

TIDSSKRIFT FOR NORSK PSYKOLOGFORENING

PSYKOL OGI

Vol.53 nr.2 2016

Pakkeforløp på dansk

*NÅ-intervjuet:
Peter Treufeldt*

ETIKK VED TVANG

*Vitenskapelig artikkel
ved Engerdahl et al.*

Hanne Weie Oddli:

Å dekantere terapiteori

Fagessay

ISSN 0332-6470



9 770332 647006

02

Emilie Kalken

PSY KOL OGI

Vol. 53 **nr. 2** 2016

Sjefredaktør Bjørnar Olsen, bjornar@psykologtidsskriftet.no, tlf. 474 01 165

Fagredaktører Ida K. Holth, ida.holth@psykologtidsskriftet.no, tlf. 930 23 429
og Peder Kjøs, peder@psykologtidsskriftet.no, tlf. 911 73 609

Redaksjonssjef Per Olav Solberg (debattansvarlig),
perolav@psykologtidsskriftet.no, tlf. 950 88 575

Redaktører/journalister Øystein Helmikstøl,
oystein@psykologtidsskriftet.no, tlf. 464 66 978 og Nina Elisabeth Strand,
nina.strand@psykologtidsskriftet.no, tlf. 979 59 515

Redaksjonen redaksjonen@psykologtidsskriftet.no

Debatt meninger@psykologtidsskriftet.no og debatt@psykologtidsskriftet.no

Markedskoordinator Unni Sandland, tlf. 23 10 31 33,
e-post tidsskrift@psykologtidsskriftet.no

Markedskonsulent Winnie Engevold
Sentralbord 23 10 31 30

Redaksjonsråd Marianne Hansen, Nasjonalt
kunnskapssenter om vold og traumatisk stress

Joar Halvorsen, Nidaros DPS

Anlov P. Mathisen, Mental Helse

Catharina E. A. Wang, Universitetet i Tromsø

Omslagsillustrasjon Bendik Kaltenborn

Form Laboremus Oslo AS

Trykk 07 Gruppen AS

Tidsskrift for Norsk psykologforening er et redaksjonelt uavhengig organ som redigeres etter Fagpressens redaktørplakat, Tekstreklameplakaten og Vær varsom-plakaten, samt Lov om redaksjonell fridom i media. Tidsskriftet eies av Norsk psykologforening.

Valgkamp er en styrke

PSYKOLOGFORENINGEN HAR INGEN tradisjon for politisk kamp om sentrale verv. I det store og hele har landsmøtet klappet inn valgkomiteens kandidater. Det er derfor en sjeldenhet når både Birgit Aanderaa og Heidi Tessand ønsker seg vervet som visepresident (se også side 100 i denne utgaven). Og hvem vet, kanskje flere lokallag har kandidater de ønsker å fremme?

En forening som representerer mer enn 8000 medlemmer og den kanskje viktigste profesjonen innen psykisk helse, bør ønske situasjonen velkommen. En politikers oppgave er å gi stemme til viktige saker og samle støtte til prioriteringene. Men skal medlemmene og andre aktører kunne gjøre seg opp en mening om hvilke saker og hvilke politikere man vil støtte, må kandidatene formulere hva de vil i god tid før landsmøtet. En kamp om vervene åpner dermed for å tydeliggjøre foreningens samfunnspolitiske, fagpolitiske og lønnspolitiske veivalg. Som når det kommer til pakkeforløp, kommunepsykologer og samhandlingsreformen, alle eksempler på helse- og ruspolitiske saker foreningen fortsatt vil ønske å påvirke. Eller hvordan foreningen skal navigere i et arbeidsmarked som endres ved at både master i psykologi og lisensierte psykologer gjør sin entré. Og en psykologrolle i endring stiller nye krav til spesialistutdannelsen og fagutviklingen.

Valgkomiteen arbeider allerede med å velge de kandidatene de mener best kan videre-

utvikle foreningens politikk og gjennomføre vedtatte handlingsplaner på vegne av medlemmene. Da bør medlemmene få vite hva de enkelte kandidatene mener om de sakene foreningen skal jobbe med de neste årene. Men foreløpig er det uklart hvilke saker som er de sentrale for foreningen fremover, og hva kandidatene mener om disse. Og når saksforholdet er uklart, er det ikke enkelt for det jevne medlem å engasjere seg i foreningens og profesjonens veivalg. Dermed oppstår et demokratisk underskudd.

Skal medlemmenes engasjement for foreningens politikk vekkes, er det i overkant sent å vente til landsmøtet med å informere om kandidatenes ståsted. Ta diskusjonene nå, i offentlighet. En valgkamp kan øke det politiske engasjement blant medlemmene, og stake ut en tydeligere retning for foreningen i kommende landsmøteperiode. Det kan godt ha vært tilfeldig, men likevel: Da det for noen år siden var en reell kamp om presidentvervet, måtte kandidatene presentere sine kampsaker og bli valgt på disse. Sjelden har Psykologforeningen vært tydeligere i sin politikk enn i landsmøteperioden som fulgte. Kanskje fordi den politiske ledelsen da startet med en avklart politisk visjon med en tydelig forankring i medlemsmassen, og måtte stå til ansvar for det politiske programmet de var valgt inn på. En valgkamp kan slik både motivere til innsats og forplikte til gjennomføring. ✕



Bjørnar Olsen

Sjefredaktør

bjornar@

psykologtidsskriftet.no



En valgkamp kan øke det politiske engasjement blant medlemmene

94



FOTO: PEGGY MARCO/PIXABAY
FOTO: ROB BYE/INSPILASH.COM

MØRK LEDELSE

Tyrannisk, avsporet eller tyvaktig er eksempler på destruktive lederstiler. Lenge var den ødeleggende lederen oversett i ledelsesforskningen. Et miljø i Bergen har nå blitt toneangivende på feltet.

Aktuelt

118



SELMORD VED UTSPRANG

Utsprangsselv mord skjer ofte på steder med en spesiell symbolikk, slik som Golden Gate Bridge i San Francisco. Forskningslitteraturen viser at personer som overlever eller hindres fra selvmord ved slike utsprangsteder i liten grad velger andre metoder, skriver Kim Larsen og Kim Karlsen.

Vitenskapelig artikkel

102

Det er et potensial for å bringe inn brukerperspektivet i sterkere grad i drøftingen av etiske dilemmaer knyttet til tvang

Engerdahl et al.
Vitenskapelig artikkel



TRENGER VI NYE TERAPIMODELLER?

Selv om fellesfaktorene forklarer det meste av behandlingseffekten, trenger vi nyutvikling av terapiteori, ifølge Hanne Weie Oddli.

Fagessay

Innhold

- 89 **Valgkamp er en styrke**
Leder | Bjørnar Olsen
- 92 **Pakkeforløp på dansk**
Nå: Peter Treufeldt | Nina Strand
- 94 **Den mørke siden av ledelse**
Aktuelt | Per Olav Solberg
- 100 **Fagetikk ikke attraktivt**
Aktuelt | Øystein Helmikstøl
- 102 **Etiske utfordringer ved bruk av tvang i psykisk helsevern. Når lovverk møter praksis**
Vitenskapelig artikkel | Engerdahl et al.
- 112 **«Det sitter mellom ørene». Medisinsk uforklarte symptomer hos barn og unge**
Fra praksis | Solveig Gjems
- 117 **Psykologtidsskriftets ukjente ressurs**
Intervju: Dag Gundersen | Nina Strand
- 118 **Selv mord ved utsprang fra høyt sted**
Vitenskapelig artikkel | Larsen & Karlsen
- 128 **Sårbarhetens paradoks**
Fri assosiasjon | Ingerid Elgesem Bjelland
- 130 **Flyktningers og asylsøkeres traumenarrativ**
Oppsummert | Håkon Inge Stenmark
- 133 **MENINGER**
Fagessay: Nyttens av dekantering (s. 134)
Debat: Spesialistutdanningen (s. 139), Begrepsforståelse (s. 140), Boikott (s. 142)
Leserombudet: Underkommunisert sammenheng | Espen Walderhaug (s. 143)
Perspektiv: Kjedelig, men viktig | Gerd Kristiansen (s. 144)
- 146 **INNTRYKK**
Anmeldelser: Mindfulness mot traumer (s. 146), Psykose hos barn og unge (s. 154)
Bokessay: Har vi ham nå? | Peder Kjøs (s. 148)
- 155 **Minneord**
Paul Johnsen 1930–2015 | Ole Alvsvåg & Kari Gystad
- 156 **Kurskalenderen**
- 157 **Annonser**
- 166 **Stillingsannonser**

Pakkeforløp på dansk

Peter Treufeldt mener pakkeforløp i behandlingen av psykiske problemer sikrer like god behandling til alle.



SAMARBEID Pasient og behandler skal være sammen om å tilrettelegge behandlingsforløpet, og det er ikke fastlagt hvilken terapiform som skal anvendes, understreker Peter Treufeldt. Foto: Region Hovedstaden Psykiatri.

TEKST Nina Strand¹

1. Kort fortalt: Hva innebærer pakkeforløp i psykisk helse?

Pakkeforløb i psykiatrien innebærer en definert overordnet ramme, eller standard, for den behandling som vore pasienter på det ikke-psykotiske område tilbydes. Sammen med mange av vore eksperter på de respektive områder utviklede vi forholdsvis detaljerte forløb, som både inkluderer kliniske retningslinjer og det mere logistiske aspekt i behandlingen.

2. Hva ville man i Danmark oppnå da man innførte pakkeforløp?

At sikre like god behandling til alle de pasienter, som har bruk for hjelp uanset hvor de bor i landet. Der har tidligere vært ganske stor forskjell på, hvilken behandling man kunne forvente at få som pasient. Dette ble i brede kredse ansett for at være en stor barriere for en bedre standard i psykiatrisk behandling.

3. Hva var utfordringene med å overføre et system som ble skapt innenfor somatikken til psykisk helsevern?

Det er behov for større fleksibilitet i psykiatrien, hvilket er grunden til, at der i behandlingsspakkerne er anført, at pasient og behandler sammen skal tilrettelegge forløbet, ligesom det endnu heller ikke er fastlagt hvilken terapiform der skal anvendes. Men fordelene er de samme. Gjennom mere og bedre planlægning har vi i Danmark formået at tilbyde betydeligt flere pasienter en professionel psykoterapeutisk behandling og samtidig redusere ventetiderne markant. Med andre ord har pakkeforløbene vært medvirkende til, at flere borgere har fått mulighet for ambulant behandling i

1. Intervjuet foregikk på e-post, og vi har valgt å trykke svarene slik de ble gitt, altså på dansk.

hospitalspsykiatrien, hvor alternativet tidligere var tilbud for egen regning og uden sikkerhed for den faglige kvalitet.

4. Hva vet dere om effekten av pakkeforløp så langt?

En af de andre store fordele ved standardiserede pakkeforløb er netop, at vi nu får bedre mulighed for at forske i effekten af behandlingen. Dette har været vanskeligt hidtil. Vi mangler stadig viden om effekten af vores behandling, men jeg tror og håber, at vi med tiden vil få meget brugbart data.

5. Hvilke tilbakemeldinger kommer fra pasienter?

Det er naturligvis svært at svare på, da alle patienter er forskellige. Jeg tror dog, at langt de fleste er glade for hurtigt at komme i behandling, og for at vide, at de er lige godt stillet – uanset hvor i landet og regionen de er bosat.

6. Hvilke erfaringer rapporterer behandlerne?

Det er i sagens natur også meget forskelligt. Vi har meget engagerede og fagligt kompetente medarbejdere, som vi har stor tillid til, og som vil det bedste for patienten. Det kan være vanskeligt for nogle, at rammerne om behandlingen er blevet mere faste. Men jeg tror, at de fleste kan se, at vi har et ansvar for at sikre hurtig, ensartet og sikker behandling for alle vore patienter.

7. Innebærer pakkeforløp at mer tid går til administrasjon og dokumentasjon?

Det mener jeg ikke. I virkeligheden tror jeg nærmere, at pakkeforløbene har gjort det patientadministrative arbejde lettere. Særligt når vi ser på patientlogistik og sekretærarbejde, så giver pakkeforløbenes beskrivelser langt bedre mulighed for at optimere det logistiske aspekt i behandlingen, så tiden kan gå med kerneopgaven.

8. Hvilke endringer og tilpasninger har man gjort etter at dette ble innført i 2011?

Vi evaluerer og tilpasser løbende pakkeforløbene i psykiatrien. Blandt andet har vi udvidet rammen for borderline-patienter ganske betydeligt. I år vil der blive afholdt konference om pakkeforløb i psykiatrien, hvor vi vil evaluere. Her skal behandlerne, klinikere og brugere af psykiatrien sammen bidrage til at videreudvikle og forbedre de nuværende pakkeforløb.

9. Hvilke pasienter skal i dag ikke ha pakkeforløp og hvorfor?

De pakker vi indtil nu har udviklet, retter sig mod patienter som behandles i det, som vi kalder hovedfunktionen i det danske sundhedsvæsen. Vi har pakker for de mest almindelige sygdomstilstande.

10. Er det et premiss at alle med samme diagnose skal ha samme behandling? Eller kan terapeuten selv velge metodisk tilnærming? Behandleren skal, indenfor pakkens ramme tilrettelægge forløbet ud fra patientens ønsker og behov.

11. Hvor stort rom er det for individuell tilpasning innenfor et behandlingsløp, for eksempel hvis diagnosen viste seg å være utilstrekkelig for forståelsen, at pasientens situasjon endrer seg, eller at problemene er større enn antatt? Pakkeforløbene er som udgangspunkt en fast ramme og et afsluttet forløb. Derfor er det også vigtigt, at vi løbende evaluerer både indhold og rammer for pakkerne. Sker der en ændring i patientens tilstand, som kræver akut handling eller overførsel til et andet pakkeforløb, så skal det naturligvis håndteres.

12. Hva slags rolle får familien og nettverket rundt pasienten i denne typen behandlingsløp? Vi har et stærkt ønske om at involvere pårørende og netværk. Vi lægger meget vægt på vigtigheden af dette i Region Hovedstadens Psykiatri, men anerkender også, at det kan være vanskeligt for vore behandlere at inddrage netværket i den grad, som vi alle ønsker.

13. Hva skjer når pasienten er ferdig med pakkeforløpet?

Så er forløbet som udgangspunkt afsluttet. Men hvis patientens læge finder at patienten har alvorlige symptomer på psykisk sygdom, så vil der på ny kunne henvises til at psykiatrisk udredning og behandling. Der findes en lang række tilbud fra foreninger, kommuner osv., hvor patienter kan søge hen, hvis de ønsker, og overgangen hertil er systematisk indbygget i pakkerne.

14. På bakgrunn av erfaringene i Danmark: Hvilke råd vil du gi til norske helsepolitikere?

Det må tilfalde andre at give råd, men jeg vil følge udviklingen af de norske forløb tæt, og se frem til gensidige erfaringsudvekslinger. ✕

Hvorfor NÅ?

- I august 2016 lanserte Høyre forslaget om egne pakkeforløb for utredning og behandling av psykiske lidelser. Siden da har debatten rast blant behandlerne og brukere.
- Peter Treufeldt er visedirektør, Region Hovedstadens Psykiatri, og har fra starten i 2011 ledet styringsgruppen bak pakkeforløb i psykiatrien i Danmark.
- Se også Bent Høies kronikk i Psykologtidsskriftet 11/15 side 1002, der han refererer til danske erfaringer med pakkeforløp.



AKTUELT

Den mørke siden av ledelse

I omtrent 60 år handlet ledelsesforskningen nesten utelukkende om hva som skapte den gode lederen. Hvor ble den destruktive sjefen av?

TEKST: Per Olav Solberg

Mange arbeidstakere har opplevd å bli utsatt for dårlig eller destruktivt lederskap. En del av dem har blitt regelrett trakkert og mobbet av sjefen. Til tross for manges hverdagsferfaringer med destruktive ledere har paradoksalt nok ikke forskningen vært like opptatt av fenomenet. Hva kan det komme av, når det er åpenbart at destruktive ledere kan ramme organisasjoner, arbeidstakere og produktiviteten ved bedrifter svært hardt?

BERGENSMILJØET

Mye av svaret har å gjøre med den amerikanske lederforskningstradisjonen som ble utviklet i etterkant av andre verdenskrig.

– I USA hadde ledelsesforskerne svært lenge et ensidig fokus på «the bright side of leadership.» To helt sentrale forskere her har vært Bernard M. Bass og Bruce J. Avolio. De utviklet – som sine kolleger – en ledelsesdefinisjon som i praksis ekskluderte alle former for destruktiv ledelse. Ledelse var per definisjon noe konstruktivt. I 1974 ga Bass ut boken *The Bass Handbook of Leadership*, som i fire tiår har vært for en bibel å regne innen forskning på ledelse, sier Anders Skogstad, professor ved Institutt for samfunnspsykologi på Det psykologiske fakultet ved Universitetet i Bergen.

– Rundt 2000 begynte man også i USA å se på de mer destruktive sidene av ledelse. Den anerkjente ledelsesforskeren Bent Tepper innførte begrepet «abusive supervision», som på norsk betyr noe sånt som «skadelig veiledning.» Det er nok ikke tilfeldig at han bruker ordet «veiledning» istedenfor «ledelse», med tanke på ledelsesbegrepets historie i USA, forteller han.

Skogstad er en del av forskningsgruppen FALK ved Institutt for samfunnspsykologi i Bergen. Siden årtusenskiftet har de hatt den mørke siden »

av ledelse under forskningslupen. En viktig og mye sitert artikkel i denne sammenheng ble publisert i tidsskriftet *The Leadership Quarterly* i 2007, av Ståle Einarsen, Merethe S. Aasland og Anders Skogstad. (*Destructive leadership behavior: A definition and conceptual model*). I artikkelen formulerte forskerne en mye brukt og sitert definisjon av destruktiv ledelse. I tillegg utviklet de en modell som tar for seg ulike former for destruktivt lederskap. Definisjonen først:

«En leders systematiske og repeterte atferd som bryter med virksomhetens legitime interesser gjennom det å underminere og/eller sabotere 1) virksomhetens mål, oppgaver, ressurser og effektivitet, og/eller 2) medarbeideres motivasjon, velvære eller jobbtilfredshet.»

– Ifølge denne definisjonen kan destruktiv ledelse ramme både organisasjonen og medarbeiderne hver for seg, eller begge to samtidig. «Intensjon» er helt bevisst ikke tatt med i definisjonen. Hvorvidt lederen bevisst eller ikke forsøker å ramme organisasjonen eller medarbeiderne, er ikke det mest interessante. Det er hvordan ledelsesstilen oppfattes, og konsekvensen av den som er viktig. Det har også vist seg veldig vanskelig på vitenskapelig grunnlag å fastslå hvilke intensjoner ledere har hatt, sier Skogstad.

– *Hva kommer det av at bergensmiljøet har blitt toneangivende i internasjonal forskning knyttet til destruktiv ledelse?*

– Det er ikke tilfeldig. Vi står på skuldrene til blant andre tidligere professor Svein M. Kile, som jobbet på Det psykologiske fakultet fra 1977. I 1990 ga Kile ut boken *Helsefarlige ledere – og medarbeidere*. Det var et grensesprengende bidrag innen norsk organisasjonsteori som omtalte ledere med destruktiv atferd, sier Skogstad

NULLPUNKTET - LAISSEZ-FAIRE

Artikkelen til Einarsen, Aasland og Skogstad (2007) presenterer også en modell som forteller om tre former for destruktiv ledelse: avsporet, tyrannisk og tyvaktig ledelse (figur 1).

– I modellen er ledelse knyttet opp til de veletablerte ledelsesdimensjonene 'oppgaveorientering' og 'menneskeorientering'. En god leder ivaretar både oppgaver og ansatte på en god måte, mens destruktivt lederskap feiler på én eller i verste fall begge parametrene. Tyrannisk ledelse innebærer for eksempel en lederstil som fokuserer sterkt på å oppnå organisasjonens mål og utnytte tilgjengelige ressurser, samtidig som lederen er destruktiv i forholdet til sine medarbeidere. Selv om denne typen autoritær ledelse kan gi gode resultater på kort sikt, vil organisasjonen som helhet rammes på lang sikt når medarbeidere utsettes for tyrannisk ledelse, sier Skogstad.

– *Du har særlig forsket på en fjerde ledelsestype som i utgangspunktet ikke var med i denne modellen: laissez-faire- eller la-det-skure ledelse. Du argumenterer for at den også kan være destruktiv?*

– Begrepet stammer jo opprinnelig fra økonomien, der laissez-faire var uttrykket for en stat som ikke grep inn, og som lot markedet styre samfunnsutviklingen. Ledelsespsykologien omfavnet begrepet og brukte det i betydningen fravær av ledelse eller ikke-ledelse. I organisasjoner der ansatte er svært selvstendige og lett tar ansvar, kan man fort tenke at denne formen for ikke-ledelse fungerer greit. Problemet oppstår i det øyeblikket medarbeidere virkelig har behov for assistanse og hjelp og lederen ikke er til stede eller ikke stiller opp. Da kan laissez-faire-ledelse være svært destruktiv, noe vi også har påvist i flere studier. For eksempel fant vi i en annen studie vi publiserte i 2007, at laissez-faire-ledelse hang



Det kan være bedre å få negativ oppmerksomhet enn å ikke bli sett i det hele tatt

Anders Skogstad, professor



Narsissistiske ledere fungerer som regel godt på kort sikt, men ikke på lang

Birgit Schyns, professor

sammen med høyere forekomst av mobbing. I ekstreme tilfeller utgjør laissez-faire-ledelse en form for ostrakisme, at man totalt overser og ignorerer andre på jobben. I valget mellom å bli totalt oversett og å bli ydmyket/trakassert av andre, velger faktisk de aller fleste som blir spurt, det siste, noe som underbygger at laissez-faire-ledelse i flere tilfeller kan oppleves som verre enn tyrannisk og avsporet ledelse. Det kan altså være bedre å få negativ oppmerksomhet enn å ikke bli sett i det hele tatt, sier Skogstad.

Ifølge professoren er det hvordan lederstilen oppleves, som blir målet på om den er destruktiv eller ikke.

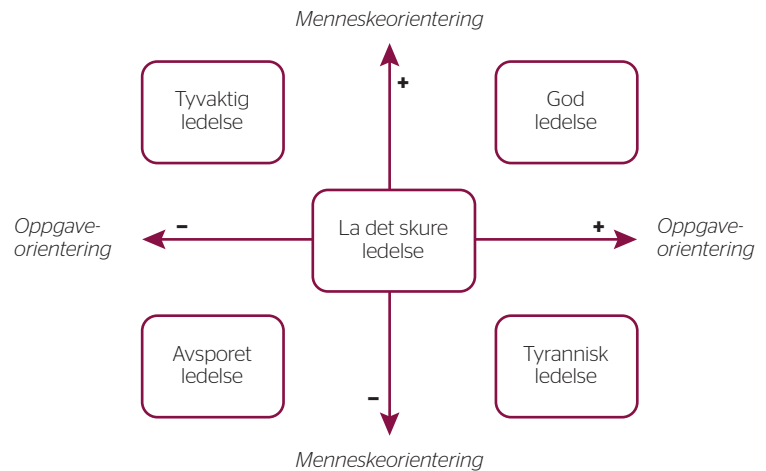
– Vi tar den subjektive opplevelsen på alvor. Hvis en ansatt mener seg utsatt for destruktiv ledelse eller mobbing, er det legitimt og sant for det individet som opplever det. Det betyr at ulike medarbeidere kan reagere helt forskjellig på den samme atferden fra lederen. Hvis vi tar for oss de fem sentrale personlighetstrekkene i «Big Five»-modellen, er det logisk å tenke at en medarbeider som skårer høyt på nevrotisme, lettere vil tolke en leders atferd som negativ og destruktiv enn en medarbeider som er mer følelsesmessig stabil, noe som også underbygges av nyere forskning.

– *Laissez-faire er vel en lederstil det er lett å tenke seg kan bli tolket svært forskjellig fra ansatt til ansatt?*

– Under EAWOP-konferansen i Oslo i mai i fjor la jeg sammen med min kollega Guy Note-laers frem resultater som for første gang viser at i hvilken grad laissez-faire-ledelse har destruktive konsekvenser, har å gjøre med hvordan medarbeiderne årsaksforklarer eller attribuerer lederens atferd. Studien som ble presentert på EAWOP-konferansen, viste at laissez-faire-ledelse hadde klart mindre destruktive konsekvenser når medarbeidere ikke tok lederens atferd personlig, men attribuerte årsaken til omgivelsene, sier Skogstad.

Å IKKE SE SEG SELV

Professor Birgit Schyns var også til stede ved EAWOP-konferansen i Oslo sist vår. Hun er professor i organisasjonsatferd (Organisational Behaviour) ved Durham University i England. Schyns er mest opptatt av den menneskelige siden av destruktivt lederskap. Hun har særlig interessert seg for den narsissistiske lederen, men også hvordan ulike ledelsessituasjoner kan kreve ulik type ledelse.



FIGUR 1 Modell som viser de ulike typene av destruktiv ledelse.

– Å studere fotballag og ledelse er interessant. Kvalitative studier med profesjonelle fotballspillere viser at fotballtrenere kan oppføre seg dårlig mot spillerne, samtidig som spillerne kan rettferdiggjøre trenerens atferd på grunn av høyt press. Atferden blir dermed ikke oppfattet som destruktiv. I kriser kan det som vanligvis blir oppfattet som destruktiv lederstil, plutselig bli sett på som en styrke og noe positivt, sier Schyns, og viser til hvordan en fotballtrener med narsissistiske personlighetstrekk kan komme inn og redde et lag fra nedrykk.

– Men på lang sikt, over en hel sesong, kan en slik lederstil virke svært ødeleggende på spillerne. Narsissistiske ledere fungerer som regel godt på kort sikt, men ikke på lang, sier hun.

Schyns har vært opptatt av den narsissistiske ledertypen på grunn av deres sterke ønske om å søke makt, innflytelse og bli beundret, samtidig som ledelsesstilen kan være svært skadelig.

– Det er lett å la seg blende av denne typen mennesker i jobbintervjuer, de fremstår som faglig dyktige og kan også være karismatiske i væremåten. Det gjør at de er vanskelige å avsløre. Men deres selvopptatthet skaper fort vansker i relasjonen til medarbeiderne og i andre samarbeidssituasjoner. Tilbakemeldinger fra ansatte oppleves for eksempel som truende og blir møtt med mistenksomhet.

– *Hvordan avsløre narsissistiske ledere før de får drømmejobben?*

– Det er et godt spørsmål. Man bruker ofte personlighetstester i jobbintervjuer for å avdekke slike personlighetstrekk, men disse testene er relativt enkle å manipulere. En annen metode er å undersøke atferd i sosiale medier. Måten man fremstiller seg på og kommuniserer her, kan gi et hint om kandidatens personlighetstype, sier Schyns.

Et annet problem med narsissistiske ledere er muligheten for endring.

– Lederutviklingsprogrammer forutsetter en viss evne til å se seg selv utenfra og å kunne ta den andres perspektiv. Når dette i seg selv er vanskelig for narsissisten, er det lite håp om endring. Paradokset blir at de som har mest behov for ledertrening, er de som er minst i stand til å få utbytte av den eller innse at de trenger det, sier hun.

Kanskje kan nettopp dette være noe av årsaken til at personer som jobber med lederutviklingsprogrammer, ikke har ønsket å ta i narsissisten med ildtang, for han eller hun passer ikke inn i et forandring-er-mulig-paradigme.



- Vi har kartlagt mobbing i arbeidslivet siden tidlig på 90-tallet, og tallene er usedvanlig stabile over tid

Morten Birkeland Nielsen, forsker



I helsesektoren virker det vanlig at fagpersoner uten lederbakgrunn eller -utdanning blir ledere ut fra sin fagbakgrunn. Det er uheldig.

Arne Glenna, rådgiver

- Ledelsesforskning og lederutvikling har lenge vært – og er i hovedsak fortsatt – på den positive psykologiens side. Du ønsker å selge inn at positiv forandring er mulig. Det som ikke passer inn i dette bildet, er det enklest å definere ut. Destruktiv ledelse er fortsatt en liten del av forskningsfeltet, men det er under utvikling. Da jeg først startet i dette feltet, var det vanskelig å få publisert artikler om destruktiv ledelse eller medarbeidere som fortalte om mobbing, i vitenskapelige tidsskrift. Da fikk jeg beskjed om at dette ikke var ledelsesforskning og derfor ikke kunne publiseres. Vi er heldigvis ikke der lenger nå, sier Schyns.

- Hva bør en medarbeider gjøre hvis han/hun er utsatt for en narcissistisk leder som gjør jobbhverdagen svært ubehagelig og smertefull?

- Det enkle svaret er: Bytt jobb, hvis du har mulighet.

MOBBET AV SJEFEN

Ikke alle som mistrives, har mulighet til å bytte jobb. Særlig ikke nå, med et strammere arbeidsmarked og voksende arbeidsledighet. Det betyr at mange arbeidstakere hver dag gruer seg til en ny arbeidsdag, fordi sjefen er ugrei. En del blir regelrett mobbet. Men hvor mange?

I oktober 2015 var det ca. 2,7 millioner sysselsatte i Norge, ifølge Statistisk sentralbyrå. Forskning utført av Universitetet i Bergen og Statens arbeidsmiljøinstitutt indikerer at fem prosent av arbeidstakerne mobbes på jobben til enhver tid – og rundt halvparten av disse blir mobbet av sjefen sin. I faktiske tall betyr det at rundt 67 500 arbeidstakere mobbes av en overordnet. Konsekvensen er psykisk og fysisk uhelse, sykemeldinger og dårlig produktivitet, for å nevne noe – i sum en god del lidelse som rammer både enkeltskjebner og samfunnet som helhet.

Morten Birkeland Nielsen er forsker på Avdeling for arbeidspsykologi- og fysiologi ved Statens arbeidsmiljøinstitutt og har forsket mye på mobbing, psykiske plager og sykefravær knyttet til arbeidslivet. Det er også han som har oppgitt prosenttallene for mobbeofre i norsk arbeidsliv i forrige avsnitt.

- Vi har kartlagt mobbing i arbeidslivet siden tidlig på 90-tallet, og tallene er usedvanlig stabile over tid.

- Hvordan forklarer du denne stabiliteten? Er det et tegn på at narcissistiske/tyranniskere ledere er en relativt stabil faktor i arbeidslivet?

- Det er mange mulige forklaringer. Norsk kultur er preget av liten maktavstand mellom leder og medarbeidere, noe som kan gi mindre grobunn for mobbing. I tillegg har vi hatt mange år med god økonomi og lav arbeidsledighet, og det er rimelig å anta at dette kan ha innvirkning på trivsel og klima på arbeidsplasser. I et godt jobbmarked er det lettere å skifte jobb hvis man mistrives eller opplever konflikter og mobbing. Trekk ved organiseringen av arbeidslivet, og da særlig ledelse, kan også ha betydning. Det skal ofte mye til for å bytte ut en leder. En tyrannisk leder vil ofte prioritere måloppnåelse på bekostning av medarbeidernes trivsel og velvære, og det kan dermed tenkes at toppledelsen opplever lederen som god i og med at virksomhetens mål blir oppnådd.

Undersøkelsen Birkeland Nielsen refererer til ovenfor, ble gjennomført i 2005, 2007 og 2010. Det er heller ikke noen forskjell i prosent mellom andel menn og kvinner som mobbes på jobben.

- Hvordan er tallene i Norge sammenlignet med andre land?

- Skandinavia skårer lavt på mobbing sammenlignet med andre europeiske land og verden for øvrig. Det globale gjennomsnittet ligger på

rundt 15 prosent. I andre europeiske land utsettes rundt 14 prosent av medarbeidere for mobbing, mens i ikke-europeiske land er andelen hele 20 prosent.

– *Hva er det mobbeofrene reagerer mest på med lederens atferd?*

– En interessant studie undersøkte både hvordan mobbeofrene opplevde trakasserin- gen fra sjefen, og hvordan andre ansatte som ikke ble mobbet, så på den samme lederen. De som ble mobbet, opplevde lederen som inkonsekvent og uforutsigbar, noen ganger hyggelig, andre ganger ikke. Arbeidstakere som ikke ble mobbet selv, men som hadde observert mobbing av andre, opplevde derimot lederen som stabilt autokratisk og tyrannisk. De som blir mobbet, har altså et mer nyansert syn på lederen sin enn de andre, kanskje fordi de har mer med lederen å gjøre enn de andre og faktisk lærer ham bedre å kjenne. Men det er det uforutsigbare som virker mest problematisk.

– *Hvilke konsekvenser får mobbingen for de ansatte?*

– Vi har gjennomført meta-analyser der vi har oppsummert alt vi har funnet om mobbing og helse. De som er utsatt for mobbing i arbeidslivet, har hele 70 prosent større sjanse for å ha helseplager i etterkant av mobbingen, sammenlignet med andre ansatte. Følgene virker altså veldig klare og tydelige.

– *Det betyr vel også langt større andel sykemeldte i denne gruppen?*

– Sammenhengen mellom mobbing og sykemeldinger er ikke så sterk som man skulle tro. Mange av dem som mobbes, forsøker å stå i jobben selv om de er syke og har det ganske fælt. Hva som er grunnen til det, er litt uklart. Man kan tenke seg at det vil være ekstra stigmatiserende å gå ut av jobben på grunn av mobbing, og man mister på sett og vis enda mer kontroll over situasjonen man er i. Kanskje prøver man i det lengste å bli opplevd som en av de andre medarbeiderne, sier Birkeland Nielsen.

LAVTERSKELTILBUD

La oss til slutt bevege oss ned fra forskerposisjonsens høye tind og ned til brukerorganisasjonen Mental Helse. De opprettet Arbeidslivstelefonen i 2002. Hit kan hvem som helst ringe – både ansatte og ledere – for å snakke om arbeidsrelaterte spørsmål og problemer. I 2015 fikk telefonen omkring 1700 henvendelser, en økning på 14 prosent fra året før.

– Rundt 35 prosent av henvendelsene handler om misnøye med lederen i en eller annen forstand. Mobbing og trakassering er ett aspekt her, å ikke bli sett av lederen et annet. Å bli tildelt feil arbeidsoppgaver eller opplevelsen av å bli urettferdig behandlet er også temaer som er hyppig oppe, sier Arne Glenna, rådgiver ved Arbeidslivstelefonen.

70 prosent av dem som ringer, er kvinner, og dette tallet har vært stabilt hele tiden.

– *Er dette en indikasjon på at kvinner blir mer trakassert på jobben enn menn?*

Hva som oppleves som krenkende og urettferdig, varierer fra person til person – og kanskje også mellom kjønn. At kvinner generelt kan være mer fintfølende enn menn og dermed lettere opplever seg trakassert, kan også være et aspekt her. Årsaken til at flest kvinner tar kontakt, handler nok om at kvinner generelt ikke er så redde for å spørre om hjelp når noe er vanskelig. Seksuell trakassering er også noe kvinner rammes mer av enn menn, og som vi får henvendelser om. Dette kan virkelig ødelegge en medarbeider, og vi har hatt samtaler med personer som har blitt langtidssyke på grunn av dette.

– *Er noen bransjer/yrker oftere i kontakt med dere om trakassering og mobbing enn andre?*

– De som henvender seg, fordeler seg temmelig jevnt mellom mange ulike bransjer, og fordelingen mellom offentlig og privat sektor er ca. 50–50. Når det er sagt, får vi en god del henvendelser fra helsesektoren, og en gjenganger her er ansatte som klager på inkompetente ledere. Å være en dyktig lege eller tannlege betyr ikke at du automatisk blir en god leder. I helsesektoren virker det vanlig at fagpersoner uten lederbakgrunn eller -utdanning blir ledere ut fra sin fagbakgrunn. Det er uheldig. Ledelse er selvsagt også et fag som må læres, sier Glenna.

– *Hva med utdanningsnivå og mobbing? Det er lett å tenke at det er mer mobbing i røffe, manuelle yrker enn i akademiske yrker. Ser man noen sammenheng her?*

– Nei. Rundt halvparten av de som kontakter oss om spørsmål knyttet til trakassering eller mobbing, har høyere utdanning. Mitt inntrykk er at destruktive ledere finnes overalt der hvor ledelse utøves, avslutter Arne Glenna. ✕

FAGETIKK IKKE ATTRAKTIVT

På Psykologforeningens landsmøte kan det bli flere kandidater å velge mellom til vervet som visepresident. Det er verre å finne folk til Fagetisk råd og Ankeutvalget for fagetiske klagesaker.

TEKST

Øystein Helmikstøl

DET KAN BLI kamp om verv til toppledelsen i Psykologforeningen.

