annen måte er vi nå mer opptatt av behandling av pasienter enn av hvordan vi skal bli kvitt dem, og opplever samtidig at dette har bidratt til å løse kapasitetsproblemene.

Spesialisering

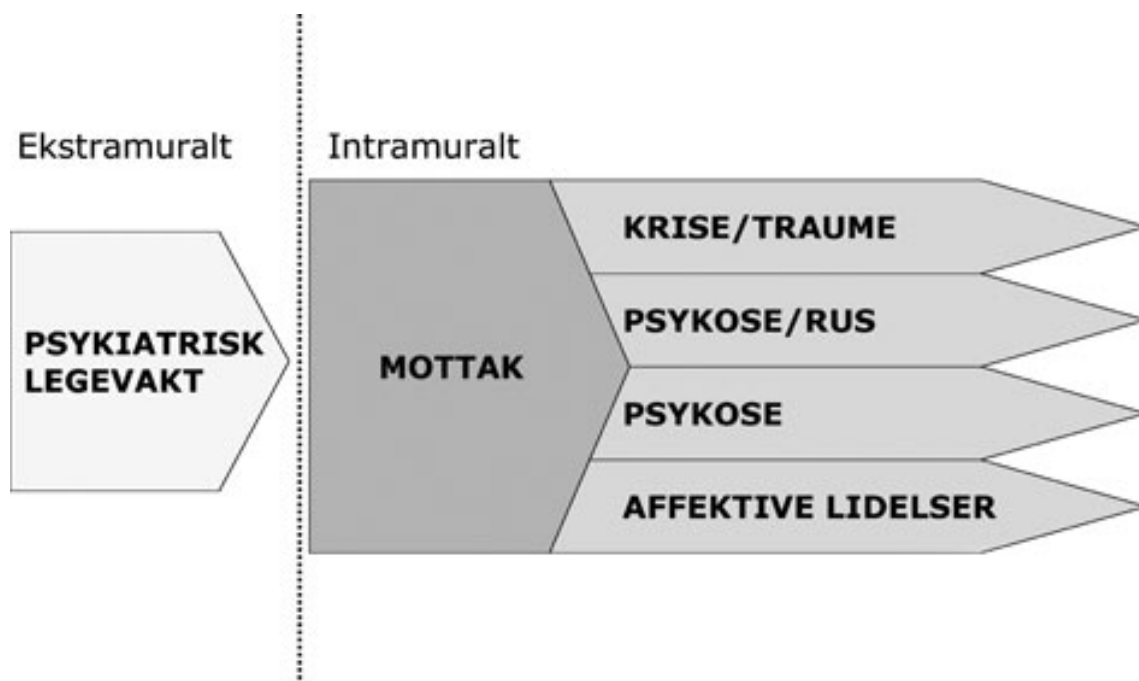
Avdelingen besto tidligere av tre poster som tok imot pasienter fra hvert sitt geografiske område, og to subakuttposter som tok imot pasienter fortrinnsvis fra akuttpostene (se figur 1), og unntaksvis etter søknad fra andre instanser. De tre akuttpostene tok altså alle typer akutte vansker, ut fra det organiserende prinsipp geografisk tilknytning. Vi har nå valgt å la alle pasienter gå «gjennom en dør» til mottak, og har deretter fire enheter hvor pasientene fordeles etter hvilke vansker de har (se figur 2). Disse fire enhetene baserte seg på analyser av pasientpopulasjonen i akutt psykisk helsevern. Vi har enhet for psykose, enhet for krise-/traumebehandling, enhet for psykose/rus og enhet for affektive lidelser. Det organiserende prinsippet er altså spesialisering, og vi sier vi har fem spesialiserte enheter, siden vi regner mottak som spesialist på mottaksrutiner og tidlig differensialdiagnostikk.