– Det er aldri problem å finne kandidater til Psykologforeningens sentralstyre, sier valgkomiteens leder Jogeir Sognnæs.

Han sier at vervene i Fagetisk råd (FER) og Ankeutvalget for fagetiske klagesaker (AFEK) er mer utfordrende. Valgkomiteen må bruke mye tid på våren på å lete etter folk som vil stille opp.

– Fagetikk er ryggraden i organisasjonen, og jobben der er like viktig som sentralstyrets arbeid, mener Sognnæs.

Han er usikker på hva som gjør at valgkomiteen får færre forslag til FER og AFEK, men sier at FER tradisjonelt har vært rekruttert fra Bergen og omegn, og at mange oppfatter det som en veldig krevende jobb. Det at man velges for to perioder, det vil si seks år, har nok også betydning, ifølge Sognnæs.

– Men selv om medlemmer i FER forteller om et krevende arbeid, forteller de samtidig om et veldig givende og lærerikt arbeid. Det skal ikke være folk som har tatt en spesialisering i fagetikk, som skal sitte der. Vi skal ha bredde og helhet, sier Sognnæs, som ønsker like stort engasjement for kandidater til FER og AFEK som til sentralstyret.

På et møte før jul vedtok styret i Akershus lokallag å nominere Heidi Tessand som kandidat til vervet som visepresident fra neste periode. Psykologtidsskriftet har spurt henne hvorfor hun ikke er kandidat til FER eller AFEK.

– Fordi jeg ønsker den stillingen der jeg har mest å bidra med, og der foreningen får mest utbytte av min kompetanse, svarer Tessand.

KAN BLI KAMP

Hvis landsmøtet i Psykologforeningen velger Heidi Tessand som visepresident, må en av de nåværende visepresidentene ut.

– Hvem skal ut, Heidi Tessand?



JOGEIR SOGNNÆS leder valgkomiteen i Psykologforeningen. Han ønsker åpenhet rundt valgprosessene foran landsmøtet i november. Foto: Privat

– Det er landsmøtet som velger sine ledere, så det gjenstår å se om de synes jeg er en aktuell kandidat. Jeg ønsker å bidra når det gjelder fag- og profesjonspolitikk, og Birgit Aanderaa har det vervet i dag.

Visepresident Birgit Aanderaa kommenterer Tessands kandidatur slik:

– Ja, da kan det hende at det blir mer enn en kandidat til vervet som visepresident. Det er fint at det er interesse for viktige verv i Psykologforeningen.

Psykologtidsskriftet ønsket kommentar fra president Tor Levin Hofgaard om Heidi Tessands kandidatur og fikk dette sitatet fra kommunikasjonssjef Gøril Wiker:

– Psykologforeningens president Tor Levin Hofgaard har ingen kommentar, verken til mulige utfall av landsmøtets valgprosess eller til valgkomiteens arbeid og ansvarsområde.

Et intervju med Heidi Tessand ble lagt ut på Akershus lokalavdelings side på Psykologfore-

ningen.no i midten av januar¹. Hun svarer dette på Psykologtidsskriftets spørsmål om hva det viktigste argumentet hennes er for at landsmøtet eventuelt skal velge henne.

– Jeg brenner for faget vårt, og har bred erfaring både fra kommune, psykisk helsevern, organisasjonsutvikling og ulike formidlingsarenaer. Jeg håper at Psykologforeningen ser verdien av å ha meg med på laget! svarer Tessand.

Psykologtidsskriftet har spurt Birgit Aanderaa om hvorfor landsmøtet eventuelt bør velge henne.

– Spesialistutdanningen er i en stor endringsprosess. Den grunnleggende strukturen begynner å komme på plass, men det er fortsatt omfattende arbeid igjen for at vi får se hvordan den nye strukturen kan underbygge de målene Psykologforeningen har satt seg. I dette arbeidet er det viktig med kontinuitet på fagsiden. Det er svært lenge siden det har vært kontinuitet på fagsiden i Psykologforeningen, svarer Aanderaa, og legger til at dette er en av grunnene til at hun er en god kandidat.

ØNSKER ÅPENHET

Den 9. juni kommer valgkomiteen med sin innstilling, som medlemmene skal ta stilling til på landsmøtet 23.–25. november.

– Landsmøtet vet lite om prosessen, og medlemmene i foreningen vet ikke alltid mye om kandidatene. Ville det ikke vært bedre med en mer åpen prosess, slik at medlemmene fikk vite mer om hvem de stemmer på?

– Vi er selvfølgelig for at landsmøtet skal vite noe om kandidatene, både de som valgkomiteen legger fram, og eventuelle motkandidater.

Sognæs er klar på at komiteen ønsker åpenhet rundt prosessen.

– Psykologforeningen har ikke tradisjon for at det settes opp flere forslag. Det var uvanlig det som skjedde da Anne Kari Torgalsbøen var motkandidat til Tor Levin Hofgaard da han ble valgt. Valgkomiteen er glad for stort engasjement og åpenhet rundt valgene i organisasjonen, sier Sognæs.

Sittende president Tor Levin Hofgaard har ikke signalisert at han vil gi seg. Ingen har meldt seg som motkandidater til vervet som president. ✕

.....

1. psykologforeningen.no/medlem/lokalavdelinger/akershus/aktuelt/energibunt-gaar-for-vicepresidentvervet



KJEMPER OM TOPPVERV Heidi Tessand (til venstre) ønsker å bli Psykologforeningens visepresident for fag- og profesjonspolitikk. Det vervet har Birgit Aanderaa i dag. Foto: Psykologforeningen/Arne Olav L. Hageberg

Psykologforeningens landsmøte 2016

- Birgit Aanderaa er i dag en av to visepresidenter i Psykologforeningen, Heidi Tessand ønsker hennes plass.
- Valgkomiteen for Psykologforeningen vil ha kandidater også til verv i Fagetisk råd og Ankeutvalget for fagetiske klagesaker.
- Frist for å sende inn forslag er 1. mars.
- 9. juni kommer valgkomiteen med sin innstilling som blir lagt fram på landsmøtet i november.

VITENSKAPELIG ARTIKKEL

TIDSSKRIFT FOR NORSK PSYKOLOGFORENING 2016 S. 102-110 FAGFELLEVDERT

INGVILD STOKKE ENGERDAHL, Psykologspesialist, Akershus Universitetssykehus, DPS
Nedre Romerike, ALBERT MOLJEWIJK, Phd, Senter for medisinsk etikk, Universitetet
i Oslo og REIDAR PEDERSEN, Senter for medisinsk etikk, Universitetet i Oslo
KONTAKT i-stokk@online.no

ETISKE UTFORDRINGER VED BRUK AV TVANG I PSYKISK HELSEVERN

- Når lovverk møter praksis

Gruppebasert refleksjon om etiske utfordringer ved bruk av tvang viser at behandlere ofte står i situasjoner der viktige verdier strider mot hverandre. Den viktigste verdiavveiningen synes å være om pasientens autonomi skal vike for andre hensyn.

Utgangspunktet for all behandling i Norge er at den skal være frivillig og basert på informert samtykke. Det er imidlertid enkelte unntak fra denne hovedregelen: Av Psykisk helsevernlovens § 1-4 og kapittel 3 fremgår det at både psykiatere og psykologspesialister kan fatte vedtak om tvang dersom lovens vilkår er oppfylt, og man etter en helhetsvurdering finner at tvang er klart beste løsningen av hensyn til pasienten, eller av hensyn til andres liv eller helse (Helsedirektoratet, 2012).

Til tross for at lovverket regulerer bruk av tvang, tyder statistikk på at praksis er forskjellig når det kommer til tolkning og anvendelse av lovverket. I strategiplanen «Bedre kvalitet – økt frivillighet. Nasjonal strategi for økt frivillighet i psykiske helsetjenester (2012–2015)» beskrives utfordringer knyttet til hvordan man skal registrere tvangsvedtak for å få sammenlignbare tall, og det vises til geografiske forskjeller mellom land og innad i vårt land når det gjelder omfang og type tvang. Det kan i tillegg forekomme mye uformell tvang og makt som ikke kan telles eller leses av tvangsstatistikk. Den subjektive dimensjonen som pasienters opplevelse av tvang utgjør, er også vanskelig å beskrive statistisk. Vi ser altså at lovverk og statistikk ikke tegner et fullstendig bilde av den kompleksiteten som bruk av tvang i praksis innebærer.

Syse og Nilstun (1997) fremhever at bruk av tvang i psykisk helsevern innebærer verdikonflikter, og trekker særlig frem autonomi og paterna-

ABSTRACT

Ethical challenges regarding the use of coercion in mental health care – When health law meets practice

We have studied the ethical challenges that mental health care professionals reflected upon during 86 ethics reflection groups focusing on the use of coercion. Our main finding is that the professionals experience many different and demanding ethical challenges. These challenges are divided into four main categories: informal coercion, formal coercion, uncertainty about the legislation, and professionalism. The most important value trade-off is whether patient's autonomy ought to give way to other considerations.

This study shows that Norwegian health law does not answer all questions related to what should be considered as legitimate use of coercion in mental health care. Sometimes mental health care professionals may even experience that health law causes ethical challenges.

Dealing openly with ethical challenges in a systematic way is important in order to define coercion and to acknowledge the various associated value conflicts. Furthermore, a joint reflection process can help determine when coercion should be regarded as the lesser evil and how coercive measures can be used in the least restrictive and offensive manner.

Keywords: ethical challenges, forced treatment, ethics reflection groups, informal coercion, formal coercion, legislation, mental health care



Etikk-refleksjonsgrupper er et tilbud til de ansatte om å ta opp egne pasientsaker hvor de er i tvil om hva som er riktig å gjøre

lisme som sentrale motsetninger. De definerer paternalisme som «det å gripe inn overfor et individ med det formål å hjelpe vedkommende, når dette skjer i strid med vedkommendes ønske eller uten at samtykke foreligger», mens autonomi brukes synonymt med selvbestemmelse (Syse & Nilstun, 1997). I Etske prinsipper for nordiske psykologer (2008) står det at psykologers arbeid ofte vil innebære vanskelige etske vurderinger, og at pasienters selvbestemmelse kan måtte fravikes ved lov hjemlet bruk av tvang. Den samme avveiningen av verdier fremheves i Paulsrud-utvalgets utredning «Økt selvbestemmelse og rettssikkerhet» (NOU 2011:9), hvor det fremgår at helsemyndighetenes mål er å få til *riktigere* og redusert bruk av tvang.

Fra mange ulike ståsteder anerkjennes det altså at viktige verdier står på spill når det gjelder bruk av tvang. Vårt inntrykk gjennom mange år med klinisk praksis og arbeid med etikk i helsetjenesten er likevel at det har vært sterkt fokus på ideologiske, prinsipielle og teoretiske motsetninger og lovverk, og mindre systematisk fokus på hva slags etske utfordringer helsepersonell faktisk opplever i konkrete situasjoner ved bruk av tvang i psykisk helsevern.

En måte å definere etske utfordringer på er: «når det er tvil, usikkerhet eller uenighet om hva som er riktig eller galt, godt eller ondt» (Lillemoen & Pedersen, 2013). Forskere ved Senter for medisinsk etikk (SME) har nylig gjennomført et systematisk litteratursøk i Medline, PsychInfo, Cinahl, Sociological Abstracts og Web of Knowledge for å undersøke hvilke etske utfordringer helsepersonell opplever som sentrale ved bruk av tvang i psykiske helsetjenester (Hem, Gjerberg, Husum & Pedersen, 2014). Dette søket ga relativt få relevante treff, og understøtter et inntrykk av at få studier eksplisitt og systematisk har undersøkt hva slags etske utfordringer helsepersonell møter ved bruk av tvang.

I 2011 bevilget Helsedirektoratet midler til et flerårig prosjekt ved Senter for medisinsk etikk (SME) ved Universitet i Oslo, kalt PET-prosjektet: Prosjektets mål er å frembringe kunnskap om psykiske helsetjenester, etikk og tvang (PET), og å undersøke mulige virkemidler for å bedre håndteringen av etske utfordringer ved bruk av tvang. PET-prosjektet har en bred forståelse av tvang som inkluderer formell, uformell og opplevd tvang. For mer informasjon om PET-prosjektet ved Senter for medisinsk etikk, se <http://www.med.uio.no/helsam/tjenester/kunnskap/etikk-helsetjenesten/psykiske-helsetjenester>.

Vår studie er basert på et delprosjekt innenfor PET-prosjektet som besto i å etablere etikk- refleksjonsgrupper innenfor psykisk helsevern med fokus på bruk av tvang. Etikk- refleksjonsgrupper er et tilbud til de ansatte om å ta opp egne pasientsaker hvor de er i tvil om hva som er riktig å gjøre (Lillemoen & Pedersen, 2013; Molewijk et al., 2008a). Denne typen refleksjonsgruppe ble valgt på bakgrunn av positive erfaringer bl.a. fra Nederland, hvor vitenskapelig evaluering tyder på at etikk-refleksjonsgrupper kan bidra til en økt bevissthet om riktig bruk av tvang og en bedre håndtering av etske utfordringer (Molewijk et al., 2008b/c; Weidema et al., 2013).

Ved å informere i ulike fora om dette delprosjektet knyttet forskere ved Senter for medisinsk etikk til seg ressurspersoner som var interessert i å samarbeide om å etablere etikk-refleksjonsgrupper ved sin arbeidsplass innenfor psykisk helsevern. Etter en forberedende periode med informasjonsmøter, forankring i ledelsen ved de ulike institusjonene, opplæring og planlegging, ble det høsten 2012 startet opp totalt 8 etikk-

refleksjonsgrupper ved tre ulike sykehus. Pr. januar 2015 er 6 av gruppene fremdeles aktive.

Gitt de viktige verdiene bruk av tvang berører, og det fokus myndighetene har på å fremme riktigere og redusert bruk av tvang, er vi i denne studien interessert i å se på hvilke etske utfordringer de ansatte innenfor psykisk helsevern er opptatt av i situasjoner hvor det kan være aktuelt å bruke tvang. Er det slik at lovverket klart regulerer de situasjonene hvor tvang blir vurdert, eller opplever de ansatte at det kan være andre hensyn som er viktige for om det skal fattes vedtak om tvang? Opplever de ansatte etske utfordringer ved bruk av tvang i situasjoner hvor lovverket ikke regulerer tvangsbruk? Hvilke verdier er de ansatte opptatt av å reflektere over for å vurdere om bruk av tvang er legitimt? For å belyse disse problemstillingene var våre forskningsspørsmål følgende:

- 1) Hvilke etske utfordringer er ansatte innenfor psykisk helsevern opptatt av å reflektere over i etikk-refleksjonsgrupper knyttet til utøvelse av tvang?
- 2) Hvilke verdier står på spill når man er i tvil om det er riktig å bruke tvang, og hvordan legitimerer man bruk av tvang?

Vi kjenner ikke til at disse problemstillingene har vært undersøkt på en lignende måte tidligere.

METODE

Avdelingene der refleksjonsgruppene har vært gjennomført:

Syv avdelinger tilknyttet tre forskjellige sykehus har hatt til sammen åtte refleksjonsgrupper med jevnlig møter. Avdelingene består av seks døgnavdelinger og en psykose poliklinikk. Døgnavdelingene er en alderspsykiatrisk avdeling, to akuttposter, en ungdomspsykiatrisk klinikk, en rehabiliteringsenhet og en lukket psykose- og sikkerhetsavdeling. Alle avdelingene er godkjent for bruk av tvang, og alle utøver tvang.

Gruppene har vært åpne for alle de ansatte ved avdelingene og har vært tverrfaglig sammensatt med behandlere (overleger, LIS-leger, psykologspesialister og psykologer, hvorav flere med vedtaksansvar) og miljøpersonale (sykepleiere, vernepleiere, hjelpepleiere). Ved enkelte avdelinger har ledere deltatt, andre steder prest og sosionom.

Om etikk-refleksjonsgruppene

Gruppemøtene har vart fra 60 til 75 minutter og har møttes en til to ganger i måneden. Antall deltakere har variert fra 3 til 18. Refleksjonsgruppene har fulgt en sekstrinnsmodell utviklet ved Senter for medisinsk etikk, gjerne kalt SME-metoden (se Børslett, Heilmann, Lillemoen & Pedersen, 2011, for beskrivelse av SME-metoden). De seks trinnene er å klargjøre og drøfte etske utfordringer/dilemmaer, fakta i saken, berørte parter og deres syn, aktuelle verdier/lover/prosedyrer, handlingsalternativer, og helhetsvurdering/konklusjon. Metoden virker strukturerende for refleksjonen, og kan samtidig benyttes svært fleksibelt. Den er vanlig å bruke i etikkdrøftinger i Kliniske etikk-komiteer (KEK) ved norske sykehus. Alle gruppene ble ledet av en eller to etikkfasilitatorer. Disse er ansatte ved avdelingene som har fått opplæring i å lede etikk-refleksjonsgrupper gjennom samlinger og veiledning fra Senter for medisinsk etikk.

Gruppedeltakerne ble oppfordret til å ta opp reelle utfordringer knyttet til bruk av tvang. Gruppene brukte ulike metoder for å velge ut saker.

Noen grupper hadde avtalt på forhånd hvem som hadde ansvar for å presentere sak fra gang til gang. I andre grupper var det enten bare én aktuell sak, eller det ble avgjort i hvert enkelt møte, etter en kort presentasjon av flere aktuelle saker, hvorpå gruppedeltakerne ble enige om hvilken sak man ville reflektere videre rundt.

Beskrivelse av datamaterialet:

Datamaterialet i denne undersøkelsen består av evalueringsskjemaer som ble fylt ut av etikk-fasilitatorene etter hver etikk-refleksjonsgruppe. Hovedspørsmålet som skulle besvares på evalueringsskjema, var: Hva var den etske utfordringen? Svaret på dette spørsmålet danner hovedgrunnlag for analysen her. Skjemaene inneholdt også tilleggsopplysninger om situasjonen som ble presentert, utfallet og mulige tiltak man kom frem til på grunnlag av refleksjonen. På alle skjemaene fremgikk det hvilke faggrupper som var til stede hver gang. Skjemaene inneholdt ikke informasjon om hvorvidt sakene ble valgt ut forut for eller i gruppemøtet, eller om de ble vurdert som gode eller egnete saker.

Analyse av skjemaene:

For å bearbeide skjemaene benyttet vi kvalitativ analyse inspirert av Kvale og Brinkmann (2012). Vi tilstrebet å ha en induktiv holdning til materialet, og benyttet ikke teoretiske begreper eller forhåndsdefinerte kategorier i analysen. Det var to (RP og ISE) som leste skjemaene og jobbet med ulike måter å kategorisere datamaterialet på, først hver for seg og deretter sammen. Til slutt ble alle skjemaene analysert i forhold til de fire kategoriene vi ble enige om var mest dekkende for materialet, og som overlappet minst.

Formuleringen av den etske utfordringen eller de etske utfordringene på skjemaene ble benyttet ordrett i analysen. På skjema hvor tilleggsopplysningene utdypet den etske utfordringen eller klargjorde hvilke verdier som hadde vært framme i refleksjonen, ble denne informasjonen benyttet i analysen og til å utarbeide kategorier. Dette gjaldt for om lag 3/4 av skjemaene. Der det manglet informasjon om hvilke verdier som hadde vært berørt, ble det ikke gjort forsøk på å utlede eller tillegge denne meningen.

Den inndelingen av materialet som gjennomgås i resultatdelen, er den vi fant mest dekkende for innholdet i skjemaene. Flere av

de etiske utfordringene er svært komplekse og inneholder elementer fra flere av kategoriene. Vi har da sortert ut fra det vi har vurdert som den mest fremtredende utfordringen. I presentasjonen av resultatene har vi forrettet innholdet i noen av eksemplene for å gjøre budskapet klart, men i hovedsak beholdt de ordene som var skrevet i evalueringsskjemaene.

For forståelse og ulike roller hos artikkelforfatterne

Artikkelforfatterne har flere roller i PET-prosjektet knyttet til opplæring, forskning og som fasilitator. Vi har hatt en bevissthet om hvordan egen forståelse og interesse for prosjektet kan ha påvirket vårt arbeid med materialet, og mener at dette i all hovedsak utgjør en ressurs ved at vi har inngående kjennskap til de ulike fasene i etableringen og gjennomføringen av refleksjonsgruppene. Vi har for øvrig hatt tett dialog med alle fasilitatorene gjennom hele prosjektperioden. Fasilitatorene har mottatt et utkast av artikkelen til vurdering, og de ble oppfordret til å komme med kommentarer vedrørende analyse og innhold i artikkelen. Vi mottok ingen tilbakemeldinger.

Forskningsetikk:

Studiene i PET-prosjektet er godkjent av Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste og utført i tråd med allmenne forskningsetiske prinsipper om informert samtykke, frivillighet og konfidensialitet.

RESULTATER

Det er registrert 86 evalueringsskjemaer i perioden fra oppstart i oktober 2012 og til juni 2013. Det er mulig at refleksjonsgruppemøter har blitt avholdt uten at man har sendt inn skjema, men en kontroll av dette i april 2013 viste at dette forekom i svært beskjeden grad.

1. Hvilke etiske utfordringer er ansatte innenfor psykisk helsevern opptatt av å reflektere over i etikk-refleksjonsgrupper knyttet til utøvelse av tvang?

Vår analyse viser at tvang blir tillagt en svært vid betydning i refleksjonsgruppene. De etiske utfordringene knyttet til tvang kan deles i følgende fire kategorier: uformell tvang, formell tvang, usikkerhet om lovverk og profesjonalitet.

Uformell tvang

Denne kategorien inkluderer etiske utfordringer ved tvang som ikke er lovhemlet. Dette betyr ikke nødvendigvis at tvangsbruken er *ulovlig*, men det betyr at den ikke reguleres av egen lovhemmel, at det ikke er fattet vedtak om tvang i situasjoner som omfattes av loven, eller at tvangen ikke er vurdert i forhold til annet rettsgrunnlag (f.eks. nødrett). Ved alle de syv avdelingene har man reflektert over slike utfordringer. Totalt utgjør uformell tvang hovedtemaet i 17 av de 86 sakene.

De etiske utfordringene i denne kategorien viser at uformell tvang blir vurdert brukt i mange situasjoner der pasienten er uenig i det behandler eller personale mener er riktig å gjøre. Begreper som «hindre», «nekte», «avlede», «lure» og «målet helliger middelet» går igjen, og en fellesnevner er at personalet forsøker å påvirke pasientene i den retning de mener er best, gjennom ulike grader av press og tvang. Den etiske utfordringen består ofte i å vekke betydningen av pasientens selvbestemmelse opp mot hva de ansatte vurderer som pasientens beste – dvs. pasientautonomi

versus velgjørenhet eller paternalisme. Materialet kan deles inn i to hovedformer for uformell tvang, se tabell 1. «Presse» handler typisk om å få pasientene til å gjøre noe de ikke vil, mens «grensesette» beskriver situasjoner hvor personalet hindrer pasienten i å gjøre ting personalet mener er uheldig.

Formell tvang

Denne kategorien inkluderer etiske utfordringer knyttet til å utøve tvang som er lovhemlet, enten i psykisk helsevernloven eller kapittel 4A i pasient- og brukerrettighetsloven. Alle avdelingene har hatt møter hvor spørsmål rundt formell bruk av tvang utgjør den mest fremtredende etiske utfordringen, totalt 23 av 86 saker.

Refleksjon rundt formell tvang handler ofte om det er riktig å bruke tvang der man vurderer at man har juridisk dekning for det, og om tvangen gjennomføres til rett tid. «Timing» fremstår således som viktig i mange saker enten det gjelder spørsmål om innleggelse, tvangsmedisinering eller bruk av tvangsmidler. Ved formell tvang kan de etiske utfordringene deles inn i tre hovedområder, se tabell 2.

Usikkerhet om lovverk

Den tredje kategorien dreier seg om usikkerhet knyttet til forståelse og anvendelse av lovverket. Denne usikkerheten er den mest fremtredende utfordringen i 17 av 86 saker og kan deles inn i to hovedgrupper: usikkerhet om meldeplikt og usikkerhet om når det er lov å bruke tvang, se tabell 3. Spørsmål knyttet til taushetsplikt er fremtredende både ved usikkerhet om meldeplikt og i flere andre saker i denne kategorien. Det er også flere eksempler på usikkerhet om hvorvidt formelle vedtak skal eller kan fattes, f.eks. ved kroppsvisitering, tvangsdusjing og bruk av sonde og klyster.

Profesjonalitet

Alle avdelingene har saker der etiske utfordringer knyttet til profesjonalitet utgjør den mest fremtredende problematikken, totalt 29 av 86 saker. Dette er problemstillinger som typisk er mest knyttet til asymmetri i roller mellom behandler og pasient, og det at den profesjonelle har stor makt i kraft av sin stilling og gjennom hvordan man møter pasienten. Resultatene viser at behandlerne også kan føle på denne maktubalansen – og finne den vanskelig. Det er også mange saker hvor personalet har reflektert over

Tabell 1. Uformell tvang – De to mest dominerende formene med eksempler:

Presse	Grensesette
Er det etisk forsvarlig å presse en pasient til fysisk aktivitet?	Er det bruk av tvang å nekte pasienten å ringe pårørende?
Om målet helliger middelet? Hvor mye makt skal man bruke for å følge behandlingsplanen?	Bør man hindre en manisk pasient i å røyke når vedkommende ikke røyker til vanlig?
Er det riktig å tvinge en pasient med masse psykotiske vrangforestillinger i dusjen fordi vedkommende lukter vondt og er til stor sjenanse for medpasienter?	Bør vi stoppe en pasient i psykotisk tilstand i navnebytte?

Tabell 2. Etske utfordringer ved formell tvang – Tre hovedområder med eksempler:

Tvungent psykisk helsevern	Tvangsmedisinering	Tvangsmidler
Hvem legger vi inn for? Vårt grunnlag for å vurdere og stole på egen vurdering versus informasjon og press fra pårørende.	Medisinere på tvang eller frivillighet uten medisiner? Avveie at pasienten blir psykotisk, tidlige voldsepisode, versus unngå psykoseutvikling ved bruk av tvang.	Er det riktig å beltelegge en pasient som frivillig legger seg i beltesengen når vi sier at vi skal ta kontrollen?
TUD (tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold) hos pasient i flere år, skal han få prøve seg uten? Pasient autonomi versus samfunns-sikkerhet. Voldsanamnese tilbake i tid.	Tvangsmedisinere eller ikke? Pasient på TUD med tvangsmedisineringsvedtak som ikke ble effektivt. Pasienten gjorde et suicidforsøk, og behandler fikk avviksmelding i etterkant av hendelsen.	Hvor lenge etter alvorlig voldshendelse er det riktig å beltelegge en pasient som raskt roet seg?
Når skal man gripe inn? Autonomi versus paternalisme på lengre sikt? Hvor langt kan hjelpeapparatet la det gå uten å gripe inn?	Bruk av tvangsmedisinering eller middel: Opplevelse av krenkelse for pasienten versus å hindre at hun skader seg selv eller andre. Hvem skal beskyttes?	Hva er best og verst for pasienten – å bli holdt av personalet eller å bli beltelagt? Skal pasienten kateteriseres med tvang eller ikke?

Tabell 3. Usikkerhet om lovverk – De to mest fremtredende områdene med eksempler:

Usikkerhet om meldeplikt	Usikkerhet om når det er lov å bruke tvang
Når skal man bryte taushetsplikten ift. våpen? Hva skal til og hva er viktig? Autonomi hos pasienten eller samfunnsansvar i å forhindre skade?	Kan vi holde pasient tilbake hvis vi mistenker at hun utsettes for seksuelle overgrep?
Skal vi varsle barnevernet i forhold til pasient som sier han befatter seg med barnepornografi på nettet? Pasient med psykoseproblematikk, har mindreårige barn.	Kan pasienten selv bestemme å ikke motta helsehjelp når helsepersonell anser det som faglig uforsvarlig? Plikter vi å gi helsehjelp vi anser absolutt nødvendig når samtykke-kompetent pasient nekter å motta hjelp?
Hvor går grensa for lojaliteten overfor pasienten, sett opp mot totalsituasjonen for familien? Gjelder melding til barnevernet.	Er det riktig bevisst å omgå lovverket for å bruke tvang ved suicidalitet?



Brukerperspektivet er lite fremtredende i materialet



Det finnes svært forskjellige og krevende etiske utfordringer ved bruk av tvang innenfor psykisk helsevern

sine egne holdninger i møte med psykisk syke pasienter. Lojalitetskonflikter er også et gjennomsnittlig spørsmål i disse sakene. De etiske utfordringene i denne kategorien kan deles inn i tre dominerende hovedtema, se tabell 4.

2. Hvilke verdier står på spill når man er i tvil om det er riktig å bruke tvang, og hvordan legitimerer man bruk av tvang?

Pasientens autonomi er det mest fremtredende hensyn i de etiske utfordringene i dette materialet, og veies ofte opp mot det personalet, pårørende eller andre mener kan være enda viktigere hensyn. De verdier og hensyn som brukes for å legitimere tvang, kan deles inn i tre kategorier, se tabell 5.

DISKUSJON

Vårt hovedfunn i denne undersøkelsen er at det finnes svært forskjellige og krevende etiske utfordringer ved bruk av tvang innenfor psykisk helsevern. Utfordringene kan deles i fire hovedkategorier, og viser mange eksempler på tvang og makt som ikke er tellbar og som ikke har en opplagt lovhjemmel. Der utfordringene dreier seg om bruk av formell tvang, er ofte avveiningen mellom ulike verdier likevel viktig for den beslutningen som skal fattes. Den viktigste verdiavveiningen er om respekt for pasientens autonomi skal vike for andre hensyn. Mangfoldet og omfanget av etiske utfordringer deles av alle de syv avdelingene i undersøkelsen.

Jussen løser ikke alle spørsmål

Lovverk, tvangsvedtak og statistikk kan gi inntrykk av at skillet mellom tvang og frivillighet er klart avgrenset og gir lite rom for tvil. Refleksjonsgruppene viser imidlertid at lovverket bare regulerer en begrenset del av det som forstås som riktig bruk av tvang i psykisk helsevern og løser på ingen måte alle utfordringer. Fra refleksjonsgruppene er det flere eksempler på at det kan være grunnlag for bruk av tvang juridisk sett, men at avveining av verdier er utslagsgivende for om tvang vedtas og benyttes.

Gjennom våre resultater har vi også sett at lovverket kan være med på å bidra til etiske utfordringer. Det er flere eksempler på at personalet opplever det utfordrende å vente på at pasienter skal bli så syke at man kan bruke tvang, eller man opprettholder vedtak om tvang uten døgnopphold fordi pasienten må bli svært syk før man igjen kan gjøre vedtak

om tvang. Flere av disse etiske utfordringene kan beskrives som moralsk stress, dvs. man vet hva man synes er det riktige å gjøre, men forhindres av ytre rammer (Oh & Gastmans, 2013).

Stort ansvar og samtidig usikkert beslutningsgrunnlag

De vedtaksansvarlige innenfor psykisk helsevern forvalter et stort samfunnsansvar ved både å skulle hjelpe de mest sårbare pasientene og samtidig beskytte samfunnet ved å vurdere farlighet og voldsrisiko hos samme pasientgruppe. I dette ligger også muligheten for sterke verdikonflikter, og krav om å gjøre kompliserte vurderinger med stor usikkerhet.

Austin, Kagan, Rankel & Bergum (2008) fant i en intervjuundersøkelse med psykiatere at mange av dem mente at dette ansvaret hviler på en overdreven tillit til fag og kompetanse. Våre resultater kan forstås i samme retning. Flere etiske utfordringer handler om hvor lenge det er rimelig å opprettholde tvang hos pasienter med tidligere voldshistorikk, eller om man skal legge inn pasienter til tvungent psykisk helsevern på bakgrunn av at pårørende eller andre melder bekymring for en pasient. Det finnes kartleggingsverktøy for vurdering av suicidfare og voldsrisiko, likevel vet man at det er svært vanskelig å forutse den enkelte hendelse (se f.eks. Nasjonale retningslinjer for forebygging av selvmord, 2008). Man vet hvor fatalt det kan være å «ta feil» i disse avgjørelsene, og hvordan media leter etter syndebukker når det skjer tragiske hendelser. Samtidig er det trolig få eller ingen som ønsker å gjennomføre «unødvendig» tvang. Vi mener det er grunn til å rette fokus mot hvor krevende disse beslutningene er for den faglig ansvarlige, som både skal etterkomme kravet om å redusere bruk av tvang, samtidig som man holdes ansvarlig dersom man ikke bruker tvang og det går galt.

Gråsoner

Våre resultater tyder på at mange ansatte i psykisk helsevern kan være usikre på når det er lov og når det er riktig å bruke tvang, både i forhold til psykiske og somatiske tilstander. Resultatene viser også en utstrakt uformell bruk av tvang. Aasen (2009) viser til at det for pasientene ofte kan være uklart hva deres status er i forhold til vedtak om tvang og frivillighet, og at opplevd tvang kan være vel så stor ved frivillige innleggelses som ved tvangsinnleggelses.

Tabell 4. Profesjonalitet – Tre dominerende tema med eksempler:

Hvordan forholde seg til «galskap»?	Holdninger til bruk av tvang	Roller og lojalitet
Skal vi bekrefte eller realitetsorientere vrangforestillinger hos psykotisk pasient?	Hvordan er våre holdninger til bruk av tvang for å utføre personlig hygiene hos psykotiske pasienter med svært dårlig funksjonsnivå som motsetter seg dette?	Pasienten har bivirkninger av medisiner. Skal behandler (psykolog) være lojal med legen og presse pasienten, eller støtte pasienten i å ikke ta medisiner?
Skal vi provosere frem utagering for å gi psykotisk pasient adekvat medisinering?	Er vi profesjonelle i møte med utfordrende atferd? Mannlig pasient med ufyselig og utfordrende atferd overfor kvinnelig personal.	Hvordan holde ut med svært aggressive, støyende pasienter? Hvordan kommunisere når personalet er uenige i tiltak? Hvem skal man være lojal mot? Autonomi kontra bruk av makt.

Tabell 5. Verdier som står på spill eller som kan legitimere at pasientens autonomi settes til side.

Pasientens beste	Samfunnets sikkerhet	Andre berørte parter
Hindre tiltagende sykdom og suicid, forebygge / behandle psykose	Sikkerhet / trygghet når noen er utilregnelig	Hensyn til personalet: sikkerhet, ryggen fri, integritet
Ivareta somatisk helse, ikke forgå	Forebygge vold, seksuelle overgrep, bruk av våpen	Hensyn til medpasienter; vond lukt, utagering
Ikke skade, velgjørenhet, omsorg, respekt, skånsom utøvelse av tvang, unngå krenkelse	Vurdering av voldsrisiko / farlighetsvurderinger	Hensyn / lojalitet til system, vedtak, kollegaer, ressurser, høytider, pårørende

Sjøstrøm (2006) fremhever et viktig poeng når det kommer til forholdet mellom tvang og frivillighet: Hvor reell er pasientens autonomi så lenge tvang utgjør en mulighet dersom pasienten motsetter seg det personalet mener er det beste? Mange av eksemplene på uformell tvang i vårt materiale kan forstås innenfor en slik tvetydig kontekst. Denne tve-tydigheten kan også gjenfinnes i juridiske gråsoner, hvor husordensregler er et viktig eksempel.

Resultatene indikerer også at grensen mellom uformell og formell tvang ikke alltid er lett å trekke for helsepersonell. Spørsmålet om hva som omfattes av lovens hjemler eller krever et nytt vedtak, kan tolkes ulikt og fordrer noen ganger stor kjennskap til loven, dens forarbeider og rettspraksis.

Hva er ikke tematisert eller lite representert i materialet?

Samtykkekompetanse er sentralt for en vurdering av om man kan forsvare bruk av tvang og for pårørendes rolle. Dette er imidlertid kun eksplisitt omtalt på ett av skjemaene.

Brukerperspektivet er lite fremtredende i materialet. Brukerorganisasjonene har tradisjonelt vært opptatt av opplevd tvang, behandlingsskriteriet og potensialet for krenkelse. Materialet tyder på at de ansatte også opplever dette som utfordrende, men at brukerstemmen – for eksempel pasientens egne begrunnelser for å ønske noe annet enn personalet – i liten grad er trukket direkte inn i refleksjonen.

Styrker og svakheter

Datagrunnlaget i denne undersøkelsen består av et evalueringsskjema som fasilitatorene har fylt ut etter refleksjonsgruppemøter. Det er derfor deres beskrivelse av de etske utfordringene som er nedfelt. Vi vet imid- »

lertid at alle gruppene har benyttet SME-metoden, og at denne vektlegger å finne en *felles* formulering av den etiske utfordringen. Vi må likevel ta forbehold om at temaer kan ha vært fremme i gruppene uten at det fremgår av evalueringsskjemaene. Det som tas opp i refleksjonsgruppene, er hentet fra deltakernes kliniske arbeidshverdag, men det kan godt tenkes at en hadde fått andre svar om en f.eks. hadde spurt alle ansatte om hva de opplevde som viktige etiske utfordringer.

Deltagerne i refleksjonsgruppene ble invitert spesielt til å reflektere over etiske utfordringer knyttet til både formell og uformell tvang. Dette har selvsagt bidratt til at de mange og svært ulike typene av etiske dilemmaer knyttet til bruk av tvang kom frem. Noen vil kanskje si at dette kan føre til en form for overrapportering. Vi vil snarere hevde at et slikt eksplisitt fokus motvirker en fare for å havne i den andre grøften – dvs. å overse de etiske utfordringene og verdikonfliktene ved bruk av tvang.

KONKLUSJON

Det er viktig å utrede ulike virkemidler for å nå målet om riktigere og redusert bruk av tvang. Vi mener denne undersøkelsen gir gode innspill til dette arbeidet.

Vårt innblikk i etikk-refleksjonsgruppene viser at det finnes mange og krevende etiske utfordringer ved bruk av tvang i psykisk helsevern. Resultatene viser at å fokusere på formell tvang ikke alltid er tilstrekkelig, og at det kan være viktig å gi rom for etisk refleksjon, tvil og usikkerhet. Studien kan tyde på at det er et potensial for å bringe inn brukerperspektivet i sterkere grad i drøftingen av etiske dilemmaer knyttet til tvang, selv om det kan være utfordrende. Kunnskap fra refleksjonsgruppene om de vanskelige verdivalgene som de ansatte opplever, gir grunn til å peke på at det er viktig å håndtere etiske utfordringer knyttet til tvang på en trygg og systematisk måte. Kommende publikasjoner fra PET-prosjektet vil gi svar på hvordan refleksjonsgruppene kan bidra til dette og til den overordnede målsettingen om riktigere og redusert bruk av tvang. ✘

REFERANSER

- Austin, W. J., Kagan, L., Rankel, M. & Bergum, W. (2008). The balancing act: psychiatrists' experience of moral distress. *Medicine, Health Care and Philosophy*, 11, 89–97.
- Brede kvalitet – økt frivillighet. Nasjonal strategi for økt frivillighet i psykiske helsetjenester (2012 – 2015). Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- Børslett, E. J. A., Heilmann, G., Lillemoen, L., Pedersen, R. (2011). *La etikken blomstre i praksis – en bok om systematisk refleksjon i arbeidshverdagen*. Trykk: BK Grafisk.
- Etske prinsipper for nordiske psykologer (2008). Norsk psykologforening.
- Helsedirektoratet (2012). *Psykisk helsevern- loven og psykisk helsevernloven med kommentarer*. IS-9/2012. Oslo: Helsedirektoratet.
- Hem, M. H., Gjerberg, E., Husum, T. L. & Pedersen, R. (2014). Ethical challenges when using coercion in mental health care: a systematic review and narrative synthesis. *Manuscript submitted for publication*.
- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2012). *Det kvalitative forskningsintervju*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Lillemoen, L. & Pedersen, R. (2013). Ethics in municipal health services: working systematically with, and developing competence in ethics. *Clinical Ethics*; 8, 19–28.
- Molewijk, A. C., Abma, T., Stolper, M. & Widdershoven, G. (2008a). Teaching ethics in the clinic: The theory and practice of moral case deliberation. *Journal of Medical Ethics*, 34, 120–124.
- Molewijk, A. C., Verkerk, M., Milius, H. & Widdershoven, G. (2008b). Implementing moral case deliberation in a psychiatric hospital: process and outcome. *Medicine, Health Care and Philosophy*, 11, 43–56.
- Molewijk, A. C., Zadelhoff E., Lendemeijer B., Widdershoven, G. (2008c) Implementing moral case deliberation in Dutch health care: improving moral competency of professionals and quality of care. In: *Bioethica Forum*, 1(1), 57–65.
- Norges offentlige utredninger (2011). *Økt selvbestemmelse og rettssikkerhet: balansen mellom selvbestemmelsesrett og omsorgsansvar i psykisk helsevern* (NOU 2011:9).
- Oh, Y. & Gastmans, C. (2013). Moral distress experienced by nurses: A quantitative literature review. *Nursing Ethics*. Oct 3 (Epub)
- Sjøstrøm, S. (2006). Invocation of coercion context in compliance communication – power dynamics in psychiatric care. *International Journal of Law and Psychiatry*, 29, 36–47.
- Sosial og helsedirektoratet (2008): IS-1511 Nasjonale retningslinjer for forebygging av selvmord i psykisk helsevern.
- Syse, A. & Nilstun, T. (1997). Ulike regler – lik lovforståelse? Om tvangsregulering og verdikonflikter i nordisk psykiatri. *Tidsskrift for Rettsvitenskap* 1997, 837–918
- Weidema, F., Molewijk, A. C., Kamsteeg, F. & Widdershoven, G. (2013). Aims and harvest of moral case deliberation. In: *Nursing Ethics*, Sep, 20(6), 617–31.
- Aasen, H. S. (2009). Frivillighet, tvang og menneskeverd ved innleggelse i det psykiske helsevernet: Etske og juridiske utfordringer. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 12, 1175–1181.

Også mannen må frigjøres

Et sentralt punkt i kampen for likestilling er kravet om radikal utbygging av daginstitusjoner slik at kvinnen kan fritas for å være fulltidsbeskjeftiget med å gi barna stell og omsorg og så delta i produksjonslivet på like fot med mannen. Det som er betenkelig ved dette er at kravet om utbygging av daginstitusjoner ikke forandrer et negativt syn på betydningen av å være den som har omsorg for barn. Å oppdra barn fremstilles ofte som et byrdefullt, kjedelig og utakknemlig arbeid, det er noe som «andre», «samfunnet» skal ta hovedansvar for.

(...)

Det er mulig at likestillingsperspektivet leder til en skremmende ensidighet og paradoksalt nok kan ende opp med å understøtte verdisettet til det tradisjonelle perspektivet. Det er ingen løsning å si – som det ofte fremføres fra konservativt hold – at «husmoryrket» må oppvurderes, «kvinnens arbeid er egentlig like verdifullt som mannens». Dette minner om rasistenes slagord: «atskilt, men likeverdige», og er knapt annet enn dårlig skjult sexisme, undertrykkelse p.g.a. kjønn.

En mulig løsning på dette dilemmaet ligger i det tredje perspektivet som er knyttet til begrepet androgyni. (...) Anvender vi det androgyne perspektivet på spørsmålet om omsorg for barn – og mer generelt å uegennyttig kunne tjene andre – følger det at mannen undertrykkes fordi han ikke får utvikle de myke verdiene i rikt nok monn. Tilsvarende undertrykkes kvinnen hvor det tradisjonelle perspektivet dominerer fordi hun da ikke får utviklet de sterke egenskapene. Sosialiseringen kan altså frata mannen muligheter for fullt ut kunne ta ansvar for omsorgsfunksjonen, hva som leder til et forkrøplet liv.

Et alternativ til – eller kanskje bedre supplement til – den sterke satsningen på utbyggingen av daghjem blir da at mannen fullt og helt får muligheten til å komme inn i omsorg for barn. Men i det androgyne perspektivet blir det ikke noe ideal at en del menn hovedsakelig skal bli «husfedre», og tilsvarende en del kvinner blir mer opptatt av økonomiske funksjoner. Dette blir for ensidig.

Da er tanken om delt arbeidstid, slik at både kvinner og menn får rikelig tid til hjemlige sysler, atskillig nærmere. Men jeg tror ikke dette går langt nok. (...) Et

Det er ingen løsning å si at «kvinnens arbeid er egentlig like verdifullt som mannens». Dette minner om rasistenes slagord: «atskilt, men likeverdige»

mer spennende alternativ – som jeg så vidt jeg vet ikke systematisk er prøvet ut – er en rotasjonsordning. (...) En rotasjonsordning kunne da bygge på at to (eller kanskje til og med tre?) ektepar slo seg sammen, og at hver av de fire voksne hvert fjerde år utelukkende var beskjeftiget med hjemmearbeid og så de andre tre år i en fireårssyklus hadde arbeid utenfor hjemmet.

(...)

Det livsmønsteret som her er skissert, vil lede til at mannen frigjøres fra den ensidige opptatthet av økonomi og produksjon. Ved at han har hatt fullt ansvar for hjemmets fellesskap og «på kroppen» erfart de myke verdier, kan han kanskje også bidra til å endre den kapitalistiske produksjonsform.

Fra Finn Tschus kronikk «Også mannen må frigjøres», Monografi nr. 6 «Barn og familie – forskning og debatt», Tidsskrift for Norsk Psykologforening, november 1980

«Det sitter mellom ørene»

- Medisinsk uforklarte symptomer hos barn og unge

Langvarige fysiske plager uten kjent årsak kan føre til at barn og unge blir gjengangere i helsevesenet. Psykologer kan bidra til å skape forståelse for sammenhengen mellom fysiske plager og psykososiale forhold.

TEKST

Solveig Gjems
Psykologspesialist
og ledende psykolog
ved Seksjon for
psykosomatikk og CL-
barnpsykiatri, Kvinne-
og barneklubben,
Rikshospitalet

KONTAKT solveig.
gjems@ous-hf.no

På Seksjon for psykosomatikk og CL-barnpsykiatri ved Rikshospitalet, Oslo universitetssykehus, møter vi årlig ca. 40 barn og unge som innlegges for tverrfaglig utredning på bakgrunn av uavklarte symptombilder. Det somatiske grunnlaget for plagene og barnets psykososiale situasjon utredes parallelt. Tilstandene dreier seg oftest om langvarig smerteproblematikk, utmattelse og ulike nevrologiske symptomer som kramper og lammelser. Ofte har barna smerter eller nevrologiske symptomer i kombinasjon med utmattelse. Det er et fellestrekk at barna over lang tid har vært igjennom en rekke medisinske undersøkelser, som ikke har ført til oppklaring av symptomene. Noen familier er sterkt fokusert på å finne en fysisk forklaring på barnets symptomer, og barnet kan ha gjennomgått mye medisinsk utredning uten at verken foreldre eller helsepersonell har løftet frem hvordan barnets livssituasjon kan virke inn på symptomene. Andre familier har mistet tilliten til helsevesenet, da de har fått forskjellige og noen ganger motstridende forklaringer på plagene. Helsevesenets måte å møte disse barna på kan i en del tilfeller bidra til å opprettholde symptomene (Gjems, 2014). I arbeidet med disse familiene er jeg blitt opptatt av hvordan jeg som psykolog kan bidra til en helhetlig forståelse av plagene, og hvordan hjelpe barnet ut av selvforsterkende onde sirkler.

RISIKOFAKTORER

Tidlig ungdomsalder er en kritisk periode for utvikling av kroniske og tilbakevendende smerter og andre somatiske symptomer. Blant ellers frisk ungdom rapporterer 26,6 % smerter i enten ben, rygg, mage eller hode minst en gang per uke, og en tredjedel rapporterte smerter på mer enn ett



sted (Wilson et al., 2013). Hvilke faktorer bidrar til at vanlige plager hos ungdom for noen blir langvarige? Ved vår seksjon erfarer vi at mange av barna opplever belastninger på flere livsarenaer samtidig. Det er ikke nødvendigvis traumer eller store belastninger på ett enkelt område, men summen av belastninger overskrider barnets kapasitet for mestring. Ofte starter de langvarige plagene med en mindre skade eller lettere sykdom, og symptomene fortsetter etter at infeksjonen eller skaden forventes å være tilhelet (Garralda, 1999). Familieforhold spiller ofte en viktig rolle i å utløse og opprettholde somatiske symptomer, og uavklarte smertetilstander forekommer hyppigere i enkelte familier (Evans et al., 2008). Det er funnet en klar sammenheng mellom hvordan foreldrene tenker om og reagerer på barnets smerter, og barnets egen smerteopplevelse (Wilson, 2013). En høy prosentandel av barn med uforklarte medisinske plager blir beskrevet som snille, hjelpsomme og lydige, med fokus på akademiske eller andre prestasjoner (Griffin, 2008). Dette samsvarer med min erfaring om at barna ofte strever med å leve opp til egne og andres forventninger, i tillegg til at strevet ofte ikke er tilstrekkelig

fanget opp i omgivelsene. Barnet kan fremstå som skoleflink, men strever i det skjulte med å være flink nok. Videre er det slående hvor ofte barnet står i et uløselig dilemma, ofte relatert til familien, som vil få negative konsekvenser uansett hvilken løsning barnet velger.

Følgende historie om «Anne», 15 år, beskriver et forløp der de fysiske plagene eskalerer over tid, og viser hvordan hun kommer inn i onde selvpopprettholdende sirkler. Anne er tidligere frisk. Fra 11 års alder fikk hun gradvis økende hodepine, som ble vurdert som spenningshodepine av fastlegen. Anne er en forsiktig og følsom jente. Evnemessig fungerer hun litt i underkant av gjennomsnittet, men hun er meget ambisiøs og pliktoppfyllende på skolen. Det er viktig i Annes familie å være seriøs med skolearbeidet, og hun har to eldre søstre som begge er svært skoleflinke. Anne er tilbakeholden sosialt, og hun har noen få venner fra barneskolen. Hun liker best å være sammen med én venninne av gangen, da hun ellers har lett for å føle seg utenfor. Annes mor har migrene og er sykmeldt i perioder, og det er revmatiske lidelser og migrene i familien for øvrig. Mors søster døde året før Annes hode-

IKKE SETT «Annes» hodepine førte til at hun falt ut av skolen, samtidig som medisinske undersøkelser ikke førte frem, skriver Solveig Gjems. Foto: Pexels.com





Barnet kan ha gjennomgått mye medisinsk utredning uten at foreldre eller helsepersonell har løftet frem hvordan barnets livssituasjon kan virke inn på symptomene

pineplager debuterte, etter å ha gått lenge med uoppdaget hjernesvulst. Familien opplevde at symptomene ikke ble tatt på alvor av legen på et tidlig nok tidspunkt.

I 8. klasse får Anne økende hodepine. Skolefraværet øker etter som hodepinen opptrer hyppigere og også mer anfallsvis. Foreldrene maser på fastlegen om mer grundige undersøkelser, og til slutt bytter de fastlege. Den nye fastlegen henviser henne til lokalsykehuset; det iverksetter flere undersøkelser av hodet, som pågår over noe tid uten at man finner noe. Anne jobber samtidig hardt på skolen for å få gode karakterer. Hun blir gradvis mer sliten, og i 9. klasse har hun stort skolefravær og daglig hodepine. Foreldrene står på for å få tatt nye undersøkelser. Fastlegen formidler til familien at smertene ikke skyldes fysisk sykdom, og at hun bør henvises til psykolog. Jenta og foreldrene er uenige med fastlegen, og kontakter en privatpraktiserende spesialist, som iverksetter ytterligere undersøkelser. Anne blir mer og mer utmattet, slutter å være sammen med venninner og i 10. klasse faller hun helt ut av skolen.

Hvordan forstå Annes symptomutvikling?

Anne sliter både på skolen, sosialt og i familien. Allerede på barneskolen jobbet hun svært hardt med skolefagene, men opplevde ikke å få resultater som sto i forhold til innsatsen. Da hun begynte å få karakterer på ungdomskolen, innebar dette enda mer stress for henne. Sosialt ble det også vanskeligere på ungdomsskolen. Det var mindre en-til-en-kontakt med venninner, og å være i grupper med ukjente jevnaldrende vekket mye usikkerhet. At foreldrene var svært opptatt av de somatiske plagene, var også en belastning. Hun måtte gjennomføre stadige legebekker og prøve ut ulike medisiner, som ikke hjalp. Annes psykososiale utfordringer var ikke erkjent i omgivelsene. Hun ble sett på som skoleflink, men hadde i realiteten ikke læreforutsetninger som sto i forhold til de høye målene hun hadde satt seg. Annes frykt for ikke å leve opp til egne og andres forventninger ble ikke sett. Kroppen hennes «fortalte» om at noe var vanskelig, men med det ensidige fokuset på hodepinen var ikke dette blitt fanget opp.

KOMMUNIKASJON OM SYMPTOMENE

Når den medisinske utredningen ikke viser underliggende sykdom og det anbefales kontakt med psykolog, vil noen pasienter og deres familier uttrykke skuffelse, utrygghet eller sinne. Det kan virke som et paradoks at familien reagerer negativt på at barnet ikke har en underliggende fysisk sykdom. Men kanskje kan man forstå dette på bakgrunn av at familien ikke har fått en alternativ forståelse av symptomene. For mange kan de kroppslige symptomene være så sterke at det er utenkelig at psykososiale faktorer skulle kunne forklare plagene. I tillegg kan barnet tenke at plagene er innbilte eller selvforskyldte dersom en medisinsk årsak ikke blir funnet. Hvordan helsepersonell kommuniserer, viser seg å være av avgjørende betydning for bedring av fysiske plager (Stewart, 1995). Å få høre at plagene skyldes psykiske årsaker alene, eller at man fra medisinsk hold ikke har mer å bidra med, kan skape fortvilelse og håpløshet. Dette kan illustreres med Annes erfaringer:

«Legen sa at det satt mellom ørene og at jeg trengte en psykolog»

Anne hadde oppfattet legen dithen at årsaken til hodepinen hennes skyldtes psykiske problemer. Dette stemte ikke med Annes egen opplevelse,

da det var smertene som var hennes problem. Dialogen med legen ble vanskelig fordi Anne opplevde at alt ble forklart ved psykiske faktorer, og hun satt igjen med en opplevelse av at plagene var selvforskyldte, og at det bare var å ta seg sammen. Anne trengte å få en økt forståelse av sammenhengen mellom smertene og de store kravene hun stilte til seg selv på skolen. Like viktig var det å forklare henne at det skjer endringer i nervesystemet ved langvarig smerte, slik at sensitiviteten for smerter øker (Ramberg & Diseth, 2012). På denne måten kan det formidles at langvarige smerter har både fysiske og psykologiske aspekter.

«Legen trodde ikke på at jeg hadde så vondt»

Smerter og utmattelse er subjektive fenomener. Likevel opplever mange pasienter seg mistrodd når symptomene ikke lar seg forklare av objektive medisinske funn. Anne opplevde at legen ikke anerkjente at plagene var reelle, som om hun overdrev smertene. Ved vår seksjon erfarer vi stadig at dersom barna og deres foreldre skal ta imot og integrere at psykiske mekanismer påvirker kroppen, må det samtidig kommuniseres at plagene er reelle og utenfor deres kontroll. Dette samsvarer med en undersøkelse av pasienter med ikke-epileptiske anfall, og hva som skulle til for at pasientene kunne integrere en helhetlig forståelse av plagene sine. Å bli trodd på at symptomene var utenfor deres bevisste kontroll, viste seg å være avgjørende for økt forståelse av sammenhengen mellom kropp og følelser (Karterud, Risør & Haavet, 2014).

«Legen tok ikke plagene mine på alvor»

En del barn med uforklarte fysiske symptomer har hørt historier fra egen familie eller nettverk om at sykdomstegn er blitt tolket som «psykisk», for deretter å vise seg å henge sammen med alvorlig somatisk sykdom. I Annes tilfelle hadde familien opplevd at hennes tante ikke var blitt tilstrekkelig undersøkt før etter lang tid, og med alvorlige følger. Dersom legen på et langt tidligere tidspunkt hadde lyttet nøye til hvilke sykdomserfaringer Annes familie hadde, og undersøkt henne i henhold til dette, kunne det kanskje ha virket dempende på familiens bekymring.

«Psykologen sa at det ikke var noe psykisk»

Noen barn med langvarige symptomer har i sykdomsforløpet også vært hos psykolog. Mange barn med uavklarte fysiske plager oppfyller ikke de vanligste psykiatriske diagnosene som angst eller depresjon. Dersom det har blitt formidlet til familien at psykisk lidelse ikke forklarer symptomene, kan barn, og familie forstå det dithen at da må det være en fysisk forklaring. Anne formidlet det slik: «Psykologen sa at han ikke fant noe psykisk galt. Derfor er jeg overbevist om at det må være fysisk.» I en utredning er det viktig ikke bare å utelukke psykiatrisk problematikk, men også se de fysiske symptomene i sammenheng med de psykologiske og sosiale forholdene som barnet befinner seg i. Uten dette perspektivet står en i fare for at de opprettholdende faktorene for tilstanden ikke blir sett.

VEDLIKEHOLDENDE ONDE SIRKLER

Hvordan helsevesenet møter disse barna, vil være av betydning for varigheten og omfanget av symptomene. Som vi så i Annes tilfelle, var foreldrene vedvarende bekymret, da de ikke var blitt tilstrekkelig trygge på at hodepinen var ufarlig. Symptomenes trusselverdi hos barn og foreldre er av betydning for at symptomene vedvarer (Ramberg & Diseth,

2012). Når selvforsterkende onde sirkler er etablert, går symptomene sjelden over av seg selv. Det er derfor lite hensiktsmessig at legen ber barnet komme igjen på kontroll om et halvt år dersom ikke en helhetlig forståelse formidles og tverrfaglige tiltak iverksettes. Løsningen er heller ikke å rekvirere stadig nye eller gjenta medisinske undersøkelser i mangel av andre tiltak. Dersom de somatiske undersøkelsene trekker ut i tid, kan dette bli en vedlikeholdende faktor i seg selv, hvor familiens fokus på plagene øker og bekymringen stiger (Gjems, 2014).

For å komme i posisjon med en psykologisk tilnærming, er det avgjørende at det er gjennomført en grundig somatisk utredning (Fors et al., 2014). Tross mye medisinsk utredning kan en del familier mene at barnet ikke er blitt tilstrekkelig undersøkt. Noe av forklaringen på dette kan være at familiene gjennom sykdomsforløpet har blitt presentert for flere mulige årsaker, som verken har blitt bekreftet eller avkreftet. Når barnet har symptomer fra ulike organer, er det som regel flere leger involvert. Disse kan gi ulike forklaringer, noe som kan forsterke familiens usikkerhet. Ved vår seksjon har vi gjentatte ganger erfart at når de medisinske undersøkelsene samles av én lege som har satt seg nøye inn den medisinske historien, er det lettere å trygge familien på at barnet er godt nok undersøkt. Først når familien er trygge, er det realistisk å kunne sette en stopper for videre undersøkelser og dermed unngå at familien oppsøker nye leger og behandlere.

Hvordan psykologer kan bidra

Psykologer kan bidra på flere områder når det gjelder å bryte vedlikeholdende onde sirkler. Historien om Anne viser at hun opplevde mye belastninger knyttet til skoleprestasjoner. Psykologen kan, eventuelt i samarbeid med spesialpedagog, hjelpe Anne og familien til å få en mer realistisk forståelse av hva hun kan prestere og hva som er «godt nok». Dette bør også innebære veiledning og samarbeid med skolen, slik at hun får en tilrettelagt og gradvis opptrapping tilbake til en skolehverdag som er mer håndterlig for henne. Gradert aktivitets-tilpasning er et anbefalt tiltak for barn med kronisk utmattelse (Wyller, 2011). Ofte kan det være nødvendig at barnet har en redusert plan på skolen over en periode, og/eller fritak fra prøver og karakterer. Anne trengte også hjelp til å >>



Familieforhold spiller ofte en viktig rolle i å utløse og opprettholde somatiske symptomer

styrke sin sosiale situasjon, da usikkerheten i forhold til medelever gjorde det vanskeligere for henne å komme tilbake på skolen. En del barn og unge med uforklarte fysiske plager har opplevd sosiale belastninger i form av utstøtning og avvísning fra sine jevnaldrende (MacDonald & Leary, 2005). Det er derfor særlig viktig å få tak i barnets egen opplevelse av sin sosiale situasjon, da de sosiale vanskene ikke alltid er tilstrekkelig sett verken av foreldre eller lærere.

Barns opplevelse av fysiske plager påvirkes av foreldrenes reaksjoner på symptomene (Wilson, 2013). Det bør derfor gjøres en grundig kartlegging av foreldres forståelse og attribusjoner av symptomene, slik at familiens kommunikasjon omkring symptomene kan arbeides med. Familiens tendens til å attribuere symptomer til fysiske årsaker har vist seg å forsterke pasientens sykdomsatferd og virke opprettholdende på symptomene (Afari & Buchwald, 2003). For å komme i behandlingsposisjon til barn og foreldre som i stor grad vektlegger fysiske årsaker, er det spesielt viktig å bruke «kroppens språk» for å vise at kroppen tas på alvor. Et eksempel kan være å formidle at «For at kroppen skal lære hva den tåler av belastning, er det viktig å gå trinnvis til verks», eller

«Når man har hatt smerter så lenge, blir nervesystemet veldig følsomt, slik at smerter kjennes sterkere enn før». Utsagnet «Hodet vil mer enn hva kroppen klarer» er det mange barn og foreldre som kjenner seg igjen i.

Psykologer kan ha en viktig rolle i å tydeliggjøre, både overfor familiene og helsepersonell, at ensidig jakt på en somatisk forklaring skader i det lange løp. Oppmerksomheten bør i stedet rettes mot rehabilitering, mestring og akseptering (Fors et al., 2014). Å arbeide med denne pasientgruppen krever et tettere samarbeid mellom det todelt helsevesenet, på tvers av spesialisthelsetjenestene. Psykologen bør ha en aktiv dialog og samarbeid med den somatiske delen av helsevesenet, slik at fysiske og psykososiale aspekter ikke atskilles. Det kan være nødvendig å arbeide aktivt for at legen ikke skal «slippe» pasienten før familien er tilstrekkelig trygge på det fysiske grunnlaget for plagene. Først når de somatiske symptomene anerkjennes og kampen om årsaken unngås, kan det åpnes for en mer helhetlig forståelse i familiene. Det krever at behandlingen er rettet mot hvilke forhold som opprettholder tilstanden, og at både fysiske, psykologiske og sosiale faktorer inkluderes. ✕

REFERANSER

- Afari, N. & Buchwald, D. (2003). Chronic Fatigue Syndrome: A review. *American Journal of Psychiatry*, 160(2), 221–236.
- Evans, S., Tsao, J., Lu, Q., Myers, C., Suresh, J., & Zelter, L. (2008). Parent-Child Pain Relationships from a Psychosocial perspective: A review of the Literature. *Journal of Pain Management*, 1, 237–246.
- Fors, E. A., Jacobsen, H. B., Borchgrevink, P. C. & Stiles, T. C. (2014). Somatiske symptomer uten vesentlig medisinsk forklaring: bakgrunn nosologi og kliniske betraktninger med relevans for psykologer. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 51, 365–377.
- Garralda, E. (1999). Assessment and Management of Somatization in Childhood and Adolescence: A Practical Perspective. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 8, 1159–1167.
- Gjems, S. (2014). Det sitter mellom ørene? *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 7, 134
- Griffin, A. & Christie, D. (2008). Taking the psycho out of the psychosomatics: Using systemic approaches in a pediatric setting for the treatment of adolescents with unexplained physical symptoms. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 13(4), 531–542.
- Karterud, H., Risør, M. B. & Haavet, O. R. (2014). The impact of conveying the diagnosis when using a biopsychosocial approach; A qualitative study among adolescents and young adults with NES (non-epileptic seizures). *Seizure: European Journal of Epilepsy (In press)*.
- Mac Donald, G. & Leary, M. R. (2005). Why does social exclusion hurt? The relationship between social and physical pain. *Psychological Bulletin*, 131(2), 202–223.
- Ramberg, B. & Diseth, T. H. (2012). Barn med langvarig smerte: Fanget i vonde sirkler – veier ut. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 49(3), 241–246.
- Stewart, M. A. (1995). Effective physician-patient communication and health outcomes: A review. *Canadian Medical Association Journal*, 152, 1423–1433.
- Wilson, A. C., Moss, A., Palermo, T. & Fales, J. (2013). Parent pain and catastrophizing are associated with pain, somatic symptoms and pain-related disability among early adolescent. *Journal of Pediatric psychology*, 1–9.
- Wyller, V. B. (2011). Kronisk utmattelsessyndrom. *Utposten*, 3, 2–5.

Psykologtidsskriftets ukjente ressurs

Han misliker språklig snobberi.

– Skal vi på død og liv skrive slik vi *ikke* snakker?
spør professor og korrekturleser Dag Gundersen.

TEKST Nina Strand

ETTER VEL TI år som Psykologtidsskriftets språklige vaktbikkje har 87-åringen nå bedt om avløsning. Men det har vært lite glefsing fra den stillfarne språkprofessoren, som heller byr på underfundige og sylskarpe kommentarer når vi i redaksjonen går oss vill i formuleringer og grammatikk.

ET NORSK FAGSPRÅK

Et godt norsk fagspråk er avgjørende for psykologprofesjonen; for forskerne, for terapeuter med samtalen som verktøy og for fagfolk som formidler psykologi til andre yrkesgrupper. Gjennom kontinuerlig og påpasselig røkting av språket i *Tidsskrift for Norsk psykologforening* har Dag Bjørnar Gundersen bidratt til å utvikle psykologiens fagspråk i Norge.

– Jeg har hatt mange hyggelige år som språkkonsulent, og fått anledning til å følge språkutviklingen i Psykologtidsskriftet tett. Den følger generelle tendenser ellers i samfunnet, sier Gundersen: Enkelte ord og vendinger blir yndlinger, som fortrenger alternativene og gjør språket slapt og monotont, mener han. Nettopp dette tok han opp i språkspalten «Skrivetips» (Nr. 7/2014). Her peker han på hvordan unødvendig avstand mellom hverdagsspråket og fagspråket oppstår når skribenten tar i bruk sjeldne ord der man like gjerne kunne ty til dagligdagse vendinger. Man skriver for eksempel «anvende» eller «benytte» der en ville si bruke; «kun» istedenfor bare, og «forvente» istedenfor vente. «Det burde bekymre fagskribenter alvorlig at de skaper avstand mellom forfatter og leser, lege og pasient, markedsfører og forbruker, og flater ut teksten med sine «forløsende ord» om og om igjen,» kommenterer han.

SKRIVETIPS

Grunnleggende skepsis til stivt og jålete språk går som en rød tråd i språkspalten «Skrivetips» og i Gundersens kommentarer til tekstene han fikk på bordet. «Skal en da skrive slik en snakker? Det lar seg ikke gjøre, men på den annen side: Skal en på liv og død skrive slik en *ikke* snakker?» skrev han i «Skrivetips» 2/12.

På oppfordring kommer Dag Gundersen med tre skrivetips til leserne.

1. Unngå gjentakelsens vemmehet. Som «Dette virket lite gjennomtenkt, og dette ble det sagt fra om.»
2. Let etter de korte ordene der det går for det samme. Uttrykket «i forhold til» brukes nå til fortrenghet for noe kortere, enklere eller



DAG GUNDERSEN Som språkrørter i Psykologtidsskriftet har han bidratt til å utvikle norsk psykologisk fagspråk. Foto: Susanne Tengs

mer forståelig: Klimaet har mye å si «i forhold til» å drive landbruk. Kanskje det sosiale ansvaret må vike «i forhold til» økonomiske mål. Hvorfor ikke «for» begge steder?

3. Hvis du bruker et språklig bilde – en metafor – så pass på at det holder seg innenfor den virkeligheten det er tatt fra: Ikke si at «saken står i høysetet». Bonden eller høvdingen sto ikke, de satt. Siden saken neppe kan sitte, må høysetet forkastes og bildet hentes et annet sted.

– «Allir eldar brenna út um siðir», het det på gammelnorsk. Nå er ild min brent ut. Men Psykologtidsskriftet får snart en ny, og lykke til med henne, avslutter professoren. ✕

KIM LARSEN, Sykehuset Østfold / RVTS Øst, Nasjonalt senter for selvmordsforskning og forebygging, Universitetet i Oslo og **KIM KARLSEN**, Diakonhjemmet sykehus, Voksenpsykiatrisk avdeling Vinderen

KONTAKT kim.larsen@so-hf.no

SELVMORD VED UTSPRANG FRA HØYT STED

ABSTRACT

Suicide by jumping from a high place

In this article, we ask: Can barriers at jumping sites prevent suicide by jumping? We describe specific risk factors and preventive strategies for suicide by jumping from a high place, by presenting a broad range of research literature. First we describe individual factors of suicide jumpers: sex, age, the presence of psychopathology and the involvement of alcohol. Second, we present literature concerning the geographic availability of jumping sites and the symbolic aspects of suicide by jumping. Finally, we discuss studies that evaluate specific preventive measures for suicide by this method. The findings indicate that barriers and other preventive strategies are potentially effective in the acute phase of suicide behaviour. The assumption that individuals prevented from jumping will choose other suicide methods is not supported.

Keywords: Hot spots, media attention, psychiatric care, suicide prevention

Hjelper det å sikre broer mot personer som ønsker å ta livet sitt? Et bedre spørsmål er kanskje heller om vi har råd til å la være.

Selvmord ved utsprang fra høyt sted forekommer relativt sjelden i befolkningen. Samtidig er det en av de vanligste selvmordsmetodene blant personer med alvorlige psykiske lidelser. Mehlum (2005) anslår at om lag 5 prosent av alle selvmord i Norge utføres ved utsprang fra høyt sted (ca. 25 årlig), noe som er på linje med andre anglosaksiske land (Gunnell, Nowers & Bennewith, 2005). Den tilsvarende andelen for schizofrenipasienter som tar sitt eget liv, er i enkelte undersøkelser opp mot 40 prosent (f.eks. Kreyenbuhl, Kelly & Conley, 2002).

Utsprangene skjer i oppsiktsvekkende stor grad på bestemte steder eller konstruksjoner med en spesiell utforming eller symbolikk, slik som Golden Gate Bridge i San Francisco (Bateson, 2012), og hendelsene bevitnes ofte av et ufrivillig publikum. Selvmordsmetoden er aktiv, voldsom og selv-mutilerende på en iøynefallende måte, noe som gir den likhetstrekk med selvmord utført ved skyting så vel som ved utsprang foran biler og tog.

Et avgjørende spørsmål i diskusjonen omkring sikringstiltak for denne typen selvmord er faren for såkalt metodesubstitusjon. Ut fra et «common sense»-perspektiv skulle en tro at det å hoppe fra høye steder indikerer en så sterk suicidal intensjon at individet vil søke alternative metoder og utføre sitt selvmord uansett. I så fall ville eventuelle gjerder og barrierer på broer bli stående som kostbare, og lite estetiske, symboler uten reell effekt. Hvis barrierene derimot over tid viser seg å redusere risiko for selvmord, vil dette gå mot populære forestillinger og styrke argumentene for sikringstiltak betraktelig.

I denne artikkelen spør vi: Har sikring av broer, høye bygg og andre populære utsprangssteder varig effekt i å forhindre selvmord? I fremstillingen vår gjennomgår vi spesifikke risikofaktorer og forebyggingsmetoder, slik som gjerder, fangnett og videoovervåkning. Videre gjennomgås evalueringstudier av konkrete forsøk på forebygging i Norge og i utlandet.

FREM GANGSMÅTE

Diskusjonene lener seg på en omfattende litteraturgjennomgang. Vi har søkt i basen PsycINFO med søkeordene 'suicide', kombinert med 'bridge' eller 'jump', og har deretter valgt ut de artiklene som gav den mest relevante kunnskapen med henblikk på problemstillingene. Dette er således ikke en stringent metastudie, men snarere et forsøk på å gi en oversikt over feltet.

INDIVIDUELLE FORHOLD: HVEM ER UTSPRANGSSELMORDERNE?

Personer som utfører selvmord eller selvmordsforsøk ved utsprang, synes i forskningen å skille seg fra dem som velger andre metoder, ved å være: *ynge, oftere menn*, og ved å ha *mer alvorlig psykopatologi*. (Se f.eks. Cantor & Hill, 1990; Cantor, Hill & McLachlan, 1989; Lindquist, Jonsson, Erikson, Hedelin & Bjørnstig, 2004; Pounder, 1985).

Alkohol og andre rusmidler synes å spille en mindre rolle i utsprangselvmord enn antatt. Siden selvmordsmetoden krever sterk «overstyring» av vår naturlige tilbøyelighet til å være redd for høyder, skulle en forvente høy forekomst av alkoholpåvirkning ved slike handlinger. Men en slik sammenheng støttes ikke i forskningslitteraturen. I en omfattende studie av alle (96,5 %, N=1348) selvmord i Finland gjennom et helt år fant Ohberg, Vuori, Ojanpera og Lønnquist (1996) en relativt lav forekomst av alkohol i blodet hos personer som utførte selvmord ved utsprang. Bare 20,7 prosent av selvmord ved utsprang fra høyt sted var assosiert med alkoholpåvirkning, mot for eksempel 45 prosent ved skyting og hele 64 prosent ved utsprang foran kjøretøy.