Figur 1. Organisasjonskart 2005



Figur 2a. Organisasjonskart 2008



Figur 2b. Ny organisasjon – avdelingsintern pasientstrøm

Begrunnelsen for spesialiseringen er altså dels empirisk og dels strategisk. Det er nå godt dokumentert at prognosen etter operasjoner ved somatiske avdelinger henger sammen med antall operasjoner utført per år ved den avdelingen (Wibe & Endreseth, 2007). Øvelse gjør altså mester for somatiske lidelser, og dette kan også gjelde for sykehusbehandling av psykiske lidelser (DeRubeis et al., 2005). Det er grunn til å anta at det er lettere å lage et utviklende fagmiljø når en spesialiserer seg. Akuttpsykiatri er tross alt et stort fagfelt hvor det er svært vanskelig å holde seg oppdatert på alt. Det er heller ikke noe felles sted for publisering av vitenskapelige artikler eller sentrale akuttpsykiatriske forskningsmiljøer. Forskningsmiljøene organiseres i mye større grad rundt diagnostiske grupper og respektiv behandling. Ved å spesialisere enhetene ønsket vi å samle folk med felles faglige interesser og preferanser til rekrutterende og utviklende fagmiljøer, og til bedre behandling for pasientene.

Resultater av omorganisering

Implementeringen av den nye organisasjonen startet høsten 2006, og innebar endringer på mange nivåer, fra ombygging av lokaler til omplassering av alt personell, samtidig som avdelingen hadde full drift. To år etter er det lett å konkludere med at organisasjonen er i en bedre forfatning enn før omorganiseringen, til tross for at endringen beklageligvis ikke har vært gjenstand for en systematisk før/etter-undersøkelse. Det finnes likevel en rekke parametre som samlet gir grunnlag for en positiv konklusjon: Avdelingen kommer godt ut i arbeidsmiljøundersøkelser. Det er god rekruttering til alle stillinger, og personalet blir i jobbene sine, den prekære spesialistmangelen er helt borte, og det er stor søkning til øvrige lege- og psykologstillinger. Overbelegg og korridorpasienter er avskaffet, det registreres færre personalskader, kvalitetsmål som epikrisetid er dramatisk bedret, andelen pasienter som skrives ut med individuell plan, er økt, og andelen pasienter mottatt til tvungent psykisk helsevern er redusert fra 50 % til 30 %. Vi mottar dessuten færre skriftlige klager fra pasienter og pårørende, og Kontrollkommisjonen er positiv til utviklingen. Alt dette er tydelige indikasjoner på at avdelingen fungerer bedre som organisasjon, og vi antar at det også vil gi seg utslag i bedre behandling av pasientene, uten at vi kan dokumentere det direkte per i dag.

Hva bidro til positiv endring?

I dag er Ullevålskandalen historie, mens vi registrerer interesse for Ullevålmodellen. Selv om vi har godt belegg for en endring i positiv retning, vet vi lite om hva som har vært virksomme faktorer, og hvorvidt modellen i seg selv er avgjørende. For det skjedde flere ting samtidig med omorganiseringen. Vi fikk ny leder, som på grunn av godt renommé ble møtt med positiv forventning og som tidlig fikk tillit som leder, blant annet ved raskt å rekruttere overleger. Tidspunktet for endringen var trolig også gunstig; krisen bidro til en endringsvillighet og vanskeliggjorde holdninger av typen «alt var bedre før». Prosessen som ledet frem til ny modell, var også nøye gjennomtenkt og bidro nok trolig til å minimere motstand i organisasjonen. Prosessen var hele tiden åpen, informasjon var tilgjengelig på det interne nettet, det ble holdt hyppige informasjons- og allmannamøter, fagforeninger ble informert og inkludert, og personalet ble stadig oppfordret til å komme med synspunkter – i felles møter, eller ved direkte henvendelser til medlemmene av prosjektgruppa.