Personer med alvorlig psykisk lidelse er overrepresentert blant utsprangselvmordere. Med kun to unntak (Gunell & Nowers, 1997; Nowers & Gunell, 1996) har samtlige studier vist en markant overvekt av lidelser som schizofreni og bipolar lidelse, ofte av kronisk karakter, blant dem som hopper. (Se f.eks. Cantor et al., 1989; Kreyenbuhl et al., 2002; Kontaxakis, Markidis, Vaslamatizis, Ionnaidis & Stefanis, 1988; Prasad & Lloyd, 1983; Prevorst, Julien & Brown, 1996). I tolkningen av disse funnene har en imidlertid ikke kommet til konsensus. Enkelte har pekt på forhold ved selve metoden (Cooper & Milroy, 1994), mens andre har ment at mange større broer eller utsprangssteder ligger i nærheten av psykiatriske sykehus (Beautrais, 2001; Lindqvist et al., 2004). En tredje mulig forklaring er at psykiatriske pasienter har redusert tilgang til alternative metoder og således vil være henvist til utsprang, en metode som ofte har høy tilgjengelighet (Mehlum & Hestetun, 2004; Small & Rosenbaum, 1984; Sims & O'Brien, 1979).

GEOGRAFISKE FORHOLD: TILGJENGELIGHET

Utsprang som selvmordsmetode viser seg å øke i takt med urbaniseringen av et gitt område. I Asia, hvor en stor del av befolkningen bor i blokk, er andelen av selvmord ved utsprang langt større enn i anglosaksiske land. Yip og Tan (1998) angir for eksempel at mellom 30 og 40 prosent av

alle selvmord i Singapore og Hongkong utføres ved utsprang fra høyt sted. Mellom 1960 og 1976 økte andelen innbyggere i Singapore som bodde i blokk, fra 9,1 til 51 prosent. I samme perioden økte også antallet selvmord ved utsprang med 30 prosent, mens andelen av selvmord ved andre metoder minket med 23 prosent (Lester, 1994). En liknende korrelasjon mellom tilgjengelighet av høye bygninger og utsprangselvmord er også funnet i Taiwan (Lin & Lu, 2006) og Helsingfors (Achte & Lønnquist, 1975).

I en sofistikert studie av selvmordsmetoder i de ulike bydelene i New York fant Marzuk og medarbeidere (1992) liten forskjell mellom bydelene i bruk av selvmordsmetoder med samme tilgjengelighet, for eksempel henging. For metoder med ulik grad av tilgjengelighet, slik som utsprang fra høye bygninger, var det derimot stor variasjon. Forfatterne viste hvordan selvmordsmønsteret i de ulike bydelene så å si utgjorde et speilbilde av bydelens arkitektoniske scenario. Det er også funnet en korrelasjon mellom tilgjengeligheten av broer i et distrikt og bruken av dem som utsprangssteder ved selvmord (Glasgow, 2011; Reisch, Schuster & Michel, 2007).

Disse undersøkelsene reflekterer et generelt funn i suicidologien, nemlig at tilgjengelighet av en selvmordsmetode påvirker bruken av den (f.eks. Kreitman, 1976 og Hawton et al. 2001). Flere studier har også vist betydelig effekt av selv små og tilsynelatende uvesentlige *endringer* i tilgjengeligheten. For eksempel førte en liten lovendring i England i 1998 til at det kunne bli mulig å få kjøpt mindre esker Paracetamol. Resultatet var en betydelig reduksjon i forgiftningsdødsfall (Hawton et al., 2001).

KULTURELLE FORHOLD: «HOTSPOTS» OG SPREDNINGEFFEKTER

I selvmordsforskningen er det godt dokumentert at presseomtale kan øke bruken av en bestemt metode (Hawton & Williams, 2005). Dette er også bakgrunnen for de strenge etiske reglene for presseomtale av selvmord i Vær Varsom-plakaten (Herrestad, 2006; Stack, 2003). En måte å forstå sammenhengen mellom medieomtale, kultur og selvmord på er dannelsen av såkalte hotspots for selvmord, der bestemte steder eller områder oppnår en spesiell symbolsk status eller berømmelse som egnet selvmordsarena. Dette kan være steder med unike naturlig forekommende strukturer, og turistattraksjoner med en mytisk aura knyttet til seg, slik som

vulkanen Mt. Mihara-Yama i Japan (Maltsberger, 1998), Beachy Head-klippene i Sør-England (Surtees, 1982; 1997) eller Niagara Falls i USA (Ross & Lester, 1991). Mer vanlig er det imidlertid at hotspots er berømte arkitektoniske strukturer som skyskraper og broer, for eksempel Eiffeltårnet i Frankrike (Derobert, Hadengue, Proteau & Schaub, 1965) og Clifton Suspension Bridge i England (Nowers & Gunnell, 1996).

Golden Gate Bridge i San Francisco står her i en særstilling (Friend, 2003), og er sannsynligvis den vestlige verdens hotspot nummer én, med over 1500 selvmord til nå (Bateson, 2012). I 1973 var det sterk konkurranse om å bli selvmorder nummer 500, og i 1995 fikk konkurransen om å bli selvmorder nummer 1000 så mye oppmerksomhet at California Highway Patrol måtte avbryte den offisielle tellingen på 997 for å stoppe utviklingen (Friend, 2003).

Seiden og Spence (1983/1984) har sammenliknet selvmord fra Golden Gate Bridge og nabobroen Oakland Bay Bridge. Disse broene er omtrent like høye og ble bygget omtrent samtidig. Publisiteten, derimot, er svært forskjellig: «Personer som hopper fra Bay Bridge, blir sjelden eller aldri omtalt i de lokale avisene. Mens selvmord fra GGB [Golden Gate Bridge] gir oppslag på forsiden» (s. 206, egen oversettelse). Forfatterne beskriver hvordan selvmordene fra Golden Gate Bridge omtales av de lokale turistbussoperatørene og fremheves i nasjonale guidebøker. Det mest morbide eksemplet er likevel et lotteri der en kan spille på hvilken ukedag det neste selvmordet vil finne sted.

Når de samme forskerne studerte selvmordene i San Francisco-regionen i detalj, lyktes de i å finne 115 personer som hadde vært bosatt i East Bay, nærmest Oakland Bay Bridge, som utførte selvmord ved å kjøre bil opp på en av broene og hoppe derfra¹. Det påfallende var at over halvparten (58) av dem først krysset Bay Bridge med bil for så å kjøre videre til Golden Gate, der de fullførte sin selvdestruktive misjon. Det finnes, ifølge forfatterne, ingen eksempler i motsatt retning, der personer har krysset Golden Gate for å gjennomføre selvmord ved utsprang fra Bay Bridge.

.....

1. Golden Gate har adkomst også via gangvei, men i denne studien sammenliknet forskerne kun adkomst med bil (se Friend, 2003).

Forskerne fant også langt større geografisk spredning i bostedsadressene til personer som hoppet fra Golden Gate. Mens Golden Gate tiltrakk seg tilreisende, var det ikke et eneste eksempel på at en person som utførte selvmord fra Oakland Bay Bridge, hadde bostedsadresse utenfor staten California. Uavhengig av deres psykologiske årsaker er dette fenomenet en illustrasjon av den symbolsk bestemte og romantiserte tiltrekningen til Golden Gate Bridge.

Slike sammenlikninger av arenaer som praktisk og geografisk er like godt egnet for selvmord, men med markant forskjellig selvmordsforekomst, demonstrerer betydningen av publisitet, symbolverdi og dannelsen av hotspots for utsprang. Beslektede funn er gjort både andre steder i USA og i Europa. I Fulton County, Georgia fant Hanzlick, Masterson og Walker (1990) at 12 av 19 selvmordsofre over en 20-årsperiode hoppet fra samme hotell, til tross for at nye og høyere hoteller var oppført. I Washington forekom 50 prosent av alle utsprang mellom 1979 og 1985 fra Ellington Bridge (O'Carroll & Silverman, 1994). I Sverige fant Lindquist og kolleger (2004) at halvparten av de 50 aktuelle selvmordene fra broer ble utført fra kun tre broer, alle beliggende nær byer.

Den sterke opphopningen av utsprangsselv-mord taler for at sikring av berømte og symboltunge steder kan ha høy forebyggingsverdi. Samtidig aktualiseres spørsmålet om metode-substitusjon. Vil ikke nye hotspots vokse frem i samme takt som gamle mister sin status? Og innebærer ikke et utsprang fra høyt sted et så kraftig dødsønske at selvmordskandidaten så å si ville velge «neste bro» dersom den foretrukne hotspot var sikret?

OPPFØLGINGSSTUDIER

I 1975 intervjuet Rosen seks av de til da ni kjente overlevende etter uthopp fra Golden Gate Bridge i San Francisco. Alle de seks overlevende hadde selvmordsplaner som *kun* involverte Golden Gate Bridge, og fire av de seks sa de ikke ville ha brukt noen annen selvmordsmetode dersom GGB ikke hadde vært tilgjengelig. Rosen konkluderer med at for informantene var Golden Gate Bridge nært assosiert med forestillinger om det han kaller «death, grace and beauty» (s. 294). Slike forestillinger vitner om at en ensidig forklaring på utsprang basert på individuelle risikofaktorer som dyp depresjon og sterk suicidalitet, er utilstrekkelig.



Selvmords- mønsteret i de ulike bydelene utgjorde et speil- bilde av bydelens arkitektoniske scenario

Seiden (1978) fulgte 515 personer som var blitt hindret i å foreta utsprang fra Golden Gate Bridge i perioden fra broen åpnet i mai 1937 til april 1978. Helt i tråd med beskrivelsene fra Rosens (1975) materiale fant han overraskende lav selvmordsdødelighet i denne gruppen over tid. Under en oppfølgingstid med en median på 26,7 måneder døde bare 25, eller 4,9 prosent, av dem som tidligere hadde villet hoppe. Åtte av dem døde ved å hoppe fra en bro, alle utenom én fra Golden Gate Bridge. Disse selvmordene skjedde ikke lenge etter episodene hvor hopp ble forhindret. Seiden undersøkte også langtidsforekomsten av selvmord i en gruppe personer som hadde vært innlagt ved San Francisco General Hospital etter selvmordsforsøk i 1956 og i 1957, og fant at kun 7,1 prosent hadde utført selvmord 15 år senere. Personer som kom nær å suicidere ved å hoppe fra Golden Gate Bridge, hadde altså relativt lav langtidsrisiko for selvmord, og de tydde heller ikke nødvendigvis til andre metoder (Seiden, 1978, oppsummert i Hawton, 2005).

Det skal nevnes at den gruppen Seiden studerte, hadde en høyere dødelighet av *andre årsaker* enn vanlig (Seiden, 1978), noe som også vises i en norsk oppfølgingsundersøkelse av personer innlagt i sykehus etter selvmordsforsøk (Ekeberg, Ellingsen & Jacobsen, 1994). I tillegg har studien en mulig metodologisk svakhet ved at gruppen som ble forhindret fra å utføre selvmord, kan være forskjellig fra gruppen som fullbyrdet selvmord, for eksempel kan den første gruppen ha hatt en mildere grad av suicidal intensjon.

Dette tatt i betraktning er funnene likevel av betydelig interesse for diskusjonen om metodesubstitusjon. Hvis det viser seg at individer som forhindres i å hoppe fra et kjent hotspot for utsprang, har relativt lav langtidsrisiko, og heller ikke tyr til andre metoder i særlig grad, er hypotesen om metodesubstitusjon sterkt svekket.

EVALUERINGSSTUDIER: EFFEKTEN AV FOREBYGGENDE TILTAK

Utsprang fra høyder er som vist en sjelden benyttet selvmordsmetode. Når det gjelder å dokumentere effekten av forebyggende tiltak, møter en derfor et metodologisk kjerneproblem i suicidologien: vanskeligheten med å oppnå statistisk signifikans når en studerer et lavfrekvent forekommende fenomen (Gunnell & Frankel, 1994; Lewis, Hawton & Jones, 1997; Pokorny, 1983; 1993). Forskningen på effekten av barrierer mot selvmord ved utsprang er, foruten disse metodologiske utfordringene, relativt fåtallige og av nyere dato. Samlet gir de likevel robuste innspill til diskusjonen om forebygging og metodesubstitusjon.

Fysiske barrierer

I Norge var Tromsøbrua blant landets mest brukte for selvmord og selvmordsforsøk, før det i desember 2005 ble montert barrierer i form av stålgjerder. Nesje og kolleger (2011) har evaluert tiltaket ved å se på politiets tall over selvmordsaktivitet, gjennomførte utsprang og dødsfall året før, og i femårsperioden etter monteringen. For å sammenlikne hentet forfatterne også samtidige data fra Sandnessundbrua. I tråd med hotspot-forskningen hadde Sandnessundbrua, til tross for sin praktiske egnethet², markant færre hendelser og dødsfall enn Tromsøbrua før

.....
2. Sandnessundbrua er arkitektonisk svært lik Tromsøbrua, men noe lengre og noe høyere (51 meter).

monteringen av gjerdene. I løpet av fem år etter sikringen fant forskerne fire gjennomførte utsprang, men ingen dødsfall. Til sammenlikning var det i året før sikringen alene registrert fem utsprang og tre dødsfall. Sikringen medførte med andre ord en klar reduksjon i utsprang fra Tromsøbrua, men også langt bedre prognose ved hopp, antakelig fordi politi og helsepersonell vant tid til rednings tiltak. Fra Sandnessundbrua ble det registrert fire hopp og tre dødsfall i den samme femårsperioden etter sikringen av Tromsøbrua, mens det året før sikringen var ett dødsfall og ett hopp. Stålgjerdene *kan* altså ha bidratt til en klar reduksjon i dødsfall fra Tromsøbrua, tilsynelatende uten en tilsvarende økning fra Sandnessundbrua. Liknende funn er gjort i studier i Dunedin i Australia (Skegg & Herbison, 2009).

Også ved Bloor Streets Viaduct i Toronto falt antall utsprangsselv mord fra et årlig gjennomsnitt på 9,3 til null etter at en barriere ble satt opp der i 2003 (Siynor, 2010). Her fant man imidlertid at selvmord fra andre utsprangssteder i Toronto økte i samme periode, slik at det totale antall selvmord ved utsprang i Toronto forble uforandret. Samlet gir disse studiene altså ikke grunnlag for noen entydig konklusjon vedrørende metodesubstitusjon. Registreringsperiodene er også korte, og Nesje og medarbeidere (2011) anbefaler nye evalueringer i Tromsø etter 10 år.

To liknende studier er gjennomført med lengre oppfølgingstid. Pelletier (2007) kartla selvmord fra Memorial Bridge i Augusta (Maine) i 25 år før og 25 år etter at et sikkerhetsgjerde ble installert i 1983. Av 14 selvmord fra broen fant samtlige sted før sikkerhetsgjerdet ble konstruert. Det forekom heller ingen økning i antall selvmord ved utsprang fra alternative utsprangssteder i Augusta.

Enda lengre virkningstid har barrierene ved Sidney Harbour Bridge, der beskyttende rekkverk ble bygget allerede to år etter åpningen i 1932 (Harvey & Solomons, 1983). Lane (1983) har vist til at disse gjerdene over tid har redusert forekomsten av fall til 1 prosent av antallet før oppføringen.

En nyere australsk studie samlet 22 års selvmordsregistreringer ved hotspot-broene Gateway og Story Bridge i Brisbane (Law, Sveitit & De Leo, 2014). Etter montering av gjerder ved Gateway i 1993 ble antall selvmord fra

denne broen halvert frem til 1997 og ytterligere redusert deretter. Antallet utsprang ved usikrede Story Bridge forble uendret. Forfatterne fant ingen evidens for metodesubstitusjon.

Reisch & Michel (2005) inkluderte flere faktorer i sin undersøkelse av barrierene ved Münster terrasse i Bern. Münster terrasse er et populært rekreasjonsområde i gamlebyen i Bern, der det i desember 1998 ble montert et fire meter bredt «fangnett» i metall, syv meter under toppunktet. Foranledningen var at en selvmordskandidat hadde landet like ved et barn som lekte, og gitt stedet sterkt negativ medieoppmerksomhet. Siden nettet var bygget for å beskytte mennesker som bodde under Münster terrasse, dekket det kun det arealet som lå over bolighusene. Det var fremdeles mulig å hoppe fra vestsiden. Før oppsettingen av barrieren hadde det over tid vært i gjennomsnitt to selvmord årlig fra Münster terrasse. Dette ble effektivt redusert til null i årene etter at sikkerhetsnettet ble montert. I samme periode fant forskerne også en generell reduksjon i alle selvmord ved utsprang i Bern. Resultatene er særlig interessante fordi Sveits og Bern er kjennetegnet ved sterk urbanisering, høy tetthet av mulige utsprangssteder og en langt høyere forekomst av uthopp som selvmordsmetode enn det som er vanlig i USA og i Vest-Europa for øvrig. De avgrensede barrierene ved Münster terrasse var følgelig fysisk uegnet til å forhindre metodesubstitusjon, men hadde tilsynelatende likevel effekt på selvmordsstatistikken over tid. For forfatterne av studien utløste dette interessante refleksjoner rundt barrierens mulige symbolske og psykologiske betydning: «Den kan påvirke dynamikken i selvmordshandlinger eller selvmordsplaner, eller den kan oppfattes som et tegn på omsorg» (Reisch & Michel, 2005, s. 465, egen oversettelse).

Bennewith, Nowers & Gunnell (2007; 2010) studerte selvmord fra Clifton Suspension Bridge som ble utført etter oppføring av barrierer. Forskerne fant at de som hadde utført selvmord etter at barrierene var på plass (i årene 1999–2003), mer sannsynlig hadde tidligere selvmordsforsøk bak seg, og at det var mer sannsynlig at de tidligere hadde fått behandling i psykisk helsevern, enn de som hadde utført selvmord fra broen i femårsperioden før barrierene ble installert. Virkningen av barrierene synes derfor å være størst for personer med lavere risiko og lavere gjentakelsesfare. Ansatte på broen kunne fortelle at det kun var ett eksempel på at en person de hadde fått etablert en dialog med, hadde hoppet i døden. Barrierene «kjøpte tid» slik at personen kunne kontaktes, og dersom man fikk i gang en samtale med personen, var sannsynligheten stor for at personen ikke hoppet.

Effekten av å fjerne barrierer

En annen måte å studere effekten av forebyggingstiltak over tid på er å se på konsekvensene av å fjerne fysiske hindringer. To historiske eksempler har gitt mulighet til slik undersøkelser. Både ved Ellington Bridge i Washington og Grafton Bridge i Auckland (broen som var modell for byggingen av gjerdene på Tromsøbrua i 2004) ble barrierene fjernet etter politisk påtrykk fra opposisjonen, som anførte økonomiske og estetiske ulemper (O'Carroll & Silverman, 1994; Beautrais, 2001). Som i tidligere studier fant forskerne også ved disse broene en klar reduksjon i selvmord etter at barrierene ble oppført. Da barrierene så ble fjernet, steg selvmordstallet igjen til tidligere nivå. Beautrais (2001) sammenliknet antallet selvmord i fireårsperioden før fjerningen av barrieren ved Graf-



Barrierene kan ha flere positive psykologiske effekter, oppfattes beskyttende og nærmest som en form for omsorg

ton Bridge (3 selvmord) med fireårsperioden etter (15 selvmord). Denne økningen var signifikant ($P < 0,01$).

Andre sikringstiltak

Flere forsøk på sikring uten fysiske barrierer er beskrevet i litteraturen. Et typisk eksempel er videoovervåkning med direkte kontakt til politi- eller helsepersonell med øyeblikkelig utrykningsberedskap (Blohm & Püschel, 1998). Også montering av nødtelefoner på utsprangsteder med direkte linje til helsepersonell (Glatt, Sherwood & Amison, 1986; Glatt 1987) og forbud mot å ferdes alene på et utsprangsområde (Haenel, 1985) er forsøkt, med lovende resultater.

En tidlig studie av videoovervåkning ved Kohlbrandsbrücke i Hamburg viste at 56 selvmord ble utført, mens 93 selvmord antas å være forhindret i perioden fra 1974 til 1997 (Blohm & Püschel, 1998). Mens nødtelefoner på Mid-Hudson Bridge ved Poughkeepsie i New York også hadde positiv effekt etter to års bruk. Totalt 30 personer hadde brukt telefonen. Kun ni registrerte selvmordskandidater hadde vært på broen uten å ringe. Av disse ni var det fem som hoppet i døden, mot kun én av de 30 som brukte nødtelefonen. 23 ble brakt i sikkerhet til psykiatrisk legevakt. Glatt (1987) forklarer effekten av tiltaket med at de fleste utsprangskandidatene er ambivalente til å ta livet sitt. Dermed vil de ta imot hjelp eller kontakt hvis muligheten eksisterer, og som en konsekvens kan livet stå til å reddes.

Ved den tidligere omtalte Golden Gate Bridge er en rekke forebyggingstiltak iverksatt gjennom årene. Allerede i 1966 ble de første fotpatroljene satt inn for å stoppe potensielle hoppere, og fra begynnelsen av 1970-tallet ble fortauene stengt etter solnedgang. Senere er hjelpetelefoner hengt opp, og ansatte på broen har fått intensiv opplæring i selvmordsforebygging. Tiltakene anslås samlet å ha bidratt til å avbryte 2/3 av alle utsprangsforsøk. Likevel har det totale årlige selvmordstallet fortsatt å stige. I 2010 ble det derfor besluttet å bygge fysiske barrierer i form av gjerder også ved Golden Gate (Whitmer & Woods, 2013).

Metastudier

To nyere metastudier adresserer spørsmålet om metodesubstitusjon direkte. Cox og medarbeidere (2013) sammenliknet ulike forebyg-

gingsmetoder for å redusere utsprang fra hotspots. På bakgrunn av de 19 inkluderte studiene i analysen fant de relativt sterk evidens for at fysiske barrierer kan redusere selvmord ved hotspots uten substitusjonseffekter. Effekten var svakere for andre metoder, slik som hjelpe-telefoner eller overvåkning.

I en analyse som kun inkluderte studier av sikkerhetsbarrierer ved hotspots, fant Piriks og medarbeidere (2013) markant reduksjon (i gjennomsnitt 86 prosent) i selvmord fra samtlige registrerte hotspots etter montering av barrierer, noen steder til null selvmord over tid. Når det gjelder metodesubstitusjon, fant forfatterne en tendens til økende selvmordsforekomst ved nærliggende utsprangsteder (i gjennomsnitt 44 prosent). Samlet var likevel nettogevinsten en reduksjon på gjennomsnittlig nærmere 30 prosent av alle utsprangsselv-mord i de studerte byene.

MOTARGUMENTER: KOSTNADER OG ESTETIKK

I tillegg til argumentet om metodesubstitusjon er tilbakevendende innvendinger mot sikring av populære utsprangsteder hensynet til kostnader, logistikk og estetikk (McDonald, 2015). O'Carroll og Silvermann (1994) oppgir kostnaden av å bygge åtte fot høye barrierer på Ellington Bridge i Washington til 229 000 dollar. Sikringen av Fredrikstad-broen i 2003 kostet 1,8 millioner kroner (Hoen, 2004), og sikringen av Tromsøbrua i 2004 kostet 3,5 millioner kroner (Furskognes, 2006). Når en vurderer kostnadsargumentene, er det imidlertid sjelden man tar kostnader ved *ikke* å ha sikring ved utsprangsteder med i betraktningen. Det kan virke som om kostnaden ved sikringstiltakene vurderes opp mot en «baseline» av ingen kostnader. Slik er det imidlertid ikke. Det er betydelige kostnader knyttet til politi- og redningsoperasjoner både ved selvmord og selvmordsforsøk ved utsprang. Politiet i Tromsø estimerer omfanget av en typisk «overtalelsesaksjon» på Tromsøbrua til et tredjedels dagsverk for tre polititjenestemenn (Furskognes, 2006). De planlagte sikkerhetsbarrierene ved Golden Gate Bridge har en historisk høy estimert kostnad på 50 millioner dollar, samt 78 000 dollar i årlig vedlikehold. En omfattende kost-nytte-analyse beregnet prisen for hvert liv reddet til 180 419 dollar, i et 20-årsperspektiv. Konklusjonen er at Golden Gate Bridge allerede

ni måneder etter oppføringen ville innfri WHO's såkalte kostnadseffektivitetsgrense (Whitmer & Woods, 2013).

Det er også betydelige negative psykologiske effekter av å bevitne selvmord og selvmordsforsøk ved utsprang, både for profesjonelle redningsmannskaper, personer som bor i nærheten av utsprangssteder, samt tilfeldige forbipasserende (se Cheng-Zhi, Yi-Zhuang & Lian-Yuan, 2006). Disse kostnadene omtales sjelden eksplisitt.

Ved enkelte utsprangssteder vil det være umulig å bygge barrierer. Englands hotspot for utsprang, Beachy Head-klippene, som dekker et område på 6,4 km med en høyde varierende fra 165 til 15 meter (Surtees, 1997) og Niagara Falls er eksempler på dette. Her er også de estetiske sidene ved eventuelle barrierer avgjørende: Beachy Head har over en million besøkende i året (Surtees, 1997), og Niagara Falls er en av USAs og Canadas største severdigheter. Ved lange broer kan barrierer også virke som vindfang som kan påvirke konstruksjonens egenskaper (Gunnell et al., 2005). I slike tilfeller er videre utprøving av sikringsmetoder uten fysiske barrierer, slik som nødtelefoner eller overvåkning, lovende alternativer. I nye konstruksjoner kan også sikkerhetsaspektet inkorporeres i konstruksjonens estetikk, slik et parkeringshus i Adelaide er eksempel på (Pounder, 1985).

UTSPRANGSELVMORD SOM PROSESS

Begrunnelsen for forebyggende selvmordsarbeid ligger i at man betrakter selvmordsimpulsen som både *ambivalent* og *temporær*. Effekten av forebyggende tiltak innebærer å kjøpe tid slik at selvmordsimpulsen kan skifte karakter. Dette vil for eksempel være dekkende for et tilfelle der selvmordsrisiko oppstår som følge av plutselig inntrufne livsbegivenheter mot en bakgrunn av tilnærmet ingen risiko. For inneliggende pasienter i psykisk helsevern, med vedvarende alvorlig og smertefull psykopatologi og kronisk forhøyet risiko, kan en tenke seg en fremstilling som i figur 1.

Selvmordsimpulsen vil alltid innebære fluktuasjoner, selv mot en bakgrunn av kronisk tilstedeværelse. Flere studier har funnet at selvmord og selvmordsforsøk ved utsprang bærer preg av ambivalens og impulsivitet også hos personer med alvorlig psykopatologi (Barker & Hillard, 1987; Brugger, Agosti, Regard, Wieser & Landis, 1994; Kreyenbuhl et al., 2002; Vieta, Nieto, Gasto & Cirera, 1992). William Haddon Jr., en pioner i trafikksikkerhetsforskning, påpekte at det gjelder å tenke forebygging i *alle* faser av et hendelsesforløp, ikke bare å forebygge ulykker, men å konstruere både kjøretøy og trafikale omgivelser slik at også skaden begrenses dersom ulykken først har skjedd (Haddon, 1972). Denne tenkemåten gav en markant utvidelse av trafikksikkerhetstiltakene. På samme måte som Haddon tenkte prosessuelt om trafikksikkerhet, kan vi også tenke prosessuelt om selvmord (se f.eks. van Heeringen, 2001 for en oppsummering).

Implikasjonen av en slik forståelsesramme er en bred tenkning om forebygging i de enkelte fasene av selvmordsprosessen. Forebygging av selvmord gjennom å begrense tilgangen til selvmordsmetoder innebærer å sette inn tiltak på et sent stadium i selvmordsprosessen. Studiene som er gjennomgått her, gir mange gode argumenter for dette. Ikke bare har slike barrierer vist seg nyttige for å hindre selvmordsimpulsen og således kjøpe tid for individet til å tenke, og for hjelpepersonell til å agere livreddende, de kan også virke preventive gjennom demping av spredningseffekter og



FIGUR 1 Periode i akutt risiko (tid x til y) over kronisk risiko (etter Hawton, 2005, s. 283).

hotspot-fenomener. Færre hendelser gir også mindre oppmerksomhet og omtale. I tillegg kan barrierene ha flere positive psykologiske effekter, oppfattes beskyttende og nærmest som en form for omsorg. Metodesubstitusjon kan ikke utelukkes, men synes heller ikke å forekomme i forventet grad (Daigle, 2005; Clarke & Mayhew, 1988). Personer som overlever selvmordsforsøk ved utsprang, har senere relativt lav livstidsrisiko for selvmord, og få ville valgt andre utsprangssteder. På linje med andre kulturelle fenomener synes prosessene involvert i utviklingen av såkalte hotspots, å være så komplekse at det ved sikring ikke umiddelbart vil komme til nye utsprangsplasser med tilsvarende symbolikk og berømmelse.

KONKLUSJON

I denne litteraturgjennomgangen har vi beskrevet risikofaktorer forbundet med selvmord ved utsprang fra høyder, og sett på om sikring av populære utsprangssteder forebygger slike dødsfall. De metodologiske problemene knyttet til å studere effekter av forebyggende tiltak mot selvmord ved utsprang, gjør det vanskelig å bevise slike sammenhenger i streng statistisk forstand. Samlet gir likevel funnene grunnlag for å si at det foreligger en *klar sannsynlighetsovervekt* for at sikring av kjente utsprangssteder bidrar selvmordsforebyggende. Nesten samtlige undersøkte sikringstiltak har vist seg å redusere antall selvmord ved såkalte hotspots, og metodesubstitusjon forekommer i mindre grad enn forventet. I lys av generell kunnskap om ambivalens og selvmordshandlinger som en kompleks prosess kan barrierenes funksjon forstås som en bremse for den akutte selvmordsimpulsen og kan dermed kjøpe dyrebar tid til ny refleksjon og livreddende hjelp. ✕

REFERANSER

- Achte, K.A. & Lönquist, J. (1975). Suicide in Finnish culture. I Norman L. Farberow (red.). *Suicide in different cultures*. Baltimore: University Park Press, (s. 95–113).
- Barker, G.A. & Hillard, J.R. (1987). The patient on the ledge: Evaluation and intervention. *Hospital and Community Psychiatry*, 38, 992–994.
- Bateson, J. (2012). *The final leap. Suicide on the Golden Gate Bridge*. London: University of California Press.
- Beautrais, A. (2001). Effectiveness of barriers at suicide jumping sites: a case study. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 35, 557–562.
- Bennewith, O., Nowers, M. & Gunnell, D. (2007). Effect of barriers on the Clifton suspension bridge, England, on local patterns of suicide. *British Journal of Psychiatry*, 190, 266–267
- Bennewith, O., Nowers, M. & Gunnell, D. (2010). Suicidal behaviour and suicide from the Clifton Suspension Bridge, Bristol and surrounding area in the UK: 1994–2003. *European Journal of Public Health*, 21, 204–208.
- Blohm, C. & Püschel, K. (1998). Epidemiologische und phänomenologische Aspekte beim Suizid durch Sprung von einer hohen Brücke. *Archiv für Kriminologie*, 202, 129–139.
- Brugger, P., Agosti, R., Regard, M., Wieser, H.G. & Landis, T. (1994). Heautoscopy, epilepsy, and suicide. *Journal of Neurology, Neurosurgery, and Psychiatry*, 57, 838–839.
- Cantor, C.H. & Hill, M.A. (1990). Suicide from river bridges. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 24, 377–380.
- Cantor, C.H., Hill, M.A. & McLachlan, E.K. (1989). Suicide and related behaviour from river bridges. A clinical perspective. *British Journal of Psychiatry*, 155, 829–835.
- Cheng-Zhi, Z., Yi-Zhuang, Z. & Lian-Yuan, C. (2006). Traumatic disorder in witnesses to suicide. *Chinese Mental Health Journal*, 20, 252–255.
- Clarke, R.V. & Mayhew, P. (1988). The British gas suicide story and its criminological implications. *Crime and Justice*, 10, 79–116.
- Cooper, P.N. & Milroy, C.M. (1994). Violent suicide in South Yorkshire, England. *Journal of Forensic Sciences*, 39, 657–667.
- Cox, G.R., Owens, C., Robinson, J., Nicholas, A., Lockley, A., Williamson, M., ... & Pirkis, J. (2013). Interventions to reduce suicides at suicide hotspots: a systematic review. *BMC Public Health*, 13, 214.
- Daigle, M.S. (2005). Suicide prevention through means restriction. A critical review and synthesis. *Accident Analysis and Prevention*, 37, 625–632.
- Dérobot, L., Hadengue, A., Proteaux, J. & Schaub, W. (1965). Doit-on supprimer la Tour Eiffel? *Annales de Médecine Légale et de Criminologie*, 45, 115–119.
- Ekeberg, Ø., Ellingsen, Ø. & Jacobsen, D. (1994). Mortality and causes of death in a 10 year follow-up of patients treated for self-poisonings in Oslo. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 24, 398–405.
- Friend, T. (2003, 13. oktober). Jumpers: The fatal grandeur of the Golden Gate Bridge. *The New Yorker*.
- Furskog, A.K. (2006, 8. november). Personlig kommunikasjon.
- Glatt, K.M. (1987). Helpline: Suicide prevention at a suicide site. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 17, 299–309.
- Glatt, K., Sherwood, D.W. & Amisson, T.J. (1986). Telephone helplines at suicide site. *Hospital and Community Psychiatry*, 37, 178–180.
- Glasgow, G. (2011). Do landmark bridges increase the suicide rate? An alternative test of the likely effect of means restriction at suicide-jumping sites. *Social Science and Medicine*, 72, 884–888.
- Gunnell, D. & Frankel, S. (1994). Prevention of suicide: aspirations and evidence. *British Medical Journal*, 308, 1227–1233.
- Gunnell, D. & Nowers, M. (1997). Suicide by jumping. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 96, 1–6.
- Gunnell, D., Nowers, M. & Bennewith, O. (2005). Kan selvmord ved hopping forhindres? *Suicidologi*, 10, 15–17.
- Haenel, T. (1985). Der Sturz als Mittel zum suicide-psychodynamische aspekten. *Schweizer Archiv für Neurologie, Neurochirurgie und Psychiatrie*, 136, 23–36.
- Haddon, W. (1972). A logical framework for categorizing highway safety phenomena and activity. *Journal of Trauma*, 12, 193–207.
- Hanzlick, R., Masterson, K. & Walker, B. (1990). Suicide by jumping from high-rise hotels. Fulton County, Georgia, 1967–1986. *American Journal of Forensic Medicine*, 11, 294–297.
- Harvey, P.M. & Solomons, B.J. (1983). Survival after free falls of 59 meters into water from the Sydney Harbour Bridge, 1930–1982. *Medical Journal of Australia*, 2, 504–511.
- Hawton, K. (2005). Restriction of access to methods of suicide as a means of prevention. I K. Hawton (red.). (2005). *Prevention and treatment of suicidal behaviour. From science to practice* (s. 279–291). Oxford: Oxford University Press.
- Hawton, K. & Williams, K. (2005). Media influences on suicidal behaviour: evidence and prevention. I Keith Hawton (red.). *Prevention and treatment of suicidal behaviour: from science to practice* (s. 293–306). Oxford: Oxford University Press.
- Hawton, K., Simkin, S., Deeks, J., Cooper, J., Johnston, A., Waters, K. et al. (2001). Effects of legislation restricting pack sizes of paracetamol and salicylates on self-poisoning in the United Kingdom: before and after study. *British Medical Journal*, 329, 1076–1079.
- Herrestad, H. (2006). Endringer i Vær Varsom-plakaten. *Suicidologi*, 11, 29.
- Hoen, H.T.T. (2004). Sikret mot hopping. *Vegen og vi*, 14, 7.
- Kontaxakis, V., Markidis, M., Vaslamatis, G., Ioannidis, H. & Stefanis, C. (1988). Attempted suicide by jumping: Clinical and social features. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 77, 435–437.
- Kreitman, N. (1976). The coal gas story: United Kingdom suicide rates 1960–1971. *British Journal of Preventive and Social Medicine*, 30, 86–93.
- Kreyenbuhl, J.A., Kelly, D.L. & Conley, R. (2002). Circumstances of suicide among individuals with schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 58, 253–261.
- Lane, J.C. (1983). Falls from high bridges. [Brev til redaktøren]. *Medical Journal of Australia*, 2, 367.
- Law, C.K., Svetlic, J., De Leo, D. (2014). Restricting access to a suicide hotspot does not shift the problem to another location. An experiment of two river bridges in Brisbane, Australia. *Australian and New Zealand Journal of Public Health*, 38, 134–138.
- Lester, D. (1994). Suicide by jumping in Singapore as a function of high-rise apartment availability. *Perceptual and Motor Skills*, 79, 74.
- Lewis, G., Hawton, K. & Jones, D. (1997). Strategies for preventing suicide. *British Journal of Psychiatry*, 171, 351–354.
- Lin, J.-J. & Lu, T.-H. (2006). Association between the accessibility to lethal methods and methodologically specific suicide rates: An ecological study in Taiwan. *Journal of Clinical Psychiatry*, 67, 1074–1079.