«**TRIKKEDRAPET**»: I 2004 begikk en nylig utskrevet mann med en psykotisk lidelse et drap ombord på en av Oslos trikker. Det ble rettet sterk kritikk mot akuttavdelingen ved Ullevål som hadde ansvar for utskrivningen. Etter en gjennomgripende omorganisering er mediepåganger i dag erstattet med fagbesøk fra andre sykehus som vil lære av «Ullevålsmodellen».

Prosessene som foregikk internt i prosjektgruppa, er spesielt interessante i et mentaliseringsperspektiv. Gruppas medlemmer ble valgt ut fra personlige kvalifikasjoner, samt som representanter for sentrale faggrupper, tillitsvalgte og ledelsen. Ingen ble tatt ut av sine respektive funksjoner i avdelingen, slik at alle parallelt var involvert i avdelingens kliniske virksomhet og berørt av den generelle krisepregete atmosfæren. Prosjektarbeidet kunne lett blitt en ekstra byrde, men ble

heller opplevd som et fristed og en anledning til å tenke rundt alternative, fremtidsrettede og gode modeller for akutt psykisk helsevern. Vi besøkte tilsvarende avdelinger i vårt nærrområde, og ble bedre kjent med hverandre i bilen til og fra. Når ny avdelingsleder var ansatt, tok prosessen ytterligere fart. Gruppen og lederens synspunkter ble ikke opplevd som kontrære, men heller utfyllende, og lederen gav gruppa nødvendig legitimitet og forankring i organisasjonen. Prosessen fremmet mentalisering i organisasjonen.

Mentalisering i arbeidslivet

Den teoretiske modellen for mentalisering er basert på det teoretisk-empiriske tilknytningsparadigmet, og mentaliseringsevnen er basert på tilknytning i utviklingspsykologisk forstand. Sikker tilknytning, med trygg base hos primære omsorgsfigurer, fremmer evnen til mentalisering. Hos voksne, presumptivt sunne mennesker i arbeidslivet må en trygg base ha et annet innhold enn den primære base for å virke utviklende. En forventer at arbeidstakeren ivaretar egne primære behov, samt at mennesket og det menneskelige ikke er ham fremmed. Trygg base i arbeidslivet handler om holdninger, kultur og miljø i organisasjonen. Kjernen i et mentaliserende miljø vil være en godartet nysgjerrighet overfor andres mentale tilstander og hvordan vi kan erfare virkeligheten på ulikt vis. Trygghet i denne sammenhengen betyr visshet om at det en tenker og føler, ikke blir ugyldiggjort. At en ikke blir latterliggjort eller invadert av andres forutforståelse av en selv, eller blokkert av udiskutable, fastlåste sannheter om virkeligheten. En trygg base i denne sammenhengen er en base for utforskning, et *refleksivt rom* både intrapsykisk og mellommenneskelig. Slike mentaliserende baser eller «refleksive rom» er avgjørende for kunnskapsorganisasjoner og organisasjoner hvor hurtig omstilling er avgjørende. I vår organisasjon var dette rommet i en krisepreget periode trangt og lukket, men ble reetablert og utvidet parallelt med omorganiseringen. I tillegg til at det ble utarbeidet en ny plan for organisasjonen, ble *evnen* til planlegging restaurert og styrket.

Organisering rundt frykt

I vår tid kommer organisasjoner raskt i offentlighetens søkelys når uønskede og ubehagelige hendelser oppstår, og det kreves både granskning og at noen må stilles til ansvar. Feil er på alle nivåer «uønskede hendelser» – eller «avvik», som det heter i dagens sjargong, en sjargong og tenkning som i dag florerer i sykehussystemer. Avanserte sikkerhetssystemer, eller avvikssystemer, skal sikre at feil unngås eller eventuelt rettes opp. Sentralt i denne organisasjonsforståelsen er utvikling av prosedyrer for virksomheten som skal sikre riktig og lik håndtering av arbeidsoppgavene. Slike systemer er viktige og nødvendige for at en organisasjon skal være i stand til å rette opp feil på et vis som reduserer risikoen for at lignende feil skjer i fremtiden. Dette sikrer en lærende organisasjon.

Organisasjoner hvor krisepregete, akutte situasjoner er selve oppdraget, er spesielt sårbare for mentaliseringssvikt

Faren er når prosedyrer og sikkerhetssystemer blir det mest sentrale i organisasjonens utvikling og ledelse. En får da en organisering rundt engstelse; det refleksive rom blir innsnevret og sjansene for kreativitet og innovasjon minimert. Kunnskapsorganisasjoner trenger derfor i større grad å organisere seg rundt mot. Mot til å stå for noe, til å utvikle nye modeller, la seg inspirere og følge nye ideer. Men

også mot til å utfordre egne modeller og etablerte sannheter. Dette kjennetegner en mentaliserende organisasjon.

En mentaliserende organisasjon

Avdeling for akuttpsykiatri er ute av en alvorlig krise, og vår nye organisasjonsmodell har sannsynligvis bidratt til en positiv endring for avdelingen. Kompetanse i front og spesialisering har vært to sentrale prinsipper i omorganiseringen, og vi har vært inspirert av inndelingen av organisasjoner i verdikjede, verdiverksted og verdinettverk. Parallelt med utarbeiding av ny plan har *evnen* til planlegging bedret seg, noe en i en mentaliseringstradisjon vil legge enda større vekt på. En videre positiv utvikling krever at vi opprettholder og kultiverer et mentaliserende miljø i vår organisasjon, hvor vi spesielt vektlegger kategoriene verdiverksted og verdinettverk. Dessuten må mentaliseringsbasert tenkning forbli en kjerneverdi i organisasjonen. Dette vil være spesielt avgjørende i møte med fremtidige kriser og krav til omstilling, noe moderne organisasjoner uunngåelig vil møte. For prosedyrer alene kan ikke sikre opprettholdelse av denne type tenkning og miljø, men krever langsiktig og vedvarende ledelsesforankret arbeid med organisasjonskulturen.

Asbjørn Kolseth
Avdeling for akuttpsykiatri
Oslo Universitetssykehus, Ullevål,
Kirkeveien 166
0407 Oslo
Tlf: 22 118 420
E-post koas@uus.no

Referanser

Referanser:

- Allen, J.G, Fonagy, P. Bateman, A. (2008). *Mentalizing in Clinical Practice*. Washington DC: American Psychiatric Publishing.
- Andersen, E. (2007, 17. februar). Det feilorganiserte sykehus. *Aftenposten*.
- Berg, J. E. (2007). *Akuttpsykiatri for leger og sykepleiere*. Stavanger: Hertervik forlag.
- DeRubeis, R. J., Hollon, S. D., Amsterdam, J. D., Shelton, R. C., Young, P. R., Salomon, R. M., O'Reardon, J. P., Lovett, M., Gladis, M. M., Brown, L. L. & Gallopp, R. (2005). Cognitive therapy vs. medication in the treatment of moderate to severe depression. *Archives of General Psychology*, 62, 409–416.
- Frith, U., Morton, J. & Leslie, A.M. (1991). *Trends in Neuroscience, October, 14 (10)*, 433–438.
- Kolseth, A. (2007). Når tenkningen kollapser – mentalisering som fundament i akuttpsykiatrien. Workshop ved IAP-Agora: «Traume; frakopling – tilkopling – mentalisering».
- Skårderud, F. & Sommerfeldt, B. (2008). Mentalisering – et nytt teoretisk og terapeutisk begrep. *Tidsskrift for Norsk Legeforening*, 128, 1066–1069.
- Stabell, C. B. & Fjelstad, Ø. (1998). Configuring value for competitive advantage: On chains, shops and networks. *Strateging Management Journal*, 19, 413–437.

Wibe, A. & Endreseth, H. E. (1997). Kirurgisk behandling av endetarmskreft. *Tidsskrift for Norsk Legerforening*, 127, 2950–2953.