- Lindqvist, P., Jonsson, A., Eriksson, A., Hedelin, A. & Bjørnstig, U. (2004). Are suicides by jumping off bridges preventable? An analysis of 50 cases from Sweden. *Accident Analysis and Prevention*, 36, 691–694.
- Maltsberger, J.T. (1998). Robert Salter: Attempted suicide by jumping from a high bridge. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 28, 226–233.
- Marzuk, P.M., Leon, A.C., Tardiff, K., Morgan, E.B., Stajic, M. & Mann, J.J. (1992). The effect of access to lethal methods of injury on suicide rates. *Archives of General Psychiatry*, 49, 451–458.
- McDonald, F. (2015, 12. mai). Clare council criticised over 'ugly' heritage bridge barrier. *Irish Times*.
- Mehlum, L. (2005). Forebygging gjennom begrensning av tilgangen til selvmordsmidler. *Suicidologi*, 10, 3–7.
- Mehlum, L. & Hestetun, I. (2004). *Sikring av bruer som tiltak for å forebygge selvmord, uttalelse*. Brev til Statens vegvesen. 23. juni, 2004.
- Nesje, I., Larssen, M. & Berntsen, G. (2011). *Evaluering av sikringstiltak på Tromsøbrua etter fem år*. Poster (P 03) presentert på 7. nasjonale konferanse om selvmordsforskning og forebygging. Oslo.
- Nowers, M. & Gunnell, D. (1996). Suicide from the Clifton Suspension Bridge in England. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 50, 30–32.
- O'Carroll, P.W. & Silverman, M.M. (1994). Community suicide prevention: The effectiveness of bridge barriers. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 24, 89–99.
- Ohberg, A., Vuori, E., Ojanpera, I. & Lønnquist, J. (1996). Alcohol and drugs in suicides. *British Journal of Psychiatry*, 169, 75–80.
- Pelletier, A.R. (2007). Preventing suicide by jumping: the effect of a bridge safety fence. *Injury Prevention*, 13, 57–59.
- Pirkis, J., Spittal, M.J., Cox, G., Robinson, J., Cheung, Y.T.D. & Studdert, D. (2013). The effectiveness of structural interventions at suicide hotspots: a meta-analysis. *International Journal of Epidemiology*, 42, 541–548.
- Pounder, D.J. (1985). Suicide by leaping from multistorey car parks. *Medicine, Science and the Law*, 25, 179–188.
- Pokorny, A.D. (1983). Prediction of suicide in psychiatric patients. Report of a prospective study. *Archives of General Psychiatry*, 40, 249–257.
- Pokorny, A.D. (1993). Suicide prediction revisited. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 23, 1–10.
- Prasad, A. & Lloyd, G.G. (1983). Attempted suicide by jumping. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 68, 394–396.
- Prévost, C., Julien, M. & Brown, B.P. (1996). Suicides associated with the Jacques Cartier Bridge, Montreal, Quebec 1988–1993: Descriptive analysis and intervention proposal. *Canadian Journal of Public Health*, 87, 377–380.
- Reisch, T. & Michel, K. (2005). Securing a suicide hot-spot: Effects of a safety net at the Bern Muenster Terrace. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 35, 460–467.
- Reisch, T., Schuster, U. & Michel, K. (2007). Suicide by jumping and accessibility of bridges: Results from a national survey in Switzerland. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 37, 681–687.
- Rosen, D. (1975). Suicide survivors: A follow-up study of persons who survived jumping from the Golden Gate and San Francisco–Oakland Bay Bridges. *Western Journal of Medicine*, 122, 289–294.
- Ross, T.E. & Lester, D. (1991). Suicides at Niagara Falls. [Brev til redaktøren]. *American Journal of Public Health*, 81, 1677–1678.
- Seiden, R.H. (1978). Where are they now? A follow-up study of suicide attempters from the Golden Gate Bridge. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 8, 203–216.
- Seiden, R.H. & Spence, M. (1983/1984). A tale of two bridges: Comparative suicide incidence on the Golden Gate and San Francisco–Oakland Bay Bridges. *Omega*, 14, 201–209.
- Sims, A. & O'Brien, K. (1979). Autokabalesis: an account of mentally ill people who jump from buildings. *Medicine, Science and the Law*, 19, 195–198.
- Small, G. & Rosenbaum, J.F. (1984). Nine psychiatric inpatients who leaped from a height. *Canadian Journal of Psychiatry*, 29, 129–131.
- Sinyor, M. (2010). Effect of a barrier at Bloor Street Viaduct on suicide rates in Toronto: natural experiment. *British Medical Journal*, 341, c2884.
- Skegg, K. & Herbison, P. (2009). Effect of restricting access to a suicide jumping site. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 43, 499–502.
- Stack, S. (2003). Media coverage as a risk factor in suicide. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 57, 238–240.
- Surtees, S.J. (1982). Suicide and accidental death at Beachy Head. *British Medical Journal*, 284, 321–324.
- Surtees, J. (1997). *Beachy Head*. East Sussex: SB Publications.
- van Heeringen, K. (2001). *Understanding suicidal behaviour. The suicidal process approach to research, treatment and prevention*. Chichester: John Wiley.
- Vieta, E., Nieto, E., Gasto, C. & Ciera, E. (1992). Attempted suicide by jumping. *European Psychiatry*, 7, 221–224.
- Whitmer, D.A. & Woods D.L. (2013). Analysis of the cost effectiveness of a suicide barrier on the Golden Gate bridge. *Crisis*, 34, 98–106.
- Yip, P.S. & Tan, R.C. (1998). Suicides in Hong-Kong and Singapore: a tale of two cities. *International Journal of Social Psychiatry*, 44, 267–279.

De viktigste lederegenskapene

Fire lederegenskaper er helt sentrale for å lykkes, ifølge studie fra konsultantselskapet McKinsey.

Meningene er delte både om lederutviklingsprogrammer fungerer godt nok og hvilket fokus disse programmene skal ha. Forskningsavdelingen til McKinsey har sett på hvilke lederegenskaper som først og fremst bør oppøves for å få en organisasjon eller bedrift til å fungere så effektivt og bra som mulig. Fire typer lederegenskaper står fram, ifølge undersøkelsen: Evnen til å løse problemer effektivt, sterk resultatorientering, evnen til å søke etter flere og ulike perspektiver, og å være støttende overfor kolleger og medarbeidere. Av 20 ulike egenskaper som ble undersøkt, var disse fire de klart viktigste og stod for hele 89 prosent av variasjonen mellom sterke og svake organisasjoner. Undersøkelsen er basert på data fra 81 ulike organisasjoner og bedrifter i alle deler av verden.

Kilde: http://www.mckinsey.com/insights/leading_in_the_21st_century/decoding_leadership_what_really_matters



FOTO: S. CHARLES/UNSPLASH.COM



FOTO: BI

Aktiv og passiv ledelse kan oppfattes likt

Laissez-faire og empowerment-basert ledelse trenger ikke virke så forskjellig som man skulle tro, viser helt fersk forskning. Mens laissez-faire er kjennetegnet ved at lederen er usynlig og ansatte blir overlatt til seg selv, er empowerment en svært aktiv lederstil, hvor et av lederens mål er å gjøre de ansatte så autonome og selvstendige som mulig i jobben. En helt fersk vitenskapelig artikkel, skrevet av Sut I Wong (bildet) ved BI i Oslo og Steffen Robert Giessner ved Rotterdam School of Management, viser at disse to lederstilene kan oppfattes relativt likt.

- I utgangspunktet er disse to lederstilene svært forskjellige fordi lederne har ulike intensjoner bak det de ønsker å oppnå. Empowerment-lederen vil jobbe hardt for å gjøre sine ansatte mest mulig selvstendig og følge opp behov som oppstår, en laissez-faire-leder vil ikke være der for sine ansatte på samme måte, sier Wong til Psykologtidsskriftet.

Likevel kan de to lederstilene oppleves likt:

- Hvis empowerment-lederen er mindre til stede og aktiv enn det den ansatte forventer, kan han bli tolket som passiv og mer i tråd med hva man forventer av laissez-faire-ledelse. Studien vår får blant annet fram hvor mye ansattes forventninger har å si for hvordan lederen og lederstilen oppfattes, sier hun.

Kilde: <http://jom.sagepub.com/content/early/2016/01/07/0149206315574597.full.pdf+html>

Sårbarhetens paradoks

«LAR-pasienten» min velger tannlegen fremfor psykologen. Er hun for sårbar for traumeterapi?

TEKST

Ingerid Elgesem
Bjelland
Psykolog ved ARA
Follo poliklinikk

ILLUSTRASJON

Pixabay.com

En av mine nye LAR-pasienter ønsker *psykoterapi*. Sara¹ bruker ikke ordet, men gjør det klart for meg at hun vil bli bedre kjent med følelseslivet sitt og forholde seg til sine belastende erfaringer på en bedre måte. Psykoterapi, traumebehandling og *Legemiddelassistert rusbehandling* – LAR. Jeg er utafør komfortsonen. Det blafres febrilsk i litteraturen. Her er det uutholdelig lite å støtte seg på for oss med trang til teoretisk fremfor praktisk tilnærming. Et tall finner jeg: *Under 9 prosent av mennesker i LAR mottar psykoterapi*. Jeg begynner å mistenke at når jeg er uforberedt på denne bestillingen, er jeg ikke er så ulik mine kolleger i rusfeltet.

Jeg er en relativt fersk psykolog med en gryende interesse for traumearbeid som del av rusbehandling. Jeg drøfter saken med mine kloke kolleger: Slike pasienter dukker visst fra tid til annen opp på en psykologs pasientliste, noen få med bestillinger utover ansvarsgruppedeltakelse og vurdering av døgnbehandling. Mens vi diskuterer alt fra støtteorienterte samtaler til fulle traumebehandlingsforløp, er vi alle opptatte av et klinisk dilemma: Sara har for første gang i livet tilnærmet fast grunn under bena, med leilighet, et støtteapparat og kontakt med sine nærmeste. Under den tilsynelatende freden aner man imidlertid noe farlig, et destruktivt mønster drevet av uutholdelige erfaringer.

.....

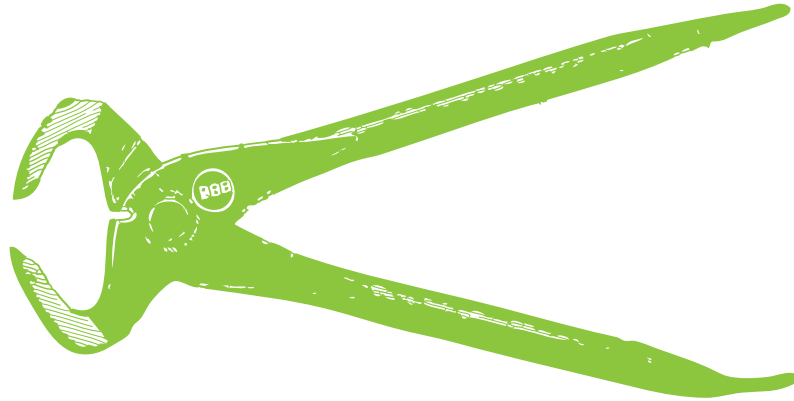
1. Fiktivt kasus basert på en sammenstilling av forfatterens erfaringer.

Vi lurer på om Sara er tilgjengelig for samtaleorientert behandling, ikke minst på om det kan være fare for destabilisering og tilbakefall til rus.

TIL TANNLEGEN

Jeg søker tilflukt mellom stive permer og finner at det er en sammenheng mellom traumeerfaring og bruk av opiater. Opiater har en dempende funksjon nettopp på traumesymptomer. Så uteblir Sara fra neste avtale. Begrunnelsen er tannbehandling. Jeg sitter igjen med spørsmålet: Hvorfor tannlegestolen fremfor «psykologenbenken»? Etter å ha gjennomlevd så mye vondt som Sara har, tror jeg hun satser på å klare seg selv. Hun bruker kreftene på hverdagen snarere enn å gå i nærkamp med seg selv og en smertefull fortid. Det er dette som ofte oppsummeres i kliniske vurderinger som «manglende evne til å nyttiggjøre seg samtalebehandling». Med Sara i tankene blir jeg imidlertid oppmerksom på en litt annen bakenforliggende historie. En som ikke bare handler om hverdagsfungering versus evne til nærkontakt med følelser, men om traumatiske erfaringer som like gjerne triggeres av en tur til tannlegen som til psykologen.

I psykoterapeutisk arbeid med traumelidelser synes både forskere og klinikere etter hvert å enes om at stabilisering er det primære. Medikamentell behandling kan inngå, ved siden av psykoedukasjon og ferdighetstrening. Tanken er å gjøre pasienten bedre i stand til å regulere sine reaksjoner på omverdenen, der angst og



overveldelse dominerer. Når stabiliseringen inkluderer LAR-medikamenter, mener imidlertid mange at dette bidrar til å gjøre pasienter følelsesmessig utilgjengelige. For meg blir dette paradoksalt. Stabilitet blir en forhindring snarere enn en forutsetning. Forvirringen blir komplett når vi også bekymrer oss for destabilisering og tilbakefall som følge av traumeintervensjoner. Tyder ikke denne bekymringen på at vi har erfart at LAR-pasientene kan være for tilgjengelige? Jeg tror i alle fall at når Sara ikke makter tann- og traumebehandling som samtidige forløp, er det fordi hun, som andre traumepasienter, er sårbar, ikke utilgjengelig. Jeg tror også at vår forvirring på dette punktet hindrer oss i å drive psykoterapeutisk arbeid med en gruppe pasienter med stort behov. Sara har brukt og bruker opiater gjennom LAR, som en form for stabilisering i sitt liv, hun er sårbar, men trenger likevel det samme integrerte tilbudet jeg gir andre.

PÅ TYNN IS

Sammenhengen mellom traumesymptomer og bruk av opiater er kompleks. I mine kilder står det at opiatbruk kan indusere en tilstand som minner om dissosiasjon, altså imiterer kroppens eget forsvar mot alvorlig belastning. Jeg finner ikke ut om tilstanden knyttes til rusopplevelsen, eller ganske enkelt er virkningen av stoffet i seg selv – en virkning som opprettholdes, ideelt sett uten rusen, når man bruker LAR-

medikamenter. Når Sara nå er tilbake i behandling hos meg, erfarer jeg imidlertid at hun av og til må gå før timen er over. Det er allerede avtalt og gjort til en del av rammen for arbeidet. Ikke bare fordi ambulerende miljøarbeidertjeneste fra hjemkommunen plutselig venter utenfor og skyssen hjem skriker i bakgrunnen mens vi bearbeider viktige temaer i samtalen. Det er også fordi faren for overveldelse blir stor når disse temaene kommer frem. Sara og jeg trenger å kunne ha kontroll når vi skal ut på tynn is. Slik er traumebehandling, også med LAR-pasienter. For – følelsene, gullet som psykoterapeuten leter etter og som traumebehandlere både elsker og frykter – er slett ikke borte. Medisinene og livet for øvrig har på langt nær maktet å trenge dem helt inn i hjernens og hjertets utilgjengeligste.

Jeg har få LAR-pasienter i samtalebehandling. Når jeg trekker slutninger basert på disse, er jeg definitivt på tynn is. Men jeg er ikke alene. Praxis- og kunnskapsfeltet er tynt, og det er vanskelig å forestille seg at dette skyldes enkeltstående kliniske vurderinger alene. Helsedirektoratets ROP-veileder nevner ikke traumelidelser som eget behandlingsområde, langt mindre tematiserer den LAR-pasienters behov i denne sammenhengen. Vi mangler rammer, og ikke minst systematisert kunnskap å støtte oss på, mens en gruppe mennesker, både behandlere og pasienter, venter. Jeg vil ha kunnskapsfeltet åpnet opp. Vi snakker om utsatte mennesker, som har levd og lever vanskelige liv. Jeg har blitt klar over at den sårbarheten vi i våre velmenende kliniske betraktninger antar kan komme i veien for psykoterapi, kan være et uttrykk for den samme tilgjengeligheten vi etterlyser. Pasienter og behandlere kan og skal kanskje aldri hjelpes helt inn i komfortsonen, men bør styrkes i å trå usikker og ustabil grunn sammen.

Min psykoterapikandidat gjør fremskritt. Beskriver, gråter, øver, pus-ter og utfordrer relasjonen. Jeg lurer ofte på om jeg når frem. Jeg frykter at vi sammen lener oss for tungt på en skjør, livsviktig og hardt tilkjempet stabilitet. Særlig blir jeg på vakt når hennes selvforakt vokser til en nær fysisk størrelse i rommet. Men når hun smiler og sier til meg: «Vet du, det der har jeg aldri tenkt på før. Kanskje det har vært gjemt for meg, eller kanskje blir det sånn først når vi snakker om det nå». Da føler jeg at det nytter og at vi når hverandre. ✕

TRAUMETERAPI:

Flyktingers og asylsøkeres traumenarrativ

Bør flyktinger og asylsøkere tilbys traumerettet behandling på tross av en ustabil livssituasjon? Et doktorgradsprosjekt indikerer «ja».

**TEKST**

Håkon Inge Stenmark, Psykologspesialist, PhD i klinisk medisin, Ressurscenter om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging, Region Midt

KONTAKT

Hakon.Stenmark
@stolav.no

I TAKT MED det økende antallet flyktinger og asylsøkere som kommer til Norge, er det også et større behov for gode psykologiske behandlingstiltak. Det har imidlertid lenge vært usikkert i hvilken grad det er mulig å hjelpe flyktinger og asylsøkere med posttraumatiske plager. Flere studier av torturoverlevende har indikert at disse menneskene ikke blir bedre etter terapi (Carlson et al., 2005; Birck, 2001). Den ustabile situasjonen til asylsøkere har ført til at forskere og klinikere har tvilt på om denne gruppen i det hele tatt er mottakelig for behandling. Denne situasjonen burde ført til mye forskning på dette området, men samtidig som det har vært en stor økning i forskning på behandling av posttraumatiske plager *generelt*, har det paradoksalt nok blitt forsket svært lite på effekt av behandling for flyktinger og asylsøkere *spesielt*. Dette på tross av at flyktinger og asylsøkere er av de mest traumatiserte gruppene vi har. Etter at jeg som psykolog hadde jobbet med disse gruppene i mange år, ble jeg derfor motivert til å finne ut: Kan vi hjelpe traumatiserte flyktinger og asylsøkere, og hvilke behandlingstiltak kan anbefales?

METODEN

I planlegging av et forskningsprosjekt på temaet manglet det ikke på advarsler om vanskene med behandlingsforskning på flyktinger og asylsøkere: Mennesker fra ulike kulturer trenger tilnæringer tilpasset den enkelte kultur, bruk av tolk vil innvirke på behandlingen, og det er uetisk å forske på behandling av disse sterkt traumatiserte gruppene. Samtidig som innvendingene var mange, var ønsket om å kunne tilby en best mulig behandling en sterk drivkraft. I doktorgradsarbeidet mitt har jeg derfor sett på i hvilken grad traumatiserte flyktinger og asylsøkere ble bedre etter behandling i den ordinære psykiatritjenesten. Jeg ville sammenligne en behandlingsmetode som var særlig tilpasset disse gruppene, med effekten av standard behandling.

I en randomisert kontrollert studie ble narrativ eksponeringsterapi (NET) sammenlignet med ordinær behandling for flyktinger og asylsøkere diagnostisert med posttraumatisk stressforstyrrelse. NET (Schauer et al., 2005) er en korttidsorientert tilnærming til behandling av posttraumatiske plager, særlig tilpasset arbeid med flyktinger og asyl-



HVA HJELPER? Mange flyktninger og asylsøkere har traumatiske opplevelser med seg i bagasjen når de kommer til Norge. Allikevel vet man lite om hva som hjelper for denne gruppen. Foto: meineresterampe/Pixabay

søkere. Tidligere studier av NET gjort i ulike flyktningleirer i Afrika og Asia, har indikert at metoden kan ha god effekt. Det er imidlertid få studier gjort i vestlige land, og ingen med behandlere i det ordnære hjelpeapparatet.

Metoden innebærer at terapeuten sammen med klienten går gjennom livshistorien til klienten, der de sammen bruker mest tid på ulike traumehendelser. Siktemålet er å sette traumehendelsene inn i den historiske rammen hendelsene skjedde i, til forskjell fra at de oppleves som å skje her og nå, slik det kjennes ved flashbacks og mareritt. I NET forholder terapeuten seg til at personene kan ha opplevd *multiple* traumehendelser, noe som gjør at metoden skiller seg fra andre traumebehandlingsmetoder, der søkelyset i større grad er på enkelthendelser. Behandlingen ender ut i at personen har et skrevet narrativ om sitt liv. Narrativet kan så brukes som beskrivelse i en asylsak eller som dokumentasjon i menneskerettighetsarbeid. Metoden kan brukes som del av en lengre behandling eller eventuelt som en frittstående behandling for posttraumatiske plager.

I prosjektet mitt ble 24 behandlere i Midt-Norge opplært i metoden, og hvor de så enten gav 10 dobbelttimer med NET eller samme lengde på annen hjelp, betegnet som «Treatment as usual». Treatment as usual var definert som all type annen hjelp en vanligvis ville gi, bortsett fra de spesifikke stegene i NET. 81 flyktninger og asylsøkere ble tatt inn i studien og randomisert til behandling. Av disse fullførte 54 behandling og posttester én og seks måneder etter behandling. Drop-out var i hovedsak knyttet til årsaker utenom behandlingen, som flytting til andre deler av landet.

Hovedfunn

- Stenmark disputerte med doktorgraden *Narrative exposure therapy for refugees and asylum seekers diagnosed with PTSD - a randomized controlled multicenter study* ved NTNU i november 2014.
- Doktorgraden baserer seg på en randomisert kontrollert multisenterstudie med flyktninger og asylsøkere diagnostisert med PTSD.
- Narrativ eksponeringsterapi ble sammenlignet med Treatment as usual.
- Både flyktninger og asylsøkere viste reduksjon av posttraumatiske plager etter behandling.
- De som fikk narrativ eksponeringsterapi, viste en signifikant større bedring av PTSD sammenlignet med Treatment as usual.
- Gruppen som ikke ble bedre, besto av menn og personer som hadde vært med på å utføre vold mot andre.

»



Funnene indikerer at andre forhold enn asylstatus bør bestemme om personer tilbys traumerettet behandling eller ikke

OPTIMISTISKE RESULTATER

Resultatene overrasket på mange måter, ut fra hva som har vært antagelser om behandlingseffekt. Flyktningene og asylsøkerne i begge behandlingsbetingelsene viste signifikant bedring i symptomer på PTSD og depresjon i forhold til før behandling. De som hadde fått NET, viste større grad av bedring av posttraumatiske symptomer, mens bedring av depressive plager var lik blant dem som hadde fått NET og Treatment as usual. Et interessant funn var at det ikke virket som asylstatus avgjorde om personer ble bedre av behandling for posttraumatiske plager. I arbeidet ved RVTS med veiledning til psykiatriske sentre i Midt-Norge har jeg mange ganger møtt holdninger om at asylsøkere ikke bør tilbys traumerettet behandling da de har en så ustabil livssituasjon. I tidligere perioder har også polikliniske avdelinger motsatt seg inntak av asylsøkere med dette som begrunnelse. Funnene i vår undersøkelse indikerer at andre forhold enn asylstatus bør bestemme om personer tilbys traumerettet behandling eller ikke. Både asylsøkere og flyktninger med opphold fikk færre depressive plager etter behandlingsavslutning, men seks måneder etter behandling økte de depressive symptomene til asylsøkere igjen, mens symptomene til flyktningene med opphold holdt seg på samme nivå. Selv om det her var et begrenset statistisk materiale å uttale seg ut fra, kan disse resultatene indikere noe av det generelle presset som ligger i tilværelsen som asylsøker. Et halvt år etter avsluttet behandling, og med en enda lengre tilværelse som asylsøker, var effekten av behandlingen for depresjon borte. Disse funnene er også støttet av andre undersøkelser om hvordan asylsøker-tilværelsen påvirker mental helse.

Selv om majoriteten ble bedre av behandlingen, var det likevel noen som ikke ble bedre. Ti personer fikk det ikke bedre, verken ved hjelp av NET eller Treatment as usual. På tvers av våre antagelser var ikke grad av tortur eller lengde på traumatisering relatert til mangel på bedring. Faktorer relatert til grad av bedring, viste seg å være kjønn og erfaringer med utøvelse av vold mot andre. Alle som ikke viste bedring, var menn. Personer som hadde utøvd vold mot andre, fikk et dårligere behandlingsresultat. I hvilken grad disse to funnene er knyttet til hverandre, er uklart, men vi antar at det er flere menn som har vært med på utøvelse av vold mot andre, sammenlignet med kvinner. Funnene indikerer at personer som har utøvd vold mot andre, trenger behandling spesielt rettet mot dette.

Samlet er funnene i doktorgraden oppløftende med tanke på mulighetene for at traumatiserte flyktninger og asylsøkere faktisk kan få det bedre med adekvat behandling. Både de som fikk ordinær behandling, og de som fikk NET, hadde reduserte symptomplager etter behandling. NET framstår som en lovende tilnærming for posttraumatiske plager hos flyktninger og asylsøkere, selv om studien også viste at metoden har begrensninger, og at vi trenger flere ulike verktøy, særlig i arbeidet med komplekse traumereaksjoner.

Å vise at behandling nytter, gjør det enda viktigere å prioritere muligheter for psykologisk hjelp til disse gruppene. Når det nå kommer flere flyktninger og asylsøkere til landet enn noen gang, er dette en god grunn til å sørge for at behandlingsapparatet også prioriterer hjelpetilbud for disse personene og oppdaterer seg på nyttige metoder. ✘

REFERANSER

- Birck, A. (2001). Torture victims after psychotherapy: A two-year follow up. *Torture, 11*(2), 55–58.
- Carlsson, J.M., Mortensen, E.L., & Kastrup, M. (2005). A follow-up study of mental health and health-related quality of life in tortured refugees in multidisciplinary treatment. *Journal of Nervous and Mental Disorders, 193*(10), 651–657. doi: 00005053-200510000-00003 [pii].
- Schauer, M., Neuner, F., & Elbert, T. (2005). *Narrative exposure therapy: A short-term intervention for traumatic stress disorders after war, terror and torture*. Göttingen, Tyskland: Hogrefe & Huber.
- Stenmark, H. (2014). Narrative exposure therapy for refugees and asylum seekers diagnosed with PTSD – a randomized controlled multicenter treatment study. *Avhandling til PhD grad i klinisk medisin*, DMF, NTNU. ISBN 978-82-326-0555-2.

Meninger



FOTO: BRIAN SOLIS/FLICKR

Gammel vin på nye flasker?

Tilføres det egentlig noe nytt og verdifullt ved nyutvikling av terapeori?, spør Hanne Weie Oddli på de neste sidene.

Send innlegg til meninger@psykologtidsskriftet.no. Frist er den 8. i hver måned.

DELTA I DEBATTEN

Spaltene er åpne for alle aktører i samfunnsdebatten. Vi ønsker debatt om aktuelle samfunnstemaer, om behandlingsmetoder, ideologi, fagetikk, utdanning, helsepolitikk og lønns- og fagpolitiske spørsmål. Her kan du starte viktige debatter eller svare på innlegg i tidligere utgaver.

Forfattere må opplyse om teksten er publisert tidligere andre steder.

KRONIKK

Debattinnlegg om en aktuell problemstilling eller et tema. Kronikken er ikke et svar på et annet innlegg. Lengde: 4000 eller 8000 tegn inkludert mellomrom.

DEBATTINNLEGG

Maks 3000 tegn inkludert mellomrom

REPLIKK/KORTINNLEGG

Maks 1500 tegn inkludert mellomrom.

Redaksjonen kan redigere og forkorte innsendte bidrag. Psykologtidsskriftet er ansvarlige for titler, ingress og mellomtitler. Alle bidrag kan publiseres på nett. Innlegg kan også bli publisert i andre medier Psykologtidsskriftet inngår avtale med.



Nytten av dekantering

Trenger vi utvikling av stadig nye terapimodeller, eller er det stort sett gammel vin på nye flasker?

Terapimodellenes innbyrdes status debatteres stadig blant klinikere og psykoterapiforskere. Gjennom flere tiår har psykoterapiforskningen gjennomgående dokumentert effekten av faktorer som virker på tvers av de spesifikke terapimodellene, mens det har vist seg vanskelig å dokumentere forskjeller i effekt modellene imellom. Dette har så bred støtte i forskningsfeltet at det også gjengis i American Psychological Association (2012) sin resolusjon om effekten av psykoterapi. Likevel utvikles stadig nye terapimodeller, og som tidligere preges forskningen fortsatt av to parallelle, sterke strømninger: Studier av spesifikke effekter av terapimodeller og studier rettet mot fellesfaktorene. I Psykologtidsskriftet har debatten om terapimodellenes status nylig gitt seg uttrykk i en bekymring for tre-bokstav-syken og nyutviklingen av terapimodeller, og drøfting av forholdet mellom fellesfaktorer og teorispesifikke faktorer (Falkum, Olavesen & Hytten, 2015; Gullestad, 2015; Karterud & Skårderud, 2015).

Når vi leser debatten, melder det seg et spørsmål: Trenger vi egentlig nyutvikling av terapiteori? Dreier den seg mest om merkevarerbygging, denne utviklingen av stadig mer spissfindige varianter av ACT, DBT, CFT, MBT, EFT og så videre? Er gullet allerede å finne i de solide terapitradisjonene som ble utviklet i løpet av 1900-tallet, som psykodynamisk teori, kognitiv atferdsterapi og humanistisk terapi? Er det dette fellesfaktorforskningen forteller

oss – at det virksomme allerede er på plass, på tvers av alle de dokumentert gode terapimodellene, og at vi kan spare oss bryet med videreutvikling av teori?

TRENGER VI UTVIKLINGEN?

Jeg deler Falkum og kollegers (2015) bekymring for det uvitenskapelige i tilpasningen til en markedsliberalistisk dynamikk:

Bevegelsesens diskurs er oftest lukket, eksklusiv og misjonerende (eller markedsførende), og står i skarp kontrast til vitenskapens diskurs når den er på sitt beste. Da er den åpen, nysgjerrig og selvkritisk, den holder fag og forretning fra hverandre, og den visker ut skolegrensene til fordel for integrasjon og reelle skillelinjer. (Falkum et al., 2015, s. 318.)

Vi skal likevel la dette poenget ligge i denne omgangen. Uavhengig av om forskningen skjer i eller utenfor denne dynamikken, må vi spørre oss om tilfanget av nye skoler som CFT, DBT, MBT og EFT medfører en *reell faglig utvikling*.

Gullestad (2015) er på linje med Falkum og kolleger (2015) når hun påpeker at utviklingen ikke sjelden dreier seg om «gammel vin på nye flasker». Jeg vet at det kan føre galt av sted å trekke metaforer for langt, men kan ikke dy meg her. Av og til trenger vinen dekantering. Ja, kanskje blir den til og med bedre hvis vi heller den over på en ny flaske. Som det står om dekantering av vin på nettet:

TEKST

Hanne Weie Oddli
Psykologisk institutt,
Universitetet i Oslo

KONTAKT

hanne.oddli
@psykologi.uio.no

ILLUSTRASJON

Åshild Irgens



Det er i første rekke to grunner til at vi dekanterer vin. Vi får vekk bunnfallet som har samlet seg på flasken under lagringen. I tillegg tilføres luft, og det kan ha stor innvirkning på smaken, som oftest med positivt fortegn. (www.vinlegging.net)

Spørsmålet vi kan stille oss, er altså om det ved nyutvikling av teori tilføres noe nytt som faktisk er av verdi – som faktisk vil fremme effekten av behandlingen – eller om det «bare» er et nytt, tidsriktig språk. Hvis det siste er riktig, må vi spørre oss om det nye, tidsriktige språket bare er motepreget, eller om en tidsriktig språkføring i seg selv kan være endringsbevirkende. Som vi skjønner, berører dette også de helt grunnleggende erkjennelsesteoretiske spørsmålene om hvorvidt språk er virkelighet, eller bare manifestasjoner av eller uttrykk for noe mer substansielt.

ENDRET TIDSÅND - REDUSERT EFFEKT

En ny studie av Johnsen og Friberg (2015), som ble gjengitt i kortform i Psykologtidsskriftets august-utgave, kan si oss noe om dette. Deres meta-analyse av effekten av alle tilgjengelige studier av kognitiv atferdsterapi (KAT) siden 1977 og fram til i dag viser at effekten av KAT har avtatt. Selv om effekten fortsatt er god, har den falt med rundt 50 prosent (Johnsen & Friberg, 2015). Forfatterne selv har ingen gode forklaringer på dette, men nevner som en av flere muligheter at modellen vekket mer entusiasme, håp og optimisme da den var ny; ikke bare hos terapeutene, men også hos klientene. Og i begge tilfeller som følge av all den positive omtalen modellen har vært til del. Dette er en variant av det vi kjenner som *allegiance*-effekten (sterk tiltro hos deltakerne øker effekten av behandlingen). Når så videre forskning ikke har klart å belegge at KAT er overlegen andre modeller, tenker artikkelforfatterne seg at effekten avtar med årene.

Jeg stiller meg spørrende til om befolkningen generelt er så godt orientert om psykoterapiforskningen at de har fanget opp den manglende komparative effekten terapimodellene imellom. Likevel tror jeg økende psykologisk kunnskap i befolkningen kan være en god forklaring. Når kognitiv terapi får mye omtale, lærer folk seg kanskje såpass mye om denne tankegangen at effekten av metoden *i terapi* ikke vil bli så stor. Klientene blir ikke så fascinert, er ikke så lett påvirkelige, de har hørt det før. Det kan godt være at tankegodset i seg selv fortsatt har effekt, men klienter ønsker seg noe mer og noe annet enn det de allerede har lest om og kanskje forsøkt selv. Fra psykoterapiforskningen vet vi at terapien må vekke motivasjon, engasjement og håp. Terapien må tilføre noe nytt som kan løse opp det fastlåste og gi nye, rammebrytende perspektiver. Når terapeuten sier det samme som klienten allerede har fått med seg fra aviser, blogger, ukeblad, venner og familie, kan metodene miste noe av sin terapeutiske kraft.

Jeg lurer på om det KAT-studien forteller oss, handler om betydningen av å henge med i tiden. Det kan hende at KAT i sin rene, opprinnelige form oppleves, om ikke utdatert, så i hvert fall hverdagslig, ordinært, allment. Kanskje folk heller foretrekker tidsriktig mindfulness framfor subtilt oppdragende, rasjonelt begrunnede tankevekkere. Nyutviklinger med forkortelser som CFT, DBT og ACT tilfører muligens helt nødvendige nyanseringer i både problemforståelse og utvikling av tilnæringsmåter. Disse videreutviklede teoriene bringer inn ny forskning med nye intervensjoner, samtidig som gamle, velkjente teoretiske poenger og fenomener, for eksempel tilknytningsforståelse, fortsatt videreføres. Alt – nytt som gammelt – settes inn i et nytt, større og mer komplekst bilde, slik teori alltid

utvikler seg. Vi skal ikke utelukke at disse nyere modellene faktisk er mer effektive enn de gamle.

Når vi ikke merker noen bedring i effekt, kan dette være fordi alle de tradisjonelle, store skollene (bona fide-retningene) utvikler seg noenlunde samtidig og i takt med tidsånden. Hvis alle utvikler seg i samme takt, kan dette forklare vanskene med å påvise noen komparativ effekt. Alle modellene får til enhver tid omtrent like bra resultater, for alle henger med i den rådende tidsånden og treffer dermed folket. Det er for eksempel slående at fokus på følelser, tilknytning og nevropsykologi er gjengangere i utallige varianter av nyere terapiteori for tiden, mens det for tjuve år siden var et sterkt fokus på de språklige aspektene ved terapi (med vekt på narrativer, diskurs og kommunikasjon). Vi kan spørre oss om dette gjenspeiler en tendens i kulturen, og jeg er spent på hva som blir det neste.

Et mer erkjennelsesfilosofisk spørsmål er om den eventuelle bedringen som følger av nyutvikling, kan forstås som en *substansiell* bedring av metodene – det vil si at de blir stadig mer nyanserte og treffsikre, og ville virket bedre også på 50-tallet – eller om effekten av nye metoder best kan forstås som en nødvendig tilpasning til den *rådende diskursen* i kulturen. Her vil ulike teoretikere ha ulike tilnæringer avhengig av epistemologisk utgangspunkt. Hvis vi går empirisk til verks, møter imidlertid antakelsen om substansiell bedring grunnleggende utfordringer.

SUBSTANSIELL ENDRING?

Antakelsen om en substansiell bedring av psykoterapimetodene over tid lar seg vanskelig belegge empirisk. Problemet er for det første at det ikke er helt enkelt å undersøke eventuelle endringer i effekt opp gjennom historien. Mens KAT-tradisjonen har en lang forskningstradisjon, finner vi langt mindre relevant forskning innenfor de andre tradisjonene lenger bakover i tid. Dessuten har forskningsmetodene utviklet seg såpass mye i de siste tiårene at det vil være vanskelig å avdekke endringer som ikke like gjerne kan skyldes endret forskningsdesign og -metode. Johnsen og Fribergs (2015) studie viser at en slik strategi kan lykkes, men det var innenfor KAT-tradisjonen, der forskningsaktiviteten har vært høy lenge.

Et annet problem med å argumentere for en substansiell bedring av terapimetodene er vanskene med å påvise effekt av *spesifikke intervensjoner* i psykoterapi. Meta-analyser av kon-

trollerte studier der nye teknikker tas inn i en allerede eksisterende modell, viser generelt liten eller ingen forskjell mellom den opprinnelige og den nye varianten av terapiformen (Ahn & Wampold, 2001; Bell, Marcus & Goodlad, 2013). Disse funnene er i tråd med det gjennomgående funnet i psykoterapiforskningen: Spesifikke modeller og teorispesifikke teknikker forklarer forsvinnende lite av effekten av psykoterapi (Lambert, 2013; Wampold & Imel, 2015). Fellesfaktorer som trekk ved klienten selv, terapeutens bidrag, alliansen og andre pan-teoretiske endringsprinsipper forklarer langt mer. Hvordan kan vi da forklare teoriens og teknikkers rolle, og hvordan kan vi overhodet argumentere for betydningen av å utvikle terapi-teori?

Her berører vi spørsmålet om det komplekse forholdet mellom teorispesifikke teknikker og de pan-teoretiske fellesfaktorene. Dette forholdet er lettere å forklare hvis vi legger et kontekstuellt perspektiv til grunn.

EN KONTEKSTUELL FORSTÅELSE

En kontekstuell forståelse av psykoterapi har særlig vært formidlet av Bruce Wampold (Wampold, 2001; Wampold & Imel, 2015). Perspektivet gjenspeiler en solid, langvarig tradisjon innenfor psykoterapiforskningsfeltet – fellesfaktor-tradisjonen – der hovedvekten har ligget på å studere et bredere bilde av effekten av psykoterapi enn den som kan tilskrives spesifikke metoder og teori. En av de tidlige talspersonene for fellesfaktormodellen og betydningen av en kontekstuell forståelse var Jerome Frank. I klassikeren *Persuasion & healing. A comparative study of psychotherapy* argumenterte han for at det virksomme i all terapi, og det uavhengig av teoretisk skole, ligger i retorikken (Frank, 1961; Frank & Frank, 1991). En effektiv terapeutisk retorikk involverer en overbevisende rasjonale/myte, et ritual og en emosjonelt befordrende relasjon. God terapi kopler seg til kulturelle myter om hva som fremmer bedring, og tilbyr kulturelt tilpassede ritualer/teknikker for endring. Slik forstått vil teorier og teknikker inngå som en vesentlig del av *den terapeutiske retorikken*. Effekten av teoriene og teknikkene vil avhenge av den retoriske kraften i formidlingen – det vil si om terapeuten evner å tilpasse seg klientens kulturelle verdier og meningssystem, og sammen med klienten etablere et samarbeid om ritualene de skal igjennom. Teknikkene og teoriene *i seg selv* er mindre viktige enn terapeutens

bidrag til et meningsfullt, engasjerende og emosjonelt befordrende samarbeid, der teknikkene og rasjonalen for dem oppleves som relevante for klienten. Dette har solid støtte i psykoterapiforskningslitteraturen gjennom flere tiår (f.eks. Lambert, 2013; Norcross, 2011; Wampold & Imel, 2015). Som vi skjønner, spiller teori og teknikk en mer indirekte rolle for effekten av terapi, og det er derfor behov for en konseptuell avklaring av forholdet mellom teknikk, teori og fellesfaktorer.

ULIKE ABSTRAKSJONSNIVÅER

Ved siden av fellesfaktorer som terapeuten og klienten selv, har vi de pan-teoretiske prinsippene; endringsstrategier som virker på tvers av de spesifikke teoriene. Disse rommer for eksempel alliansefremmende strategier, forventninger om at behandlingen skal virke, motivasjon og korrektive erfaringer (Goldfried, 1980; 2009). Forholdet mellom prinsippene/strategiene og de teorispesifikke teknikkene kan vi forklare som et konseptuelt avhengighetsforhold, og de befinner seg på hvert sitt abstraksjonsnivå. Teknikkene er de konkrete intervensjonene vi ser i terapirommet – de opererer på det laveste abstraksjonsnivået og er *deskriptive*. Eksemplene på teknikker er nærmeste uendelig, og omfatter intervensjoner som eksponeringsøvelser, stolarbeid, pusteøvelser og samtaler om relasjonen. De ulike terapimodellene vil tilby teknikker som er i tråd med modellenes teoretiske rasjonale.

Mens de teorispesifikke teknikkene er deskriptive, kan de pan-teoretiske endringsprinsippene si oss noe om hva som *bør* ha skjedd i terapien. Endringsprinsippene er empirisk belagt, og ligger på et abstraksjonsnivå over de deskriptive teknikkene (Goldfried, 2009). Det som blir et vesentlig poeng, er at ulike teorispesifikke teknikker kan fremme de *samme* effektive prinsippene. Hvorvidt de ulike teknikkene fremmer effekt, vil blant annet avhenge av terapeutenes fleksible, fintfølede, treffsikre timing – hans eller hennes *responsivitet*, det vil si evne til å la seg justere og påvirke prosessuelt i samhandlingen (se f.eks. Hilsenroth, Cromer & Ackerman, 2012; Stiles, Honos-Webb & Surko, 1989; Wampold, 2014). Terapeutenes evner og ferdigheter i å invitere klienten inn i et endringsarbeid som oppfattes *relevant*, der klienten får utvidet sin problemforståelse på en opplevd nyttig og passende måte der problemforståelsen *treffer*, vil være av stor betydning (Oddli & Kjøs, 2013).



Vi må jobbe i og gjennom det konkrete – det vil si de spesifikke teknikkene



Teknikkene får altså sin effekt i den uunnværlige konteksten av terapeut, klient og allianse – og bare gjennom denne konteksten kan teknikken virke (Nissen-Lie, Oddli & Wampold, 2013; Oddli & Kjøs, 2013). Som også Gullestad (2015) foreslår, virker fellesfaktoren *gjennom* den spesifikke faktoren – fellesfaktoren er bygget opp av blant annet dette spesifikke. Vi må jobbe *i og gjennom* det konkrete – det vil si de spesifikke teknikkene – vi kan ikke jobbe i det abstraherte landskapet, selv om det likevel er her effekten kan påvises. Både teoriene og de teorispesifikke teknikkene er altså uunnværlige, selv om vi ikke finner direkte empirisk støtte for effekten av dem.

JA TIL DEKANTERING

Da er vi tilbake ved spørsmålet om nyere utforminger av de opprinnelige, gode, anerkjente teoriene kan bidra med noe av betydning. Som terapilærer og veileder slår det meg jo at vi stadig faller tilbake på de mer tradisjonelle, pan-teoretiske momentene når vi ser på videoer i opplæring og veiledning: Utfordret du litt tidlig her? Var hun klar? Deler dere forståelsen av hva det er hun faktisk sliter med? Slike spørsmål vil være aktuelle uansett hvilken terapiform vi arbeider innenfor, nå som før. Men igjen, selv om dette er tradisjonelle, gode spørsmål som har vært vesentlige i all terapi til alle tider, kan det være at de nyere variantene av terapimodellene tilbyr forståelser

og intervensjoner som oppleves mer nyanserte, tidsriktige og overbevisende for både klienten og terapeuten. I så fall vil bruken av dem fremme effekten av behandlingen ytterligere, eller i det minste *oppretholde* den gode effekten terapi har vist seg å ha opp gjennom historien.

Hvis vi godtar resonnementet om at tilpassninger til tidsånden er nødvendig for at effekten av terapi skal opprettholdes, må vi ikke bremse nyutviklingen, men bejae den. Vi må fortsette å flytte elementene rundt, hente fram gammelt fra klassikerne, samtidig som vi tilfører det nye og dagsaktuelle for å opprettholde teoriens relevans for stadig nye brukere. Substansiell endring, det vil si at de nye intervensjonene virker bedre enn de gamle, er det, som vi har sett, vanskelig å finne empirisk støtte for. Legger vi en kontekstuell forståelse av terapi til grunn, ser det imidlertid ut til at utviklingen kan være verdt bryet. ✕

REFERANSER

- Ahn, H. & Wampold, B. E. (2001). Where oh where are the specific ingredients? A meta-analysis of component studies in counseling and psychotherapy. *Journal of Counseling Psychology, 48*, 251–257.
- American Psychological Association (2012). *Recognition of Psychotherapy Effectiveness*. HYPERLINK «<http://www.apa.org/about/policy/resolution-psychotherapy.aspx>» <http://www.apa.org/about/policy/resolution-psychotherapy.aspx>
- Bell, E. C., Marcus, D. K. & Goodlad, J. K. (2013). Are the parts as good as the whole? A meta-analysis of component treatment studies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 81*, 722–736. Doi: 10.1037/a0033004
- Falkum, E., Olavesen, B., & Hytten, K. (2015). Problemet med mangfoldet av psykoterapeutiske skoler. *Tidsskrift for Norsk psykologforening, 52*, s. 314–320.
- Frank, J. D. (1961). *Persuasion and healing: A comparative study of psychotherapy*. Baltimore, MD: Johns Hopkins University Press.
- Frank, J. D. & Frank, J. B. (1991). *Persuasion and healing: A comparative study of psychotherapy, third edition*. Baltimore, MD: Johns Hopkins University Press.
- Goldfried, M. R. (1980). Toward the delineation of therapeutic change principles. *American Psychologist, 35*, 991–999.
- Goldfried, M. R. (2009). Searching for therapy change principles: Are we there yet? *Applied and Preventive Psychology, 13*, 32–34.
- Gullestad, S. E. (2015). Er fellesfaktorer alternativet? *Tidsskrift for Norsk psykologforening, 52*, s. 904–906.
- Hilsenroth, M. J., Cromer, T. D. & Ackerman, S. J. (2012). How to make practical use of alliance research in your clinical work. I R.A. Levy et al. (red.), *Psychodynamic Psychotherapy Research: Evidence-Based Practice 361 and Practice-Based Evidence*, Current Clinical Psychiatry, DOI 10.1007/978-1-60761-792-1_22
- Johnsen, T. J. & Friborg, O. (2015). Terapeutisk effekt avtar. *Tidsskrift for Norsk psykologforening, 52*, s. 655–657.
- Johnsen, T. J. & Friborg, O. (2015). The effects of cognitive behavioral therapy as an anti-depressive treatment is falling: A meta-analysis. *Psychological Bulletin, 141*, 747–768.
- Karterud, S. & Skårderud, F. (2015). Merkelig angrep på mentaliseringsbasert terapi. *Tidsskrift for Norsk psykologforening, 52*, s. 438–440.
- Lambert, M. J. (2013). The efficacy and effectiveness of psychotherapy. I M. J. Lambert (red.), *Bergin and Garfield's Handbook of psychotherapy and behavior change, sixth edition*, (s. 169–218). Hoboken, New Jersey: Wiley.
- Nissen-Lie, H., Oddli, H. W. & Wampold, B. E. (2013). Fellesfaktordebatt på ville veier. *Tidsskrift for Norsk psykologforening, 50*, 489–591.
- Norcross, J. C. (2011). *Psychotherapy relationships that work. Evidence-based responsiveness, second edition*. New York: Oxford University press.
- Oddli, H. W. & Kjøs, P. (2013). Å gjøre endring relevant – alliansen som knutepunkt. I K. Benum, E. D. Axelsen, & E. Hartmann (red.), *God psykoterapi. Et integrativt perspektiv* (s. 194–215). Oslo: Pax.
- Stiles, W. B., Honos-Webb, L. & Surko, M. (1998). Responsiveness in psychotherapy. *Clinical Psychology: Science and Practice, 5*, 439–458.
- Wampold, B. E. (2001). *The great psychotherapy debate. Models, methods, and findings*. Mahwah, New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.
- Wampold, B. E. (2014). The contribution of the therapist to psychotherapy. Characteristics and actions of effective therapists. I A. L. von der Lippe, H. A. Nissen-Lie, og H. W. Oddli (red.), *Psyko-terapeuten. En antologi om terapeutens rolle i psykoterapi* (s. 51–67). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Wampold, B. E., & Imel, Z. E. (2015). *The great psychotherapy debate. The evidence for what makes psychotherapy work, second edition*. New York: Routledge.

Praksiskrav i voksenpsykologi

Spesialistreglementet skal fremdeles sikre fokus på psykisk lidelse.

HVILKEN DØGNPRAKSIS kan godkjennes for å bli spesialist i voksenpsykologi? Spørsmålet har vært diskutert i psykologforeningens organer. I novemberutgaven av Psykologtidsskriftet redegjør det avgåtte spesialistutvalget i voksenpsykologi for sitt syn.

Denne diskusjonen kan sies å dreie seg mye om hvordan vi forstår kravet fra spesialistreglementet om at «praksisen må være innen psykisk helsevern.» Psykisk helsevern er definert slik i lovverket: «Med psykisk helsevern menes spesialisthelsetjenestens undersøkelse og behandling av mennesker på grunn av psykisk lidelse, samt den pleie og omsorg dette krever.» (Phvl. §1–2, første ledd). Lovens definisjon referer dermed til oppgaver og innhold i spesialisthelsetjenesten. Samtidig bruker vi gjerne psykisk helsevern om de tjenestesteder som driver under psykisk helsevernloven, eller om tjenesteområdet psykisk helsevern som dreier seg om økonomi og rapportering. Disse bruksmåtene er ikke alltid sammenfallende.

Psykisk helsevern kan avgrensnes av de tjenestesteder som drives under psykisk helsevernloven. Dette lovverket ivaretar grunnleggende rammer for virksomheten, særlig vedrørende tvangsbehandling. Viktig for spesialistutdanningen er at loven også stiller krav om tilstedeværelse av spesialist i klinisk voksenpsykologi og psykiater. Denne tilstedeværelsen sikrer at praksiskandidaten har tilgang på relevante rollemodeller og kompetanse.

Samtidig er psykisk helsevern et tjenesteområde som omfattes av sykehusenes rapporteringsplikt overfor de regionale helseforetakene. Men det er ikke slik at alle tjenestesteder innenfor lovverket om psykisk helsevern også er innenfor *tjenesteområdet* psykisk helsevern. Noen drives under psykisk helsevernloven, men rapporterer aktivitet til, og får finansiering fra, tverrfaglig spesialisert behandling av rusmiddelproblemer (TSB). I noen av disse enhetene (de som fokuserer på dobbeltdiag-

nose) er det en hovedoppgave for psykologene å utrede og behandle psykiske lidelser: Man jobber med pasienter med ruslidelse, men psykologens hovedoppgave er å utrede og behandle den psykiske lidelsen. Bør slike tjenestesteder godkjennes som praksissted?

Det avgåtte voksenutvalget argumenterte for at slike tjenestesteder ikke under noen omstendigheter bør kunne godkjennes. Sentralstyret har landet på at slike tjenestesteder kan godkjennes. Bakgrunnen for denne beslutningen dreier seg om økt vekt på vurdering av arbeidsoppgaver i praksis til spesialistutdanning, og at psykologforeningen ikke har et breddekriterium i vurdering av døgnp praksis.

I sin gjennomgang av spesialistutdanningen har Helsedirektoratet lagt større vekt på hvilke oppgaver kandidatene utfører i sin praksis, og mindre vekt på tilstedeværelse i en bestemt setting.

Slik også for psykologforeningen, det viktigste er oppgavene praksiskandidatene utfører, ikke hvor de utføres. Ett eksempel vil være praksis til valgfritt program i systembasert arbeid med familier. Her er det ikke krav til tjenestetid i familievernet, men krav til at man har utført konkrete arbeidsoppgaver.

For poliklinisk praksis er kravet for godkjent praksis at pasientgruppen ikke skal være selektert, et såkalt «breddekriterium». I all hovedsak vil det som kalles allmennpoliklinikker være det som godkjennes nå. For døgnp praksis er det annerledes. Her godkjennes for eksempel spesialenheter med svært selekterte grupper og behandlingsformer som regionale avdelinger for spiseforstyrrelser, regionale sikkerhetsavdelinger osv.

Det er vanskelig å se at praksissteder, underlagt psykisk helsevernloven og med hovedfokus på psykiske lidelse for pasienter som også har en ruslidelse, skulle gi dårligere oppfyllelse av praksismålene for døgnp enn andre spesialiserte enheter, selv om de får sin finansiering fra og rapporterer aktivitetstall til TSB. ✕



BIRGIT AANDERAA,
Visepresident i Norsk
psykologforening

**SPECIALIST-
UTDANNINGEN**



Det viktigste er oppgavene praksiskandidatene utfører, ikke hvor de utføres



TRYGT BEGREP Begrepet «atferdsvansker» gir ingen svar på hvorfor, og få hint om hvordan vi kan hjelpe, skriver Stjernen Tisløv. Men begrepet skader ikke barna og ungdommen, mener hun.
Foto: leroys/Pixabay

Ikke noe galt med «atferdsvansker»

Begrepet «atferdsvansker» blir beskyldt for å være stigmatiserende, men det er gode grunner til at mange fagfolk bruker det.



INGVILD STJERNEN TISLØV
Leder MST Lillestrøm,
Bufetat Region Øst

**BEGREPS-
FORSTÅELSE**

I STUDIETIDA HADDE vi en foreleser som mente at begrepet atferdsvansker impliserte en form for skyldfordeling, der årsaken til problemene ble lagt i barnet. Jeg husker jeg stusset over denne påstanden, for det var ikke intuitivt for meg hvordan en deskriptiv term kunne si noe om årsak. Videre, fremholdt foreleseren, hadde behandlere som benyttet begrepet atferdsvansker, kun fokus på å kontrollere dårlig oppførsel og var lite opptatt av barnets oppvekst og relasjonserfaringer. Det var skremmende nytt for en ung psykolog, og jeg var helt på det rene med at jeg aldri skulle

sette min fot i den leiren der. Tre år senere jobbet jeg døgnet rundt med «atferdsungdom», og foreleserens påstander bleknet raskt i møte med realitetene.

IKKE SKADELIG

Jeg hører imidlertid stadig fagfolk si at atferdsbegrepet er til hinder for helhetlig behandling av ungdom som sliter, og denne høsten har Barnevernsproffene foreslått å fjerne uttrykket «atferd» fra barnevernsloven. Deres erfaring er at barn og unge som mottar hjelpetiltak fra barnevernet, opplever det som stigmatiserende

og fremmedgjørende. Kanskje er tiden moden for å endre språket? Hver gang denne debatten trekkes i gang, slår det meg hvor ulikt vi forstår og vektlegger dette ene ordet. Og jeg undres på om det er mulig å formidle noe som gjør flere litt tryggere på det jeg er sikker på, nemlig at begrepet «atferdsvansker» ikke skader dem vi skal hjelpe.

I MST er målgruppa familier med ungdom som har atferdsvansker. Ungdommene jeg har truffet, er like forskjellige som de fleste andre mennesker, til tross for at de møter kriteriene våre. Om du var flue på veggen i veiledningstimene, eller lyttet til samtalene vi har med familiene, ville du kanskje undre deg over hvor lite vi forklarer det vi ser, med atferdsvansker. Og hvor mye vi prøver å finne ut av hva nettopp dette handler om, hvordan vi kan forstå det, og på hvilke måter vi best kan hjelpe. For oss er «atferdsvansker» bare en måte å beskrive oppførsel på, og i vår sammenheng betyr det ungdom som takler problemene sine på en måte som er til skade for dem selv eller andre: Som den ressurssterke 17-åringen med den forløsende galgenhumoren – barrikadert på et mørkt rom, bak tunge gardiner med en PS4 mens klassekameratene forberedte russefeiring. Eller hun med det harde, brune blikket hvor fosterforeldrene tilbrakte timer i bilen for å speide etter henne. Iblant fant de henne sittende med knærne under haka, sammenkrøpet på et svaberg ned mot vannet. Verdens mest ensomme barn.

DESTRUKTIV AGGRESJON

Ungdommen bak henvisningen har alle sin måte å kommunisere til oss rundt at noe er galt. Etter som vi blir bedre kjent, er det en sterk indre logikk i hvordan de oppfører seg. Det er ofte ut fra de små detaljene vi forstår. Når de brune øynene hvisker at hun er et uønsket barn. At fosterfamilien bare holder ut fordi de får betalt. Det er når moren sier med en sår forundring i stemmen at sønnen aldri har blitt invitert i en bursdag. Han er 14 år. Ikke en eneste gang. Brikkene faller på plass når utredningen viser en språkforstyrrelse som har gjort det nesten umulig å følge med på skolen. Overgrepet i garderoben etter en gymtime i femteklasse – noe ble aldri det samme igjen.

Ungdom med atferdsvansker er ikke det samme som sinna ungdommer. Sinne er en nyttig følelse – den gir energi, klare grenser og selvhverdelse. Men når aggresjonen kommer til uttrykk i kriminalitet, vold og trusler, selvskadning, rus, skulk eller seksuell risikofølelse, da er det ikke lenger konstruktivt. Da er det ikke snakk om sunt, ungdommelig opprør. Det betyr ikke at følelsene er uberettiget. Eller at fortvilelsen ikke er ekte. Vi skal ikke kalle det atferdsvansker for å slippe å forholde oss til ungdommer som lager uro. Heller ikke for å true dem til taushet. Det vi skal, er å finne et bedre uttrykk, en måte å formidle det vanskelige på uten å ødelegge mer av egne muligheter. Og vi skal hjelpe omsorgspersonene til å tolke og tåle ungdommens skremmende språk. Romme også de krevende følelsene, og skape gode rammer for positiv utvikling.

For meg, i min jobb, er atferdsvansker et nyttig begrep. Det beskriver en type skadelig oppførsel vi har klinisk og vitenskapelig belegg for at vi kan behandle, med gode resultater. Men ordet i seg selv gir ingen svar på hvorfor, og få hint om hvordan vi kan hjelpe. «Atferdsvansker» er ingen trylleformular med kraft til å forklare årsak, fordele skyld eller diktere verken behandlingsforløp eller intervensjoner. Det spiller ingen rolle hva vi kaller det, det er jobben vi gjør, som teller. ✕

Debattert

Helsepolitikk

Den gylne regel Jeg er glad for at den gylne regel, i stort, ble oppfylt for rusbehandling i fjor. Men regelen ble ikke ble tilstrekkelig oppfylt innen psykisk helsevern – verken for kostnader eller ventetider. Det er jeg ikke fornøyd med. Derfor viderefører den gylne regel også i 2016, og jeg forventer bedre resultater.

Bent Høie i Sykehustalen, regjeringen.no, 12. januar

Ingen kompensasjon Reduksjonen i antallet heldøgns plasser i spesialisthelsetjenesten har imidlertid ikke blitt kompensert med en tilsvarende styrking av tilbudet i kommunene. Nesten 70 prosent av kommunene har i liten grad økt antallet årsverk på rus- og psykiatriområdet.

Fra Riksrevisjonens undersøkelse av ressursutnyttelse og kvalitet i helsetjenesten etter innføringen av samhandlingsreformen, lansert 12. januar

Ingen styrking Et flertall av kommunene har hverken økt sin kapasitet eller styrket den faglige kompetansen i tilnærmet tilstrekkelig grad. Dette til tross for at pasientene som mottas, jevnt over har større behandlingsbehov enn tidligere.

Leder Harstad Tidende, 14. januar

Ingen debatt Helseminister Bent Høie mener for øvrig at han har svart på mange av de utfordringene Riksrevisjonen trekker frem (...) I Stortinget betraktes svarene som såpass gode at regjeringen og Høie kan ta Riksrevisjonskritikken med stor ro. Det er ingen partier som mener at utviklingen går i gal retning, eller som vil ha radikalt andre løsninger enn regjeringen.

Aslak Bonde i Morgenbladet 15. januar

Krass beskjed Kommunene er ikke flinke nok til å følge opp pasientene i tråd med samhandlingsreformen. Dette er den krasse beskjeden fra Riksrevisjonen.

Leder i Arbeidets rett, 18. januar

Politikk heller enn mennesker?

Krister Fjermestad gir i desemberutgaven av Psykologtidsskriftet utrolig nok konferanseledelsen i Jerusalem og dem som vil ha dialog mellom jøder og arabere, skylden for Israels okkupasjonspolitikk.



RAGNAR KVÆRNESS

Psykolog og
avtalespesialist med
Helseforetaket

BOIKOTT

FJERMESTAD SKRIVER I desembernummeret om kvalene sine etter at han deltok på den europeiske konferansen for kognitiv adferdsterapi i Jerusalem. Inntrykk under oppholdet (og etterpå) fikk ham til å mene at han burde holdt seg hjemme.

I likhet med Fjermestad («Kan kunnskap bygge fred?» TNPF, 12/15) deltok jeg på den 45. Europeiske konferansen for kognitiv adferdsterapi i Jerusalem. Som ham var jeg også på workshopen «Building Peace through Knowledge». Men i motsetning til Fjermestad ble jeg imponert, og berørt, av det jeg hørte om: oppbygging og drift av «The Mediation Group» (TMG), et nettverk for helse- og sosialarbeidere, pedagoger og jurister, som siden 1985 har brukt faget sitt for å fremme at mennesker fra alle sider av konflikten kan møtes, snakke sammen og forsøke å forstå litt mer av hverandres liv og tenkemåte.

I norsk politikk er «dialog» blitt en blanding av intetsigende klisjé og strategi for å unngå å snakke om ubehagelige tema. I Israel/Palestina er det motsatt. Å gå i reell dialog med «fienden» i den delen av verden har en stor potensiell kostnad; at man selv blir sett på som en fiende – av sine «egne». Talerne fra TMG hadde sterke historier om akkurat det. Og kollegaen min og jeg fikk et skremmende møte med dette under en rusletur i det hovedsakelig palestinske Øst-Jerusalem: En palestiner fortalte oss at hvis en araber i dette nabolaget solgte leiligheten sin til en jøde, måtte han umiddelbart flykte fra området for å ikke bli drept av «sine egne». Palestineren fortalte ikke dette som en illustrasjon på konfliktens menneskelige kostnader, men for å gjøre det klart hvordan pales-

tinerne behandler «forrædere». Han så seg, og alle palestinerne, i krig med Israel.

I dødsdansen mellom Israel og Palestina finnes det lite annet håp enn det modige mennesker blant jøder og arabere i organisasjoner som TMG representerer.

Som Fjermestad skriver, uteble to av dem som skulle deltatt i TMG-panelet. De kom ikke gjennom den israelske sikkerhetskontrollen utenfor Jerusalem. Altså en direkte demonstrasjon av akkurat det problemet TMG forsøker å bidra til å løse. To norske deltagere på workshopen så det ikke slik: De tok ordet, fortalte om egne kvaler med å dra på konferansen, at de egentlig hadde overveiet boikott, og at det som nå hadde skjedd, viste at de burde ha latt være å komme. I tillegg lurte de på om workshop-panelet fra TMG hadde tenkt på at de kunne bli «usefull idiots for the government».

Jeg vet ikke om Fjermestad var en av de to som på denne måten valgte å gjøre TMG-panelet ansvarlig for israelsk okkupasjonspolitikk. Men han skriver om hvordan han selv har «etterforsket» uteblivelsen av de to palestinerne, og at han langt på vei gjør konferanseledelsen ansvarlig for at de to ikke nådde frem til workshopen. Han er også bekymret for at deltagelsen hans på konferansen i Jerusalem kan «bli politisk brukt i legitimeringen av Israels fortsatte okkupasjon av palestinske områder». For Fjermestad er altså boikott svaret – også av det akademiske Israel, og av dem som vil snakke med «fiendene» sine.

Kanskje treffer konferanseledelsen godt i en av e-postene de sendte til Fjermestad, og som han siterer i desembernummeret: «You are clearly more interested in politics than in people.» ❌

Underkommunisert sammenheng

Det er en sterk statistisk sammenheng mellom fattigdom og rusproblemer.

SJEFREDAKTØR BJØRNAR OLSEN minnet oss i januarutgaven av Psykologtidsskriftet om sammenhengen mellom fattigdom og helseproblemer. Sammenhengen mellom sosial klasse og psykisk helse er godt dokumentert, hvis man tar utgangspunkt i Norge eller andre demokratiske land uten krig og sult. Man kan argumentere for at mental sykdom forårsaker et fall i sosial klasse (Drift hypothesis), eller at lav sosial klasse bidrar til utviklingen av mental sykdom (Social causation thesis). Psykososiale belastninger samvirker med psykiske lidelser, skriver Ole Sigvard Lunnan i sitt debattinnlegg «Diagnosens fattige kusine» i januarutgaven av tidskriftet. Han skriver videre: «Det er ikke primært svak økonomi i seg selv som gir økt risiko, men faktorer som forekommer hyppigere i familier med svak økonomi.» Jeg vil påstå at rusmisbruk er en av disse faktorene som gir økt risiko for fattigdom og helseproblemer. Et glimrende debattinnlegg (Aftenposten 23/12–2015) av Sturla Haugsgjerd og Martin Gedde-Dahl med tittelen «Rus rammer ikke blindt» gir gode argumenter for dette. De viser til en nasjonal kartlegging fra 2008 som anslo at 60 % av de 6091 bostedsløse i Norge hadde et rusproblem i tillegg til boligproblemer (1). I 2005 var 71 % av de bostedsløse anslått å være rusavhengige. Videre viste de en sterk overlapp mellom rusproblemer og psykiatriske diagnoser (2) samt hvordan traumer i barndommen mangedobler sjansen for rusproblemer, i tillegg til fysisk og psykisk sykdom (3).

Fattigdom, helse- og rusproblemer påvirker hverandre negativt. Personer som sliter med problemer fra en av kategoriene, har langt høyere sjanse for også å ha, eller få, problemer innenfor en av de andre kategoriene. Det er en sterk statistisk sammenheng mellom fattigdom og rusproblemer (4). Man blir ikke rusavhengig fordi man er fattig, men fattigdom svekker de beskyttende faktorene samtidig som risikofaktorene øker for både rusavhengighet og helseproblemer (5). Dette er overlappende med Ole Sigvard Lunnans poeng. En internasjonal oppsummeringsstudie (6) viste at flertallet av

unge voksne som søker profesjonell hjelp for sin rusavhengighet, har en eller flere psykiatriske diagnoser i tillegg til rusavhengighet. Dette bekreftes i et svensk studie som fant at 90 % av jentene og 81 % av guttene hadde minst én psykiatrisk diagnose i tillegg til rusavhengigheten de søkte hjelp for. I gjennomsnitt slet disse unge rusavhengige med tre tilleggsdiagnoser (2).

Ole Sigvard Lunnan skriver at psykososiale og individuelle faktorer samvirker i stor grad, noe som gjør det nødvendig å dokumentere de livssituasjonene diagnosene kan ha oppstått fra. Den kliniske implikasjonen er at psykologisk utredning og behandling må ta høyde for at psykiatriske diagnoser samspiller med psykososiale faktorer. De psykososiale forholdene skal ikke bare nedtegnes i utredningsrapporter, epikriser og anamneser, psykologen må også etterstrebe en beskrivelse av hvordan de psykososiale forholdene kan ha forårsaket, forsterket eller fastholdt pasienten, i sin diagnose. Dette er viktig fordi hjelpetiltakene må rettes inn mot flest mulig av pasientens problemområder. ✕

1. Dyb, E. og Johannessen, K. (2008): Bostedsløse i Norge 2008 – en kartlegging. NIBR-rapport 2009:17 <http://www.nibr.no/filer/2009-17.pdf>
2. Hodgins, S.; Tengström, A.; Bylin, S.; Göranson, M.; Hagen, L.; Janson, M. et al. (2007): Consulting for substance abuse: Mental disorders among adolescents and their parents, *Nordic Journal of Psychiatry*, 61:5, 379–386.
3. Felitti, V.J.; Anda, R.F.; Nordenberg, D.; Williamson, D.F.; Spitz, A.M.; Edwards, V. et al. (1998): Relationship of Childhood Abuse and Household Dysfunction to Many of the Leading Causes of Death in Adults. *American Journal of Preventive Medicine*, 14(4): 245–258.
4. Shaw, A.; Egan, J. and Gillespie, M. (2007): Drugs and poverty: A literature review. A report produced by the Scottish Drugs Forum (SDF) <http://www.dldocs.stir.ac.uk/documents/drugpovertylitrev.pdf>
5. <http://iogt.no/medlem/faktabanken/rusmidler-og-fattigdom/>
6. Armstrong, T.D. and Costello, E.J. (2002): Community studies on adolescent substance use, abuse, or dependence and psychiatric comorbidity. *J Consult Clin Psychol*, 70: 1224–1239.



TEKST

Espen Walderhaug,
Psykolog og PhD.



GERD KRISTIANSEN er leder i Landsorganisasjonen i Norge (LO). Sammen med Bent Høie, Kerstin Söderström og Tor Levin Hofgaard er hun fast kronikør.

Kjedelig, men viktig

Psykologforeningens hjemmeside har ikke én fane som inneholder ordet arbeid. Hvorfor er det slik?

I 2015 LANSETE Arbeidstilsynet sammen med flere av arbeidsgiver- og arbeidstakerorganisasjonene en storstilt kampanje med navnet «Kjedelig men viktig». Små videosnutter gikk som en farsott både på YouTube og Facebook, og hensikten var å nå ut til ungdom med informasjon om rettigheter og plikter i arbeidslivet.

Kjedelig, men viktig. Navnet kunne vel ikke vært mer presist. Jeg kan nærmest høre gjespet ditt her jeg sitter, når jeg nevner rettigheter og plikter i arbeidslivet. Men siden dette er mitt første innlegg i Psykologtidsskriftet, er det viktig for meg å nevne at dette er kjernen i det vi i LO driver med. Vår hovedoppgave er å sørge for et godt arbeidsliv med rom for alle som kan og vil jobbe.

RETTIGHETER I REVERS

Mye har endret seg i arbeidslivet siden jeg var ung. På godt og vondt. Mest på godt, men det er ikke til å komme utenom at vi i LO ser at arbeidstakernes rettigheter har blitt satt kraftig i revers av den blå regjeringen.

Dette er uheldig av mange grunner. Ikke minst finnes det forskning som indikerer at endringene dagens regjering har gjort, kan føre til uhelse. Regjeringen har blant annet åpnet for økt bruk av midlertidige stillinger. Visste dere psykologer at midlertidig ansatte faktisk har større sannsynlighet for å få psykiske problemer?

FRISK OG SYK AV Å ARBEIDE

De fleste av oss tilbringer flere våkne timer på jobb enn hjemme, i ukens arbeidsdager. Likevel er arbeidsplassens betydning for vår helse undervurdert av mange. Jobben kan gjøre deg både frisk og syk, helt avhengig av arbeidsvilkårene. I «gamle dager» var det kanskje lettere å se hvilke arbeidsplasser som hadde høy risiko. Selv om vi har god kunnskap om ulike risikofaktorer i arbeidslivet i dag, er disse ukjente for mange. Kanskje er dette nettopp fordi de fremstår som usynlige? Det er lett å se at skjæremaskinen på verftet kan være farlig dersom du ikke håndterer den riktig. En smartphone som blinker og ringer til alle døgnets tider, gir ikke nødvendigvis det samme inntrykket. Men den kan også være skadelig.

Jeg møter unge mennesker som er friske og ivrige, og der arbeidskapasiteten ikke har noen grenser. Men jeg møter også mennesker som har falt ut av arbeidslivet nettopp av samme grunn. Derfor tror jeg at vi er helt avhengig av en god arbeidsmiljølov som setter grenser. Mitt engasjement for at norske arbeidstakere skal ha en god arbeidsmiljølov, er ikke bare en kamp for gode arbeidsvilkår – det er også en kamp for folks helse.

Når vi vet hvor viktig arbeidsplassen er for folks helse, blir det fristende for meg å spørre: Hvor god kunnskap har psykologer om det norske arbeidsliv? Hva kan dere om ulike risikofaktorer i forskjellige yrker? Er dere klar over betydningen av medvirkning og partssamarbeid på arbeidsplassen? Hva legger *dere* i ordet helsefremmende arbeidsplass?

SES I MORGEN!

For en stund siden ble jeg gjort kjent med Kværner Piping Technologys fantastiske opplegg innenfor arbeid og psykisk helse. Initiativet kom fra «gutta på gølv» i den mannstunge bedriften. Da det ble kjent i virksomheten at mye av sykefraværet skyldtes lettere psykiske lidelser, gikk tillitsvalgt, hovedverneombud og leder sammen om å legge en plan for hvordan de skulle ta tak i dette. Alle ansatte ble involvert i prosessen, og både ledere, tillitsvalgte og verneombud har gått Sees i morgen!-kurset til NAV. Bedriften fikk senere pris for sitt arbeid på området.

For meg er det viktig at dere som helsearbeidere vet om arbeidsplasser som Kværner Piping Technology, fordi de gjør et viktig forebyggende arbeid – et arbeid som er helsefremmende. Men uten det gode samarbeidet mellom ansatte og ledere hadde det ikke vært mulig. Hvordan tror du gutta på gølv hadde reagert om ledelsen hadde pratet på dem noe info om psykisk helse? Utfallet hadde garantert ikke vært det samme.

Selv om dagens arbeidsliv er i voldsom endring, og vi ikke har noen glasskule som viser oss fremtiden, er det én ting jeg er sikker på: Vi er fortsatt avhengig av å ha godt samarbeid mellom lederne og de ansatte på arbeidsplassen for å møte morgendagens utfordringer. Det hadde ikke vært nok om lederne på Kværner Piping hadde tatt et kurs i arbeid og psykisk

helse alene. Det er nettopp *samarbeidet* mellom lederne og de ansatte som er suksessfaktoren. Det vil det også være i fremtiden.

Dette er viktig kunnskap for dere psykologer. For gang på gang opplever vi i LO å måtte minne både helsepersonell, NAV og andre på at de tillitsvalgte er nøkkelpersoner på arbeidsplassen, og at det å trekke inn de ansattes erfaringer og synspunkter er helt nødvendig.

UUTNYTTET POTENSIAL

Vi er avhengige av en mer stødig bro mellom arbeid og helse enn vi har i dag. Vi må dra veksler på hverandres erfaringer og kunnskap, og vi må samarbeide mer. Jeg tror det er et enormt uutnyttet potensial. Gjennom arbeidet med inkluderende arbeidsliv har vi løftet kunnskapen om helseverdien av å jobbe mange hakk på arbeidsplassene. Men henger helsevesenet med?

En kikk på Psykologforeningens hjemmeside viser at det ikke finnes én fane som inneholder ordet arbeid. Hvorfor er det slik? Burde ikke psykologene gå i front for å snakke om arbeidets betydning for helse? Burde ikke arbeidets betydning for helse i det minste være en del av pensumet på psykologistudiet?

Vi i LO anser det som helt avgjørende at leger, psykologer og andre behandlere har kunnskap om hva som er helseskadelig og helsefremmende på arbeidsplassene, og hvordan arbeidsplassen kan fungere som arena for å skape god helse.

Kanskje er det ikke bare ungdommen som har behov for den kjedelige, men viktige informasjonen om rettigheter og plikter i arbeidslivet? ✕



Burde ikke psykologene gå i front for å snakke om arbeidets betydning for helse?

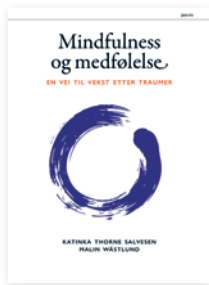
Gerd Kristiansen

Inntrykk



Mindfulness mot traumer

En god manualbasert klinisk bok om traumearbeid, med noen teoretiske og metodiske svakheter.



KATHINKA THORNE SALVESEN OG MALIN WÄSTLUND

Mindfulness og medfølelse. En vei til vekst etter traumer
Pax Forlag 2015,
270 sider

ANMELDT AV

Marianne Schløsser Møller
Psykologspesialist i klinisk barne- og ungdomspsykologi, gruppeterapeut og instruktør i oppmerksomhets-trening (OT).

Jeg har stor faglig og personlig interesse for kombinasjonen mindfulness (oppmerksomt nærvær) og medfølelse. Derfor anmeldte jeg boken til den amerikanske psykologiprofessoren Kristin Neff for et par år siden. Forfatterne bak denne boken har utdannet seg hos Neff. Boken er også en selvhjelps-bok for folk flest som vil bli bedre til å leve mer oppmerksomt nærværende og utvikle evnen til medfølelse både med seg selv og overfor andre.

Bokens første del legger vekt på traumeteori, med blant annet presentasjon av toleransevinduet og en redegjørelse for nevropsykologi og kognitive prosesser på avveier. Forfatterne beskriver av tilknytningsteori og selvutvikling gir en sår og eksistensiell fremstilling av ensomhet og uregulerte følelser. Thorne Salvesen og Wästlund er opptatt av vår iboende evne til «selvheling», som traumatiserte har fått forstyrret og trenger å gjenopprette. Oppsummeringen av resultater fra forskning på hvorfor regelmessig trening med mindfulness over tid virker positivt på oss, er noe overfladisk oppsummert og kunne med hell vært mer utdypet. En styrke med boken er språket, som er enkelt og klart, med pedagogiske repetisjoner, ofte satt i nye sammenhenger.

BEST SOM MANUAL

Den største og klart beste delen av boken er terapibehandling for traumatiserte, og består av et trenings- og kurskonsept. Dette er en omfattende og svært god manual fordi den er så terapeutisk virkelighetsnær og praktisk

god i traumesensitiv trening i mindfulness og medfølelse. Manualen er fordelt på 15 sesjoner med undervisning og øvelser, og har en tydelig struktur og rytme. De første ti undervisnings-samlingene er ment å bygge opp evnen til oppmerksomt nærvær. De siste fem gangene handler om hvordan man kan trene på medfølelse med seg selv og andre.

En annen styrke ved boken er forfatterne lange kliniske erfaring med traumearbeid. Under hver sesjonsdel presenterer de typiske og nyanserte hindringer/barrierer som kursdeltakerne kan streve med. For eksempel: «Jeg orker ikke kjenne på pusten i det hele tatt», «jeg fortjener ikke vennlighet», «det er ubehagelig å fokusere på kroppen». Forfatterne som kursledere vier spesiell oppmerksomhet til traumeforståelse bakenfor disse hindringene for læring, og noen ganger blir fokuset på aksept for stort. Jeg spør meg selv om de traumatiserte i teorien hviler for mye i denne aksepten fra terapeutene og dermed hemmer selvutvikling. Jeg savner flere kliniske vignetter for å finne svar på dette, men også for at stoffet skal levendegjøres på en mer overbevisende måte.

Øvelsene forfatterne bruker, er mange og gode. For eksempel beskrives «landingsøvelse» (pusteanker), «30 sekunders regelen», «trygt sted», «en vennlig kroppsreise» og «medfølelse med andre og seg selv». Jeg har jobbet med flere av øvelsene selv og skrev da ned eget indre arbeid som berørte og engasjerte. Spesielt en øvelse om vår indre selvkritiker var sterk

og nyttig. Dette arbeidet fungerer altså godt på ikke-traumatiserte som meg selv. Lydfilene som følger hver av øvelsene, kan lastes ned gjennom et brukervennlig applikasjonsprogram.

MINDFULNESS SOM MULIGHET

Aller siste kapittel handler blant annet om hva som forventes av oss som terapeuter i arbeidet med traumatiserte pasienter, og om inklusjons- og eksklusjonskriterier. I denne delen savnet jeg fokus på behandling av de ulike traumelidelsene og dissosiative lidelsene, som for eksempel dissosiativ identitetsforstyrrelse. Forfatterne skiller kun mellom enkel og kompleks traumeproblematikk. Det blir for mangelfullt i et ambisiøst bokprosjekt som dette.

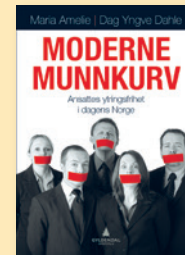
I min kliniske hverdag på DPS opplever jeg ofte en form for avmakt i møte med traumatiserte pasienter. Selvkritikk og egenfordømmelse er ofte innvevd i deres selvforståelse og beskyttelsessystem. Mange terapeutiske intervensjoner nærmest preller av, og relasjonen med terapeuter kan bli spesielt sårbar. Derfor mener jeg det er spesielt viktig å hjelpe disse menneskene varsomt inn i mindre selvforakt. Nøkkelen til selvhelbredelse ligger i å trene på og romme seg selv med varme (eller nøytralitet, i det minste) når den indre krigføringen herjer som verst. Ut fra min erfaring er oppmerksomt nærvær en viktig forutsetning for å oppøve selvmedfølelse, og denne typen klinisk arbeid gir ofte meningsfulle resultater. Forfatterne av boken formidler at vilje til og trening i å holde fast på aksept og vennlighet øker vitaliteten både for pasient og terapeut. Dette er også min erfaring. ✘

Har du lyst til å anmelde i Psykologtidsskriftet?

Send forespørsel på e-post til perolav@psykologtidsskriftet.no eller nina@psykologtidsskriftet.no.

Vi ønsker også bokessay/kulturessay som har en psykologisk tematikk og forankring.

Ferskvare



Ansatte med munnkurv

«Å kunne si hva man mener som ansatt, er ikke selvsagt. Å benytte seg av sin ytringsfrihet er langt fra

noen spøk. Særlig ikke hvis ytringene kolliderer med arbeidsgivernes krav om lojalitet.» Det skriver Gyldendal Arbeidsliv på baksiden av boka *Moderne munnkurv. Ansattes ytringsfrihet i dagens Norge*, skrevet av Maria Amelie og Dag Yngve Dahle. De har dybdeintervjuet ansatte som ytrer seg offentlig; om bakgrunnen for ytringene de kom med, om reaksjonene de møtte hos kolleger og ledelse, om det å bli oppfattet som bråkmaker og om konsekvensene det fikk. Synsvinkelen ligger altså hos den ansatte. Forfatterne presenterer også en undersøkelse blant ledere, som sammenlignes med ny forskning om ytring og varsling.



Tillit og kontroll

Målstyring, dokumentasjon og kontroll dominerer mye av dagens norske organisasjons- og arbeidsliv. Samtidig utmerker Norge

seg i internasjonale sammenligninger med et generelt høyt tillitsnivå i samfunnet, lite korrupsjon. Dette er temaer i boka *Tillit, styring, kontroll*, redigert av Hans Christian Høyer, Sjur Kasa og Bent Sofus Tranøy, utgitt på Universitetsforlaget. Forfatterne tar opp tillit og kontroll i relasjonen mellom institusjoner, mellom aktører og individer innen institusjoner, og mellom individ og institusjon.



Bendik
Kalkenborn

Har vi ham nå?

Wilfred Sagen, hovedpersonen i Johan Borgens Lillelord-trilogi fra 1955 til 1957, står som en representant for etterkrigstidens flertydige, uhåndgripelige, selvskapende menneske. Den samme individualistiske tidsånden har formet psykoterapeuten.

En sjarmør med skjulte hensikter, en som vet å oppføre seg, men som også lurert seg ut i mørket i eget ærend; en som kan blende og opplyse, føre og forføre; en som nekter å la seg definere eller innpasse, men som gjør som han vil, selv når han egentlig ikke vet så godt hva han vil – beskrivelsen kan passe like godt på psykoterapeuten som på Lillelord. Hvordan skal vi gripe en sånn person?

Hva *visste* man til syvende og sist om dette flakende problembarnet med alle de halvferdige talenter – til tider nærmest dyrket opp gjennom årene – for sin merkverdighet, men innimellom knapt nok hånet, bare glemt; som alle de blir glemt som ikke ytrer seg, eller som gjør utillatelige rundkast i sin formodede karriere, slik at omgivelsene blir stående igjen med lang nese for all sin beundring og hengivenhet ...

(Vi har ham nå, s. 584)¹

Også psykoterapeuten er en frilynt sjel. Dyktig, men kronisk lite lydig, uvillig til å la seg fanges i noe system. Alle liker ham, unntatt de få som hater ham. Vi prøver å forstå ham, å begripe det han gjør, men det underlige håndverket glipper og unndrar seg forståelse og begrepsfesting.

REDNINGSDÅDER

Redningsdådene er det jeg husker best fra da jeg først leste *Lillelord-trilogien*. Wilfred Sagen har det med å redde folk. Særlig to episoder står fram – da han som ungdom redder Tom, sønnen til gartneren, fra å drukne, og da han som voksen redder en liten jente fra å bli dratt inn i maskineriet i en karusell. I stedet er det Wilfreds høyre hånd som havner mellom tannhjulene og blir knust.

Men er han en redningsmann, eller tvert imot en som skyver andre ut i livsfare? Begge historiene er tvetydige. Den gutten som Wilfred reddet – holdt han egentlig på å drukne? Eller var det Wilfred selv som holdt ham under, for å kunne «redde» ham når alle så på? Og jenta på karusellen – det var jo Wilfred selv som startet karusellen og satte jentungen på trehesten, mens tivolimannen hadde pause.

TEKST

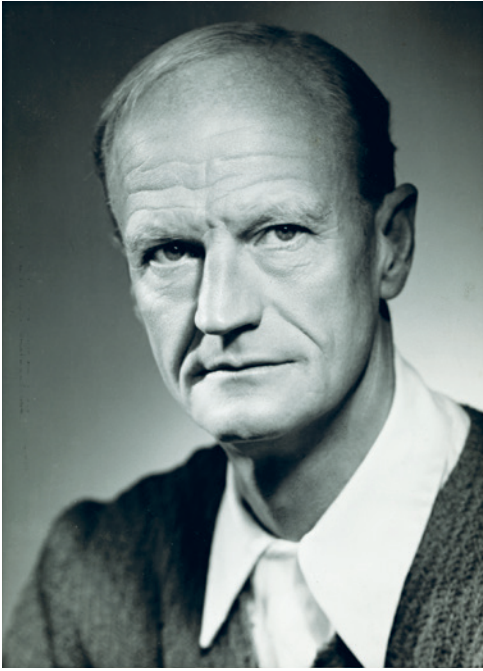
Peder Kjøs
Psykolog
og fagredaktør

ILLUSTRASJON

Bendik Kaltenborn

1. Sidetallene viser til Johan Borgen: *Lillelord-trilogien*, samlet utgave, Gyldendal 2002.





Johan Borgen

Johan Collett Müller Borgen (1902-1979) skulle bli jurist, men etter det han kalte sine «mørke år» i København, debuterte han i stedet som forfatter med novellesamlingen *Mot mørket* i 1925. Den delvis selvbiografiske *Lillelord-trilogien* (1955-1959) regnes som Borgens hovedverk, og som et av de viktigste verkene i norsk etterkrigslitteratur overhodet.

Som en parallell til disse episodene blir Wilfred selv reddet fra å drukne i det grumsete, slimete vannet i Bispevika. Da jeg leste bøkene om igjen så jeg at jeg husket denne sentrale episoden helt feil. Jeg husket det som om *Vi har ham nå*, den siste boken i trilogien, endte med at Wilfred var på flukt og havnet i vannet, og altså på en måte både ble reddet og fanget. Men det var faktisk den første boken, *Lillelord*, som endte sånn. Tenåringsen Lillelord er på flukt. Han har våknet etter en forferdelig fyllekule på østkanten og våkner i buskene, naken og forslått. Folk samler seg, han flykter inn i en tunnel og blir liggende på togskindene og håpe at det skal komme et tog, men det gjør det ikke.

Men forfølgerne bak ham var blitt stanset av gjerdet. Veiene ... Det var så mange veier i verden, de delte seg, mulighetsrike. Men hva så? Man valgte ikke vei, han hadde trodd det, at han valgte veier til muligheters rike. Men man valgte ikke. Det kom én vei – man var der. Han lå og forblødde på sin vei, som var stengt. Han hadde valgt feil.

(*Lillelord*, s. 269)

De som leter etter Wilfred, er tett på, men han kommer seg unna, ned til vannet, og hopper uti. Flukt eller selvmordsforsøk? Begge deler, antakelig. «Fett slim fra kloakken fylte munnen. 'Far!' gurglet han.» (*Lillelord*, s. 269)

Men faren til Wilfred har vært død i mange år.

Mannen med busserullen løftet en beroligende arm. Så bøydde han seg ut over båtripen så båten krenget. 'Vi har ham nå,' sa han.

(*Lillelord*, s. 269)

I norsk etterkrigslitteratur er vel Wilfred Sagen en av de litterære skikkelser som gjør mest inntrykk, og som vi husker best. Men likevel, da jeg leste bøkene på nytt etter 20 år, innså jeg at jeg egentlig husker ganske dårlig og altså til dels direkte feil. Det er ikke bare leserens feil at Wilfred Sagen glipper, både i fortolkningen og i hukommelsen. Det er noe utflytende, vannaktig bedragerisk over hele fyren. Han er ikke lett å holde fast. Hvordan skal vi forholde oss til en slik mann? Hva kan vi forvente av ham?

Den bortskjemte borbergutten, født og mangelfullt oppdratt i en overklasse som var i ferd med å drukne seg selv i portvin, kan han likevel ta samfunnsansvar? Selv om han altså heller vil synke ned i kloakk enn å bli innhentet, også av dem som etter sine egne begreper vil ham vel? Han virker ikke veldig innstilt på det.

Og hva med psykoterapeuten? Er han villig til å la seg gripe av samfunnsansvaret, gi avkall på autonomien og bli en innlemmet borger?

Psykoterapi som fag og praksis går i en mer og mer individualiserende retning. Ambisjoner på et samfunnsnivå finnes knapt, bortsett fra stadige, men kanskje ikke så vektige appeller om å «styrke psykisk helsevern», altså lage flere arbeidsplasser til oss. Disse arbeidsplassene forlater vi til fordel for privatpraksis så raskt vi kan – gjerne så snart det offentlige har bekostet videreutdanningen til spesialist. Og så blir man psykolog for skravleklassen på vestkanten, fri fra alle bånd. Man skylder ingen noe. De redningsdådene vi blir nødt til å gjøre, må være offentlig synlige og gi en avkastning, ellers kan det være det samme.

REDNINGSMANN - FOR SEG SELV

En av redningsdådene jeg overhodet ikke husket fra *Vi har ham nå*, foregår på grensen mellom Norge og Sverige under andre verdenskrig. Et følge av jøder blir ført mot grensen av en grenselos, men de blir tatt til fange av tyskerne. Under tilbakemarsjen mot en sikker død dukker det plutselig opp en tysk offiser som overtar kommandoen over den lille gruppen. Merkelig nok leder han dem tilbake til grensen og sørger for at alle kommer seg trygt over til Sverige.

Redningsmannen er selvfølgelig en forkledd Wilfred Sagen – en mann som motstandsfolk i Oslo regner som nazist og har på sin dødsliste. Episoden står som en motvekt til den episoden man gjerne husker hvis man har glemt alt annet av de tre bøkene: da Wilfred som ungdom, i spissen for en gjeng østkantgutter, raner en butikk som er drevet av en jøde. Seinere dør jøden av skadene. Det er mulig at Wilfred er ute etter å gjøre opp et gammelt regnskap, men han har også et annet, helt personlig ærend. Miriam, kjæresten fra mellomkrigstiden, er en av jødene som blir reddet ved grensen denne natten. Også hun reddet ham en gang fra å drukne, en gang han ble dratt langt ut av tidevannet etter et dumdristig stup som nesten lignet et selvmordsforsøk. Så hvem er det egentlig Wilfred redder den natten? Miriam og jødene, men kanskje like mye seg selv?

Wilfred tar bare samfunnsansvar når det gagnar ham selv, men da kan han også risikere mye for å redde den han har valgt ut. Redningsdåden må skje på hans egne premisser. Ingen kan forvente noe av ham, men han kan gjøre det ingen forventer. Eller bare la være.

Uansett hvilke baktanker Wilfred må ha hatt med alle redningsdådene sine, koster den ene ham mer enn han kanskje hadde tenkt. Han gir bokstavelig talt sin høyre arm for å redde en helt ukjent jentunge. Selv om den kan ha vært planlagt annerledes, ble dette en reell heltegjerning. Hvordan skal vi forstå dette offeret? Og finnes noen parallell til psykoterapeutens handlinger?

Han holdt den kunstige hånden opp for seg; en del av ham selv, mer ekte enn denne hånd og disse føtter som satt igjen fra en fjern tilstand av uskyld og lengsel. Og Moritz hadde rett; han hadde slettet sin form, sitt vesen ut, etter eget ønske, av en drift til å abstrahere alt nærværende, alt som fløt.

(*Vi har ham nå*, s. 622)

Kanskje det er dette Wilfred innerst inne ville, og ubevisst ble drevet til da jenta plutselig var i livsfare. En klar, ren handling, en uselvvisk respons da en annens nød kalte ham til ansvar, kunne kanskje abstrahere bort alt det flytende nærværende og la Wilfred stå igjen som en entydig figur. Kanskje var det sånn at Wilfred var nærmest å bli sann og ekte den ene gangen han ikke overveide, men handlet på refleks. Kanskje det virkelig er protesehånden som best uttrykker hvem han virkelig er.

Han tenkte at om min egen høyre hånd hadde vært en hånd og ikke en mekanisk innretning ... men jeg måtte redde det barnet, det var ikke en reflekshandling, for der må hender til, hender som kan redde og ta imot, hender som alltid er rede.

(*Vi har ham nå*, s. 625)

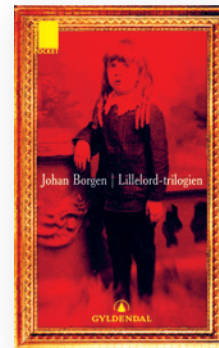
Redningsdåden gjorde nok Wilfred mer menneskelig, men nå har han ikke lenger noen høyre hånd som kan redde og ta imot. Den mekaniske responsen, eller om det var en overskridelse av nettopp det mekaniske, har både gjort ham mer menneskelig og mer mekanisk.

TERAPI - EN KUNSTIG HÅND?

Psykoterapeuter framstiller noen ganger handlingene sine som nøytrale, rasjonelle operasjoner, utført som ved hjelp av en kunstig kroppsdel, noe mekanisk som har erstattet det menneskelige. Vi framstiller håndverket som utført av en kunstig hånd – den terapeutiske metoden – og dermed som noe vi gjør uten at det berører oss, og uten at vi selv blir berørt, og i hvert fall ikke forpliktet. Men er det sant? Er handlingene virkelig bare avsondrete mekaniske responser, eller er de egentlig kjærlighetshandlinger?

Er det en forskjell på Wilfred Sagen og psykoterapeuten, akkurat dette, at Lillelord ikke elsker? Alle spillene og de andres følelser, som han er så god til å lese, de betyr i bunn og grunn ingenting for ham, for han forholder seg hele tiden overlegent ironisk, med en analytisk og vitenskapelig avstand, som om han bare vil berøre med en protese.

For psykoterapeuten er det *analysen* som settes i et halvt ironisk lys, og ikke *medfølelsen* eller *innfølingen*, som tvert imot er ekte. I psykoterapi kan analysen gå kjærlighetens ærend, mens det for psykopaten er stikk motsatt, at



LILLELORD-TRIOLOGIEN består av de tre romanene: *Lillelord* (1955), *De mørke kilder* (1956), og *Vi har ham nå* (1957).

»



Det kan være godt å høre til, kanskje så godt at det kan være verdt å gi avkall på litt frihet

kjærligheten er underordnet uavhengigheten, den uforpliktende avstanden. Når det å forstå andre bare blir en forutsetning for tekniske grep, da kan man godt gjøre gode gjerninger, hvis man finner dem tjenlige. Og kanskje kan de også være virkelig gode for den andre, som når Wilfred velger å redde det følget som Miriam er med i, selv om han skjuler for seg selv den betydningen redningsaksjonen har, og lar den være et slags innfall, noe han ikke tar inn over seg hvorfor han gjør.

KRIG KREVER KLARHET

For mange nordmenn ble andre verdenskrig en kontekst som tvang fram et klart svar. Hvor står du? Hvem er du? Det er her Wilfred kommer til kort. For Wilfred er krigen bare en omstendighet som åpner og begrenser visse muligheter for hans selvutfoldelse. Han tror også at det er slik for alle andre. Han har ingen innsikt i at andre kan drives av en personlig ansvarlighet for andre, dette ser han bare på som løgner eller i beste fall selvgodhet som han hånlirer av. Men mot slutten av krigen tetner det til rundt ham. Han blir nødt til å ta stilling til seg selv.

Nå var han i en tunnel igjen, eller i en hule uten åpning, fanget – som alltid i barndommens drømmer; viklet inn i ull eller garn. Og enda tenkte han ikke på seg selv som individ i dag; han hadde villet være alle, kanskje *alt*, en slags innbegrep av den kunst han hadde laget en gang, befridd for gjenstanden, javisst; Et menneske befridd for gjenstanden for sin egen kretsing? For sin egen billedvirkning ... Individet som i seg selv uttrykte den helhet andre søkte i det felles. Da var det jo herskesyke, bare det – en hersker tålte ikke slektskap, han var sine brødres fiende ... Han sto i den halvmørke stuen og knyttet hånden så knokene hvitnet. Fiender av det som var felles – de drepte sine brødre, om det gjaldt.

(*Vi har ham nå*, s. 622)

Kanskje det er dette som holder Wilfred adskilt fra alle. Den ironiske avstanden han selv holder, det teoretiske forholdet til alt, frykten for å bli holdt fast, å få sin frihet begrenset på noen måte. Det er ull som binder ham – det ulne, det lodne, som også er så hjemlig, omsorgsfullt, mykt og utydelig på én gang. Wilfred nekter seg selv omsorgen, fordi den også binder. Men hvorfor er han så redd for å bli bundet? Eller, vi må spørre:

Er det egentlig redd han er? Kan det være at han ikke evner å knytte seg til? Om han ikke vil eller ikke kan, det ville ha vært spørsmålet for den som skulle være terapeut for Wilfred, slik vennen hans, den tyske offiseren Moritz, prøver å være. Dette er hva Moritz ser hos Wilfred:

En kjettersk ensomhetstrang som bærer i seg ...
[...] et herskerbud om å bli akseptert på egne vilkår.

(*Vi har ham nå*, s. 627)

Wilfred vil beherske verden, men ikke beherskes, og heller ikke beherske seg. Å forstå seg selv vil koste for mye. Wilfred gjør alt han kan for å avvise innsikten i seg selv, eller at en slik innsikt i det hele tatt er mulig:

Som nå dette med den redningen av Tom. Det var et korn av sannhet i den ondskapsfulle versjonen de hadde kokt i hop; han hadde villet beherske en situasjon, ja kanskje så langt at det kunne kostet Tom livet. Men likevel var det jo ikke slik. Et korn er ikke hele sannheten. *Hele sannheten* – ja, om så meget som en eneste situasjon i livet ... fantes den –?

(*Vi har ham nå*, s. 766)

Så ensom som Wilfred er, kan han til slutt ikke annet enn å synke. I dagene før frigjøringen virrer han rundt alene, forfulgt av både tyskere og motstandsfolk, på vei tilbake til byen, til Miriam. Kanskje hun kan redde ham igjen. Han kommer seg inn til byen, til Miriams leilighet, men han er ikke trygg. Snart hører han de norske soldatene komme oppover trappene – og så skyter han seg selv. En soldat kommer inn i leiligheten, og igjen uttales ordene «Vi har ham nå.»

VI HADDE HAM ALDRI

Den Wilfred Sagen som til slutt lar seg innhente, er død. Helt til det siste unndrar han seg å bli holdt fast, undersøkt og klarlagt. Samtidig blir det klart for Miriam at hun fortsatt elsker ham, med alle hans ansikter, selv om hun ikke vet hvilket som er mest sant.

Denne slutten husket jeg altså feil. Slik jeg husket det, var det her Lillelord til slutt ble reddet, trukket opp av skitten og forent med oss andre. Kanskje jeg forandret slutten fordi jeg

KLASSIKEREN

ikke kunne godta at han tok livet sitt. Jeg ville kanskje at vi til slutt skulle «ha ham», at han skulle stå til ansvar. Og kanskje jeg husket feil på grunn av et ønske jeg hadde for ham selv. Det måtte vel være godt for ham å bli reddet fra alt det flytende, det kalde og våte elementet, ensomheten, som han var i ferd med å synke ned i. I så fall er vel dette et ønske jeg også kan ha for psykoterapeuten, og dermed for meg selv. Det kan være godt å høre til, kanskje så godt at det kan være verdt å gi avkall på litt frihet.

Johan Borgen var strengere og lot Wilfred flykte fra den endelige konfrontasjonen og den endelige fortolkningen, men også fra tydeliggjøringen og foreningen med fellesskapet. Til slutt har han forlatt oss helt. Vi hadde ham aldri, og nå er han borte fra oss, som han jo i grunnen alltid har vært.

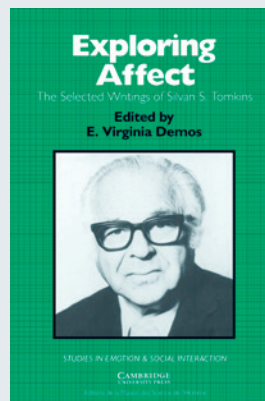
Kanskje er det Miriam som kom nærmest å forstå Wilfred – fordi hun er den eneste som egentlig elsker ham, eller kanskje riktigere, den eneste Wilfred delvis tillater at elsker ham.

Det er i mellomkrigstiden, Miriam er i Paris, og går i begravelsen til Wilfreds kunstner-onkel René, som hun tilfeldigvis har fått vite at er død. Der får hun øye på Wilfred, barndomsvennen:

En fugl kom flyvende, en stær. Den satte seg på kanten av graven og pikket i leiren der. Han bøyd seg ned og la kransen fra seg. Da hoppet stæren nærmere, den skakket på hodet. Jeg så at han beveget lebene, men det kom ikke en lyd. Stæren hoppet fram til hånden hans, og den la hodet mot hånden hans. Jeg ble beveget da – mot min vilje. For var det noe å røres over? Han hadde sitt håndlag med fugler og folk; de kom til ham, de åt av hånden. Men han bød dem ingenting. De spiste av hans tomme hånd. Slik var forbannelsen som hvilte over ham. Han lokket ikke, og de kom. Nå reiste han seg. Stæren fløy bort, men ikke langt. Den satt på et kors på en grav og skakket atter hodet, innbydende. En hunstær, tenkte jeg, en tisper-stær, et fugleludder, som alle de lettfangede fisk han omga seg med i sitt akvarium fullt av slørhaler og simili.

(Vi har ham nå, s. 637)²

2. En tidligere versjon av dette essayet ble framført på Jubileumsseminar for professor Helge Rønnestad, Vitenskapsakademiet, 29. august 2014, som en takk for hans arbeid med å begripe psykoterapeuten.



Silvan Tomkins' *The Quest for Primary Motives: Biography and Autobiography of an Idea* (1981)

Ideen om affekten som menneskets viktigste drivkraft har fått stor gjennomslagskraft, skriver Pål Ulvenes.

I denne artikkelen er Silvan Tomkins innsiktsfull, frekk og vittig. Han rydder effektivt plass til affekt i vår søken etter «hva er det mennesker virkelig vil?». I 1981 var fagfeltet ifølge Tomkins preget av drift, kognisjon og betinging, men her blir Freud, Skinner, Thorndike med flere satt til veggs. Kritikken er nyansert og usentimental, den er ironisk på egne og andres vegne. Men viktigst av alt er bidragene med Tomkins' egne ideer til forbedring av forståelsen av menneskets motivasjon. Ideene hans er beskrevet i detalj andre steder, men her får man et godt innblikk med overbevisende argumentasjon. Tomkins' idé om affekten som menneskets viktigste drivkraft har etter hvert fått stor gjennomslagskraft. Hans engasjement for sin egen idé er inspirerende. Ideen og iveren hans har vært vanskelig å ikke la seg påvirke av, og artikkelen finnes gratis tilgjengelig med et raskt google-søk.

Pål Ulvenes utfordrer Gry Stålsett til å ta stafettpinnen videre

Psykose hos barn og unge

Et godt startpunkt i forståelse og behandling.



KJERSTI KARLSEN

Alvorlige psykiske lidelser hos barn og ungdom - Psykoser og psykoselignende tilstander.

Gyldendal Akademisk, 2015. 287 sider

PSYKOSE ER VANLIG nok til at de fleste klinikere befattes med det, men sjelden nok til at mange potensielle hjelpere mangler erfaring i å vurdere og møte slike symptomer – særlig når symptomene utvikles hos unge. *Alvorlige psykiske lidelser hos barn og ungdom* søker å bidra til at kunnskap om psykose blir tilgjengelig for helsepersonell på alle nivåer i hjelpeapparatet.

MYTER OM PSYKOSE

Boka er delt inn i en introduksjon og to deler. Introduksjonen formidler bokas standpunkt i feltet for tidlig intervensjon ved alvorlig psykisk lidelse, og tar i hovedsak for seg myter om psykose som kan påvirke oppdagelse, vurdering, behandling og stigma. Den inneholder et godt underbygget resonnement for hvorfor både pasienter og hjelpere tjener på å anerkjenne og møte symptomer på psykose på en adekvat måte så tidlig som mulig. Forfatteren imøtegår en rekke myter om unge og psykose som vi med erfaring fra voksenfeltet stadig frustreres over konsekvensene av. Samtidig formidles en tydelig respekt for det særegne og komplekse i å skulle møte en ung person både som et individ på sitt utviklingsnivå og som del av en familie og et nettverk.

KUNNSKAPSSTATUS

Del 1 søker å formidle kunnskapen vi foreløpig har om psykoselidelser og affektive lidelser med psykose hos barn og ungdom. Her dekkes grunnleggende forståelse av hva en diagnose er (og ikke er), samt dilemmaer knyttet til utredning og diagnostisering av unge. Videre settes psykosesyntomer i kontekst med barn og unges normalutvikling, og forfatteren gir innspill til vurdering av psykose hos både barn og unge. Differensialdiagnostisering mellom psykoselidelser og affektive lidelser med psykose så vel som andre vanlige differensialdiagnoser er også dekket.

Del 2 søker å formidle kunnskap om utredning og behandlingstiltak på et mer overordnet nivå. Her dekkes blant annet faktorer som en vet kan hindre unge eller deres pårørende i å søke hjelp, eller også hindre at psykose avdek-

kes av hjelpeapparatet. Dette er særlig viktig kunnskap da vi vet at psykose ofte blir oversett i alle nivåer av helsetjenester. Forfatteren tar ikke mål av seg til å gjøre leseren i stand til å gjennomføre utredning og behandling, men oppsummerer kunnskap om eksempelvis stress-sårbarhetsmodellen, retningslinjer for utredning og behandling, og terapeutiske tiltak. Kommunikasjon med unge og deres pårørende er vektlagt, med flere eksempler.

LETTEST OG NYTTIG

Gjennomgangen av kunnskapen vi har om unge med psykosesyntomer og tilpasning av tiltak er god. Særlig er kapittel tre, som beskriver normalforekomst av psykotiske symptomer hos unge og vurderinger knyttet til når et symptom bør ses som sykdom, matnyttig kunnskap. En klar styrke er jevnlig bruk av kliniske eksempler for å illustrere symptomer og vurderinger, så vel som hvordan man kan tilpasse tiltak til den unges utviklingsnivå. Sentral informasjon er ofte oppsummert i praktiske tekstbokser, slik at man som leser kan gå tilbake for å få en rask oversikt. Boka er jevnt over lettlest, og skrevet slik at både helsepersonell, pårørende og andre med interesse for emnet kan få nytte av den.

BEHANDLERE TRENGER MER

Behandlere for unge med psykoser må likevel regne med å supplere kunnskapen om vurderinger og behandlingstiltak for å kunne gjennomføre tiltakene boken beskriver. Noen av bokens kapitler bærer også preg av den vanskelige balansen det er å si nok om kompliserte tema uten å skulle være for inngående. Personlig ønsket jeg meg flere innspill til behandlingstiltakene som berøres, eksempelvis hvordan individuelle terapitiltak kan tilpasses og sys sammen med arbeid rettet mot familie og nettverk.

Samlet formidler boken på en god måte oppdatert kunnskap om vurdering, utredning og behandling av psykosetilstander hos unge. Den vil gi hjelpere i førstelinjen oversikt over temaet, og er et godt startpunkt for behandlere som trenger en innføring til videre lesning. ✘

ANMELDT AV

Tiril Østefjells
Psykolog og stipendiat ved Norsk senter for forskning på mentale lidelser (NORMENT), Oslo Universitetssykehus/ Universitetet i Oslo

MINNEORD

PAUL JOHNSEN

1930–2015

Paul var en av nestorene i HR-feltet og en banebryter for organisasjonspsykologisk praksis i Norge. Han hadde utdannelse fra Universitetet i Oslo, og valgte tidlig å arbeide med det som den gang het industripsykologi. Paul leverte viktige bidrag til det som i dag er allmenn tilnærming til lederutvikling. Han var personaldirektør i Tandbergs Radiofabrikk og Norges Eksportråd, rådgiver i Hartmark-Iras, samt studierektor i personalledelse ved BI.

Paul var opptatt av å styrke profesjonaliteten i arbeid med rekruttering og lederutvikling. Han utviklet blant annet en modell for målrettet dybdeintervju som dannet utgangspunkt for konsulentarbeid innen rekruttering, samt utallige rekrutteringskurs for ledere og internkonsulenter. Nyttig læring var alltid en ambisjon selv om søkeren ikke skulle få jobben. Paul hadde en egen evne til å få folk til å føle seg verdifulle slik de var, og gav dem tro på at de kunne utvikle seg videre derfra.

Assessment Centre var en type metodikk Paul brant for innenfor rekruttering, og ikke minst i lederutvikling. Metoden består blant annet av simulerte øvelser der lederne må utføre oppgaver som ligner på det de gjør i virkeligheten. Egen og andres adferd og relasjoner var i fokus. Trening på praktisk lederadferd var sentralt i alt hans arbeid. Det du har gjort, kan du ikke snakke deg bort fra, mente Paul. Individuelle tilbakemeldinger, påfølgende kollegastøtte i grupper og «lystbetont slit» var elementer i lederutviklingen. Opprinnelig var arbeidet papirbasert, men før han trappet ned, var han ikke «eldre» enn at han satte i gang med utvikling av nettbaserte assessment-sentre sammen med sin datter.

Vi hadde gleden av å jobbe sammen med Paul som konsulenter i årene 1986–97. Han var opptatt av å få yngre ressurser med på laget, noen som kunne bringe hans ideer og visjoner videre, og han var raus nok til å invitere oss inn som medeiere. Sammen etablerte vi Norsk Assessment Center og Paul Johnsen &

Partners. Paul var en kreativ, humoristisk og raus læremester som bød på integrert klokskap, og dyttet oss gjerne utpå når vi selv var usikre. Han betraktet konsulentvirksomhet som «kraftkrevende industri». Ofte var reise- og arbeidsdagene lange. Men Paul var en sann bauta av overskudd og livsglede.

Paul bygde et enormt nettverk og ble en etterspurt rådgiver for ledere. Hans psykologiske kompetanse og lange ledererfaring skapte stor tillit. Han kombinerte det praktiske med det teoretiske på en nærmest sømløs måte. Paul var dypt seriøs i sin tilnærming og stilte klare krav til oppdragsgiverne. Stod ikke toppledelsen fullt og helt bak, tok han heller ikke oppdraget.

Paul hadde talenter på mange områder. Han var en allsidig musiker, og han var en ordets kunstner både som foredragsholder og som skribent. I løpet av et par timer kunne han riste en sang eller et dikt ut av ermet. Han var en gli-trende historieforteller både faglig og sosialt. Paul var inkluderende og omsorgsfull overfor familie, venner, kollegaer og kunder.

I nærmiljøet var han sterkt engasjert i viser og lyrikk, golf og Rotary – og han gjorde en stor innsats for pensjonister. Han hadde en unik interesse og nysgjerrighet for sine medmenesker, og behandlet alle med samme respekt og gjerne med et glimt i øyet.

De siste årene levde Paul med sykdom som tok bort sangstemmen hans. Der mange ville kapitulert som underholder, fortsatte han da å spille piano til stor glede for sitt publikum av eldre i Sandvika. La dette stå som et strålende minne om en mann som levde sitt faglige og sosiale liv slik han lærte oss andre: Framelsk og spill på de kompetanser du har her og nå!

Takk for den du var for oss og faget vårt, Paul!

*Ole Alvsvåg
Kari Gystad*





Kurskalenderen

Oppføring i kurskalenderen gir mulighet for å forhåndsannonsere med henvisning til kursannonse som trykkes i en kommende utgave og/eller påminnelse om allerede annonsert kurs. Begrenset tekstmengde.

Pris eks. mva. for innrykk i tillegg til annonse i Psykologtidsskriftet:
1 innrykk kr 2 000,
2 innrykk kr 3 000,
3 innrykk kr 3 500,
4 innrykk kr 4 500.

Ønsker du mer informasjon eller bestille annonse på kurskalenderen kontakt oss på tidsskrift@psykologtidsskriftet.no eller tlf. 23 10 31 33.

APRIL 2016

Kurs i EMDR

Trondheim, 4.–6. april
Påmelding og nærmere informasjon
www.emdrutdanning.no

Klinisk helsepsykologi

Oslo, 14.–15. april
Påmelding via www.psykologforeningen.no/
kurs og utdanning

Introduksjonskurs: Forståelse, kartlegging og behandling av kronisk traumatisering

Bergen, 18.–22. april
Påmelding og mer informasjon
www.krisepsyk.no

Kurs i EMDR

Bergen, 25.–27. april
Påmelding og nærmere informasjon
www.emdrutdanning.no

MAI 2016

Psykoterapi: Store endringer skjer i små øyeblikk. Fokus for terapeutisk intervensjon i affektbevissthetsmodellen

Festspillkurs i Bergen, 26.–27. mai
For mer informasjon og påmelding
www.psykologforeningen.no/kurs og utdanning

Demenssykdommer: utredning, diagnostikk og behandling

Festspillkurs i Bergen, 26.–27. mai
For mer informasjon og påmelding
www.psykologforeningen.no/kurs og utdanning

Integrating Sexual Interventions into Individual and Couple Therapy

Festspillkurs i Bergen, 26.–27. mai
For mer informasjon og påmelding
www.psykologforeningen.no/kurs og utdanning

Destruktiv lederadferd og mulige mottiltak

Festspillkurs i Bergen, 26.–27. mai
For mer informasjon og påmelding
www.psykologforeningen.no/kurs og utdanning

AUGUST 2016

The Art of EMDR

Røros, 30. august–2. september
Workshop med Roger Solomon
Påmelding og nærmere informasjon
www.emdrutdanning.no

LEDIG LOKALE. Bærum muskel og leddklinikk leier ut behandlingsrom fra 1.1.2016. Klinikken består av to naprapater, en revmatolog og en akupunktør. Klinikken er godt innarbeidet og ble opprettet i 2005. Vi holder til sentralt i Sandvika, vis a vis Sandvika togstasjon. Vi satser på et tverrfaglig samarbeid og søker deg som er målrettet, sosial, initiativrik! Er dette av interesse for deg? Send oss en søknad til e-post hilde@muskelogleddklinikk.com, tlf. **918 60 027**. Besøksadresse: Rådmann Halmrastsvei 18, 5. etg, 1337 Sandvika.

Sporene i kroppen etter traumer

– en 12 dagers etterutdanning om traumer med en kroppslig forståelses- og behandlingstilnærming, inkludert konkrete øvelser og mindfulness/ terapeutisk nærvær.

Introduksjonskurs: 1.–3. juni og 24.–26. sept. 2016.
Start etterutdanning kull 4: 10.–12. januar 2017.
Sted: Kamaklinikken, Bærum.

Kursledere:

Psykolog/kropppsykoterapeut Veslemøy Merton og Fysioterapeut/kropppsykoterapeut Espen Andli.

Påmelding og informasjon: veslemoy.merton@getmail.no og www.kamaklinikken.com.

Kurset godkjent av Norsk psykologforening som fritt spesialkurs.

E-LÆRINGSKURS I SELVMORDSRISIKOVURDERING

Nytt e-læringskurs for leger og psykologer i primærhelsetjenesten er nå tilgjengelig på www.selvmondsrisikovurdering.no

Målet med kurset er å hjelpe deg å styrke din kompetanse i å fange opp pasienter som har forhøyet risiko for selvmord. Vi gir deg en innføring i hvordan du systematisk kan vurdere selvmordsrisiko og sette i gang behandlingstiltak. Det tar ca 2 timer å gjennomføre hele kurset.

Kurset er utarbeidet av Nasjonalt senter for selvmordsforskning og -forebygging/UiO etter oppdrag fra Helsedirektoratet og er et ledd i Handlingsplan for forebygging av selvmord og selvskading.

NSSF Nasjonalt senter for selvmordsforskning og -forebygging

Følg Tidsskrift for Norsk psykologforening på

facebook



Kurs i EMDR

Eye Movement Desensitization and Reprocessing

Kurs i EMDR og komplekse traumer, Oslo, 7. mars 2016

Kurs i EMDR med barn trinn I, Oslo, 8. mars 2016

For informasjon og påmelding: www.emdrkurs.no

Ønsker du å abonnere på PSYKOLOGI?

PSYKOLOGI – Tidsskrift for Norsk psykologforening utgis 12 ganger per år. For privatabonnenter koster et årsabonnement kr 1 445, og for bedrifts-/institusjonsabonnement er prisen kr 2 250 per år.

For bestilling se

www.psykologtidsskriftet.no/abonnement-og-loessalg eller kontakt oss på e-post tidsskrift@psykologtidsskriftet.no eller tlf. 23 10 31 33.





Norsk Institutt for Kunstuttrykk & Kommunikasjon (NIKUT)

I juni 2016 starter videreutdanning i Kunst- og Uttrykksmetoder i terapi (75 st.p.) ved Høgskolen i Sørøst-Norge, Campus Drammen

Det er obligatorisk med forkurs for å kunne søke videreutdanningen.

Forkurs 26.–28. februar 2016 ved Melinda Meyer; psyk. sykepleier, Ph.D. in Expressive Arts, psykodramareg., leder av NIKUT og Dijana Milosevic, Director of DAH Theater Research Centre, Beograd

Tema: Theater, transformation & health

Gjennom tre dager vil du få erfaring med bruk av kunst- og uttrykksmetoder med utgangspunkt i bevegelse og teater.

Tlf. 900 70 078 tirsdager kl 9–15 / **e-post** nikut@online.no /

web: www.nikut.no

Sted: Høgskolen i Drammen

Søknadsfrist: 15.2.2016

Det er 2 plasser igjen til:

8 dagers kurs *Expressive Arts and Global Health* ved The European Graduate School 3.4–10.4. 2016 på Malta. Ta kontakt med Melinda A. Meyer, tlf. 900 70 078.

BEHANDLING AV KRONISK/KOMPLEKS TRAUMATISERING

Ålesund 20. og 21. juni 2016

**Ellert Nijenhuis, PhD og
Psykologspesialist Arne Blindheim**

Pris: kr 4 500,–

Påmelding og nærmere informasjon:

www.krisepsyk.no

Neste utgivelse er **1. mars**,
frist for å bestille annonse til
mars-utgaven er

tirsdag 16. februar

Kontakt oss på e-post
tidsskrift@psykologtidsskriftet.no
eller tlf. 23 10 31 33



VESTRE VIKEN

Utdanning i Basal EksponeringsTerapi (BET) for leger og psykologer

BET er utviklet for mennesker med alvorlige og sammensatte psykiske lidelser som har havnet i et negativt samspill med helsevesenet der de utsettes for polyfarmasi og utstrakt bruk av tvang. Målsettingen i BET er å fremme autonomi og utvikle forutsetninger for stabil fungering utenfor døgninstitusjoner. En toårig BET-utdanning skal bidra til at psykisk helsevern kan gi et godt og likverdig behandlingstilbud til pasienter med alvorlige og sammensatte psykiske lidelser.

Oppstart: 6. februar 2017

Søknadsfrist: **31. oktober 2016**

Hvem kan søke: Psykologer, psykologspesialister, leger og psykiatere

Deltakerantall: 15

Deltakeravgift: Early bird innen 1. mai 2016 kr 40 000, deretter kr 60 000 (for ansatte i Vestre Viken kr 10 000, deretter kr 20 000)

Kursleder: Psykologspesialist Didrik Heggdal og medarbeidere i BET-teamet

Sted: Vestre Viken

Oppstart av utdanningen forutsetter at det er nok deltakere. Utdanningen er godkjent av Den norske legeforening for 160 timer etterutdanning av spesialister i psykiatri og barne- og ungdomspsykiatri og av Norsk psykologforening for 160 timer fritt spesialkurs og vedlikeholdsaktivitet.

Mer informasjon: www.vestreviken.no/bet-utdanning

Kontakt: jan.hammer@vestreviken.no



TSCC & TSCYC

– Vurdering av posttraumatiske symptomer hos barn og ungdom

Trauma Symptom Checklist for Children (10 til 17 år)

Norsk versjon: Annika Melinder

Trauma Symptom Checklist for Children, TSCC, er et selvrapporteringskjema som måler post-traumatisk stress og relaterte symptomer. Instrumentet er ment for bruk på barn og ungdom som har opplevd traumatiske hendelser, som fysiske eller seksuelle overgrep, dødsfall blant nærstående personer, naturkatastrofer eller som har vært vitne til trusler og vold.

Trauma Symptom Checklist for Young Children (3 til 11 år)

Norsk versjon: Annika Melinder

Trauma Symptom Checklist for Young Children, TSCYC, er et spørreskjema som anvendes for å måle et bredt spekter av akutte eller kroniske posttraumatiske symptomer hos barn som har opplevd traumatiske hendelser som overgrep eller mishandling, eller som har vært vitne til vold i hjemmet eller i sitt nærmiljø.

www.hogrefe.no

 **hogrefe**

Scandinavian Centre of Awareness Training, www.scat.no
**«Oppnå mer med mindre stress med
 Oppmerksomhetstrening (OT) – mindfulness»**
Kurs i Oslo, 2016

INTRODUKSJONSKURS**Fredag–lørdag, 8.–9. april**

OT: En selvutviklingsprosess gjennom bevisstgjøring. Praktisk nyttig for alle yrkesgrupper, spesielt psykologer.

Læringsmål: Å lære effektive teknikker for å bruke (stress)energien på en positiv måte. Godkjent av Norsk psykologforening med 14 t. vedlikeholdsutdanning.

**UTDANNING SOM INSTRUKTØR I OT
(3 x 2 dager + daglig egen trening)**

**Høstkurset: fredag og lørdag 19.–20. aug.,
 16.–17. sept., 28.–29. okt.**

Læringsmål: Fordypning i OT for egen skyld og for å kunne formidle OT som et verktøy til selvhjelp for mennesker i en vanskelig situasjon.

Godkjent av Norsk psykologforening med 42 t. vedlikeholdsutdanning.

Kursleder: Andries J. Kroese, dr. med., tidligere professor i karkirurgi. Utdannet instruktør ved Univ. of Mass. Hospital, USA. Forfatter av 6 bøker om OT.

**For mer informasjon om kursene kontakt:
 e-post ajkroese@online.no, tlf. 901 51 734 eller www.scat.no**



Norsk Institutt for
 Kunstuttrykk &
 Kommunikasjon (NIKUT)

**Ny videreutdanning i «Expressive
 Arts in Coaching and Teamwork»
 (60 st.p.) ved Høgskolen i Sørøst-Norge,
 Campus Drammen i juni 2016**

Forkurs 12.–14. februar 2016 er åpent for alle som ønsker påfyll eller er nysgjerrig på bruk av kunst- og uttrykksmetoder, og er obligatorisk om du ønsker å søke den nye videreutdanningen. I løpet av et for-kurs på tre dager vil du få erfaring med bruk av kunst og uttrykksmetoder med fokus på Stressmestring.

Lærere v/ Anne Solgaard; MSc, kunst- og uttrykkspedagog med fokus på dans og Gunnar Reinsborg; Kunst- og uttrykksterapeut/coach psykodrama regissør og pedagog.

Søknadsfrist: 10.2.2016

Påmelding: tlf. 482 39 944 tirsdager kl 9–15 /
e-post nikut@online.no / **web** www.nikut.org

Sted: Høgskolen i Drammen



NORSK
 PSYKOLOG
 FORENING

Stempel med medlemslogo for psykologer

Som medlem av Norsk psykologforening kan du skaffe deg stempel med medlemslogo. Et stempel som viser at du er medlem av Psykologforeningen skal være et kvalitetsstempel, og kan for eksempel brukes til fakturaer, rapporter og innkallingsbrev.

Stempel kan kjøpes hos Aksess & Daylight as for kr 345. Dersom du ønsker egne opplysninger i tillegg til logoen er prisen kr 975. De oppgitte priser er inkl. mva og porto.



For bestilling av standard stempel med kun logo – send «Stempel med medlemslogo Norsk psykologforening» til firmapost@adprofil.no

Ved bestilling av individuelle stempler – kontakt: winnie@psykologtidsskriftet.no





Klinisk helsepsykologi

Psykologens verktøykasse ved somatisk sykdom

Norsk psykologforening har gleden av å invitere til den andre nasjonale konferansen i klinisk helsepsykologi.

Målgruppe:

Psykologer og andre som har interesse for den kliniske utøvelsen av psykologfaget ved somatisk sykdom og plager.

Hovedforedrag ved to av Europas ledende helsepsykologer:

Professor Andrew Steptoe: Psychosocial risk factors for heart disease

Professor Lance McCracken: Acceptance and Commitment Therapy and chronic pain

Andre medvirkende foredragsholdere:

Arnstein Finset, Borrik Schjødt, Knut Hestad, Tora Garbo, Christel Wootton, Margrethe Vika, Anita Kjeverud, Torkil Berge, Trude Reinjfell, Silje Endresen Reme, Børge Sivertsen, Hanne C. Lie, Simon Øverland og mange flere

Aktuelle tema:

Klinisk helsepsykologisk arbeid ved smerter, hjertesykdom, betennelsesmekanismers betydning for depresjon ved somatisk sykdom, mage-/tarmplager, overvekt, utmattelse, palliasjon, psykologens bidrag når barn blir alvorlig syke, oppfølging av unge kreftoverlevende, bruk av ACT, kreft hos barn, søvnproblemer, tannbehandlingsangst, kommunikasjonstrening av helsepersonell ved langvarige smerter, psykososial oppfølging etter hjerneslag, arbeidslivets betydning for pasienter med langvarig sykdom med mer.

Med forehold om justeringer i programmet.

Psykologforeningens fagutvalg i klinisk helsepsykologi er faglig ansvarlig for konferansen.

Konferansen søkes godkjent som vedlikeholdkurs til spesialistutdanningen for psykologer.

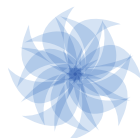
Påmelding via www.psykologforeningen.no/kurs og utdanning

Sted og dato: Oslo, 14.-15. april 2016

Avmeldingsfrist: 10. mars 2016

Pris kr: 3 200

Kursnr.: 922-16



Norsk psykologforening – utdanningsavdelingen

Pb 419 Sentrum, N-0103 Oslo

Tlf: 23 10 31 30 | Fax: 22 42 42 92

Psykoterapi: Store endringer skjer i små øyeblikk

Fokus for terapeutisk intervensjon i affektbevissthetsmodellen

Festspillkurs 103-16, Bergen 26.–27. mai 2016

Målgruppe

Psykologer som ønsker å spisse sin kompetanse i psykoterapi.

Målsetning

- Deltakerne lærer bedre å se hvordan forstyrret eller mangelfull persepsjon kontinuerlig manifesteres i terapeutiske dialoger
 - Systematisk undersøkelse, validering og utvidelse av pasienters begrepsdannelse om egne følelser
 - Prinsipper og konkrete fremgangsmåter i arbeid for å fremme utvikling hos pasienter
- I dette inngår at deltakerne får se konkrete eksempler på hvordan det arbeides for
- å kunne benytte følelser som meningsfulle signaler
 - at følelser representeres på måter som gjør at de får en adaptivt motiverende virkning
 - at affektive opplevelser integreres som subjektivt gyldige erfaringskvaliteter i mentale representasjoner av en selv og andre

Innhold

- Utdrag fra affektintegrasjonsteori
- Nivåer av affektrepresentasjon som grunnlag for intervensjonsfokus (ARIF)
- Interaktiv læring – digitalt treningsprogram for fokustrening psykoterapi
- Teori om endring – illustrasjoner av fokus og respons i terapeutiske dialoger
- Videodemonstrasjoner og tekstutdrag fra terapeutiske dialoger. Gruppearbeid
- Hvordan kan vi med ARIF fange opp og beskrive forskjeller i terapiprosesser med ulikt utfall?

Om kurslederne

Jon T. Monsen er professor i klinisk psykologi, PSI-UiO. I sitt arbeid som klinisk psykologspesialist, har han bidratt til å utvikle affektbevissthetsmodellen og gjorde den første empiriske utprøving av denne behandlingsmodellen gjennom sin doktorgrad ved Psykologisk institutt i 1994.

Ole André Solbakken, førsteamanuensis, PSI-UiO. Klinisk erfaring fra poliklinikk, rusteam, samt døgnbehandling. Psykologspesialist i klinisk voksenpsykologi. Er involvert i flere forskningsprosjekter knyttet til behandlingsforskning og affektintegrasjon hos voksne og barn.

Kurset starter 26. mai kl. 9 og avsluttes 27. mai kl. 17. Kurset godkjennes som fritt spesialkurs og vedlikeholdsaktivitet med 16 timer.

MEDLEMSPRIS: kr 6 700
PÅMELDINGSFRIST: 21. april 2016



NORSK
PSYKOLOG
FORENING

NORSK PSYKOLOGFORENING – UTDANNINGSAVDELINGEN

PB. 419 SENTRUM, 0103 OSLO, TLF. 23 10 31 30

FOR MER INFORMASJON OG PÅMELDING SE www.psykologforeningen.no/kurs-og-utdanning

Demenssykdommer: Utredning, diagnostikk og behandling

Ulike demenssykdommer og hvordan de skal utredes, diagnostiseres og behandles hos ulike pasienter

Festspillkurs 114-16, Bergen 26.–27. mai 2016

Målgruppe

Psykologer som ønsker å arbeide med utredning av kognitiv svikt.

Målsetting

Å formidle grunnleggende kunnskaper om ulike demenstyper, hvordan de ytrer seg og hvordan de diagnostiseres og behandles.

Innhold

- Demens: Definisjon. Ulike demenssykdommer
- Vurdering av kognitiv funksjon
- Bildediagnostikk og laboratorieundersøkelser. Behandling av demens i ulike stadier
- Demens versus depresjon og annen psykiatrisk sykdom
- Personer med lite skolegang, annen kulturell og språklig bakgrunn
 1. Hva er utfordringene?
 2. Hvordan skal man vurdere kognitiv funksjon?
- Kasuistikker med diskusjon

Om kursleder

Peter Bekkhus-Wetterberg er lege og spesialist i geriatri. Han har over 20 års erfaring med demensdiagnostikk og behandling. Forskningsaktiv innenfor utvikling og normering av kognitive tester. Overlege på Hukommelsesklinikken på Ullevål siden 10 år. En av få leger i Norge som arbeider på heltid med kun kognitive problemer. Forfatter til «Hukommelsesboken» om hukommelsens kognitive psykologi.

Kurset starter 26. mai kl. 9 og avsluttes 27. mai kl. 17. Kurset godkjennes som fritt spesialkurs og vedlikeholdsaktivitet med 16 timer.

MEDLEMSPRIS: kr 6 700
PÅMELDINGSFRIST: 21. april 2016



NORSK PSYKOLOGFORENING – UTDANNINGSAVDELINGEN

PB. 419 SENTRUM, 0103 OSLO, TLF. 23 10 31 30

FOR MER INFORMASJON OG PÅMELDING SE www.psykologforeningen.no/kurs-og-utdanning

Integrating Sexual Interventions into Individual and Couple Therapy

Festspillkurs 104-16, Bergen 26.–27. mai 2016

Målgruppe

Psykologer, relevant for parterapeuter og åpent for ansatte i familievernet.

Sexual dysfunction and dissatisfaction is the most common mental health problem – more frequent than anxiety and depression combined. Clients say they benefitted from therapy and liked the therapist, but if they raised a sexual problem, it was diverted to other personal or relational issues. This workshop will teach you to deal directly with sexual issues, especially how to rekindle desire and help the couple be intimate and erotic friends.

The new mantra in sex therapy is desire/pleasure/eroticism/satisfaction. We utilize the psychobiosocial model for assessment and treatment of sex dysfunction including sexual interest/arousal disorder, non-orgasmic response, and sexual pain with women and hypoactive sexual desire disorder, premature ejaculation, erectile dysfunction, and delayed ejaculation with men. We will also discuss issues of sexual orientation, affairs, atypical sexual behaviour, deviant sexual behaviour, sexual trauma, and fatally flawed relationships.

You will gain comfort and confidence integrating sexual interventions with individual and couple therapy. Rather than claiming you are value-free, the clinician takes a pro-sexuality approach whether the client is 17 or 77, straight or gay, married, partnered, or single.

About Barry McCarthy

Barry W. McCarthy, Ph.D., is a diplomate in clinical psychology, a professor of psychology at American University, a certified sex and marital therapist, and a partner at the Washington Psychological Center where he practices individual, couple, and sex therapy.

Kurset starter 26. mai kl. 9 og avsluttes 27. mai kl. 17. Kurset godkjennes som vedlikeholdsaktivitet med 16 timer.

MEDLEMSPRIS: kr 6 700
PÅMELDINGSFRIST: 21. april 2016



NORSK PSYKOLOGFORENING – UTDANNINGS-AVDELINGEN

PB. 419 SENTRUM, 0103 OSLO, TLF. 23 10 31 30

FOR MER INFORMASJON OG PÅMELDING SE www.psykologforeningen.no/kurs_og_utdanning

Destruktiv lederadferd og mulige mottiltak

Festspillkurs 100-16, Bergen 26.–27. mai 2016

Målgruppe

Psykologer, leger eller akademikere med mastergrad i psykologi.

Målsetning

- Å gi en innføring i fenomenet destruktiv lederadferd (DL): konsept, konsekvenser og årsaker
- Å identifisere mulige mottiltak mot DL på individ og organisasjonsnivå
- Å gi en faglig basis for å kunne designe intervensjoner mot DL, personlig, som leder eller som organisasjonspsykolog eller organisasjonskonsulent

Innhold

- Destruktiv lederadferd; konsept, konsekvenser og årsaker
- Barrieremodell for uønskede hendelser
- Kasus, egne og fra kursledelse applisert på individ respektive organisasjonsnivå
- Individuelle intervensjoner: (a) bevisstgjørende, (b) simulering, kombinert med profesjonell tilbakemelding

Om kursleder

Leo Kant er psykolog – praktiker og forsker. Han er EuroPsy-sertifisert spesialist i arbeids- og organisasjonspsykologi, med over ti års fartstid innenfor beredskap- og kriseledelse. Forskningen som stipendiat ved Universitetet i Bergen er fokusert på destruktiv ledelse, dess årsaker og konsekvenser. Han er blant annet publisert i *The Leadership Quarterly*. Leo er en anerkjent taler og prisvinnende forskningsformidler. Leo Kant søker vanskelige spørsmål, men enkle tiltak. Skal et tiltak fungere en regnværsdag i Bergen må det bunne i både seriøse forklaringer og i noe som et feilbart menneske i farten kan klare av.

Kurset starter 26. mai kl. 9 og avsluttes 27. mai kl. 17. Kurset godkjennes som fritt spesialkurs og vedlikeholdsaktivitet med 16 timer.

MEDLEMSPRIS: kr 6 700
PÅMELDINGSFRIST: 21. april 2016



NORSK
PSYKOLOG
FORENING

NORSK PSYKOLOGFORENING – UTDANNINGSAVDELINGEN

PB. 419 SENTRUM, 0103 OSLO, TLF. 23 10 31 30

FOR MER INFORMASJON OG PÅMELDING SE [www.psykologforeningen.no/kurs og utdanning](http://www.psykologforeningen.no/kurs%20og%20utdanning)

Blå Kors Norge er landets største ideelle aktør innenfor rusfeltet. Organisasjonen har om lag 2600 individuelle medlemmer, 28 medlemsorganisasjoner, 52 virksomheter og hjelpetiltak, over 1000 ansatte og driver et omfattende arbeid innen forebygging, behandling og oppfølging. Et sentralt mål i organisasjonen er at faglig og frivillig kompetanse skal utfylle hverandre i et godt samspill. For mer info se www.blakors.no

Blå Kors Kompasset gir terapi og rådgivning til unge mellom 14 – 35 år som sliter med konsekvensene av å ha vokst opp med foreldre med alkohol- og/eller andre rusproblemer. Hjelpen er gratis og det kreves ikke henvisning. Hjelpen gis i form av individuell terapi, gruppebasert terapi og psykoedukative samlinger. For mer informasjon og konseptbeskrivelse www.kompasset.org

Kompasset i Sandnes søker etter

+ AVDELINGSLEDER - PSYKOLOGSPESIALIST/PSYKOLOG

Personer med 3-årig helse/sosialfaglig utdanning med relevant klinisk videreutdanning og erfaring kan også søke.

Avdelingsleder skal ha det faglige og administrative ansvaret for den daglige driften. Stillingen innebærer også terapeutisk arbeid, undervisning, presentasjonsoppdrag, samarbeid med kommune og andre samarbeidspartnere.

Ved behov for mer informasjon kontakt:

Virksomhetsleder Ingvil Øiestad Løvik, tlf. 474 57 892 eller avdelingsleder Gard Olav Berge tlf. 474 65 330.

Søknadsfrist: 01.03.2016

For mer informasjon og elektronisk søknadsskjema se:

www.blakors.no eller
www.jobbdirekte.no/blakors

Søknader som sendes utenfor søknadsskjema, vil ikke bli vurdert.



Blå Kors Kompasset gir terapi og rådgivning til unge mellom 14 – 35 år som sliter med konsekvensene av å ha vokst opp med foreldre med alkohol- og/eller andre rusproblemer. Hjelpen er gratis og det kreves ikke henvisning. Hjelpen gis i form av individuell terapi, gruppebasert terapi og psykoedukative samlinger. For mer informasjon og konseptbeskrivelse www.kompasset.org

Blå Kors Kompasset har avdelinger i Sandnes, Bergen, Oslo, Trondheim og Tromsø, og det arbeides nå aktivt for å starte opp i flere byer. Blå Kors ønsker å styrke ledelsen av Kompasset og søker etter

+ VIRKSOMHETSLEDER

Den som tilsettes vil få overordnet økonomisk, administrativt og faglig ansvar, og være nærmeste leder for alle avdelingslederne. Kompassets leder rapporterer til direktør i Blå Kors divisjon, Barn, Omsorg og Frivillighet og inngår i divisjonens ledergruppe.

Vi forutsetter at den som tilsettes kan identifisere seg med Blå Kors ideologi og verdisyn.

Personlig egnethet vil bli vektlagt.

Arbeidssted er i Oslo, men den som tilsettes må påregne betydelig reising.

Ved behov for mer informasjon kontakt:

Virksomhetsleder Ingvil Øiestad Løvik, tlf. 474 57 892 eller direktør Magnar Lie, tlf. 404 01 201.

Søknadsfrist: 12.02.2016

For mer informasjon og elektronisk søknadsskjema se:

www.blakors.no eller
www.jobbdirekte.no/blakors

Søknader som sendes utenfor søknadsskjema, vil ikke bli vurdert.



Diakonhjemmet Sykehus er lokalsykehus for 135 000 innbyggere i bydelene Frogner, Ullern og Vestre Aker. Sykehuset har utvidet ansvarsområde for alderspsykiatri og eldre med brudd, og regionsykehusfunksjoner innen revmatologi og revmakirurgi. Diakonhjemmet Sykehus er et ideelt diakonalt aksjeselskap eid av Diakonhjemmet Stiftelse.

Assisterende avdelingssjef ved Voksenpsykiatrisk avdeling Vinderen

Ved Voksenpsykiatrisk avdeling Vinderen, er det ledig 100 % fast stilling som assisterende avdelingssjef. Tiltredelse etter nærmere avtale.

Kontaktperson: Avdelingssjef Cecilie Skule, tlf. 22 49 84 12 / 92 03 28 54

Les mer om stillingen på www.diakonhjemmetsykehus.no hvor vi har fullstendig utlysning og elektronisk søknadsskjema.

Søknadsfrist: 25.02.16.



AKERSHUS UNIVERSITETSSYKEHUS

UIO : Universitetet i Oslo

Akershus universitetssykehus er Norges største akuttsykehus, og lokal- og områdesykehus for nær 10 % av Norges befolkning. Vi har et raskt voksende forskningsmiljø innen medisin og helsefag.

"Menneskelig nær – faglig sterk" er vår ledestjerne.

DPS Øvre Romerike - Allmennpoliklinikken Psykologspesialist

Ønsker du en spennende jobb i et godt arbeidsmiljø, med fokus på faglig utvikling?

Ved vår Allmennpoliklinikk har vi ledig to 100 % faste stillinger for psykologspesialister.

Spørsmål vedrørende stillingen kan rettes til Brita Angel-Jarman, enhetsleder, tlf. 63 94 12 00 eller Lene Zander Løkken, enhetsleder, tlf: 63 94 12 30.

Referansenr: 2879497152

Søknadsfrist: 20. februar 2016

Les mer om stillingen på www.ahus.no

www.ahus.no

HELSE SØR-ØST



Trasoppklinikken er en stiftelse som inngår i tverrfaglig spesialisert rusbehandling innenfor Helse Sør-Øst RHF. Målgruppen er alkohol- og medikamentavhengige / blandingsmisbrukere og deres familier/pårørende. Klinikken består av poliklinikk med vurderingskompetanse, dagbehandling for ruspasienter og familiemedlemmer, døgnklinikk med 35 plasser hvorav 6 plasser til elektiv avgiftning.

Trasoppklinikken søker avdelingsleder til poliklinikken – ny utlysning

Har du lyst til å jobbe som leder, men ikke miste kontakten med pasientene? Da kan det hende at Trasoppklinikken har lederjobben for deg.

Som avdelingsleder for poliklinikken vil du ha personalansvar for en tverrfaglig sammensatt personalgruppe på 10 behandlere. Behandlergruppen består av leger, psykologer, sykepleiere og sosionomer, de fleste med spesialisering eller videreutdanning relevant for rusfeltet. Du vil ha delansvar for måloppnåelse og rapportering jf. produksjonsavtale med Helse Sør-Øst, og samarbeide med faglig nestleder om det faglige ansvaret for poliklinisk drift. I tillegg vil du beholde kontakten med pasientgruppen ved at du har en mindre andel pasientkontakt individuelt, og som leder av terapeutiske grupper. Som avdelingsleder inngår du i klinikkens ledergruppe, og fag- og kvalitetsteam.

Du må ha minimum 3-årig helse- og sosialfaglig utdanning eventuelt psykolog/lege. Erfaring fra tverrfaglig spesialisert rusbehandling er en fordel. Erfaring og/eller videreutdanning innen ledelse vektlegges. Du må trives med å jobbe både selvstendig og team. Personlig egnethet er en forutsetning. Du må kunne snakke og skrive godt norsk.

Tiltredelse: snarest

Vi har også ledig **svangerskapsvikariat for psykolog/psykologspesialist på poliklinikken** med oppstart 1. mai 2016. For nærmere informasjon se www.trasoppklinikken.no

Vi kan tilby:

- En engasjerende arbeidsplass
- Ledelse av tverrfaglig personalgruppe
- Mulighet for videre-/etterutdanning og faglig oppdatering
- Pensjonsordning i KLP
- Lønn etter avtale

Nærmere opplysninger kan fås ved henvendelse til faglig nestleder Henning Meling eller klinikkssjef Kari Nådland på tlf. 23 34 82 00

Søknad sendes: Trasoppklinikken, Trasoppterrassen 25, 0672 Oslo

Søknadsfrist for begge stillingene: 22. februar 2016

MODUMBAD 
- en kilde til liv



Modum Bad er en diakonal, ideell stiftelse som skal fremme psykisk helse og livskvalitet, familierelasjoner og samliv ved behandling, forskning og forebygging.

Psykologspesialist/ psykolog

Avdeling for traumebehandling

Ved avdelingen er det ledig 100 % fast stilling som psykologspesialist/psykolog. Tiltredelse 01.06.16.

Kontakt:

Avdelingsleder Gun Abrahamsen,
tlf. 32 74 97 00.

Søk elektronisk via
www.modum-bad.no

Her finner du også
fullstendig utlysningstekst.



Søknadsfrist: 12. februar 2016 www.modum-bad.no

MODUMBAD 
- en kilde til liv



Modum Bad er en diakonal, ideell stiftelse som skal fremme psykisk helse og livskvalitet, familierelasjoner og samliv ved behandling, forskning og forebygging.

Dr.grads-stipendiat ved Forskningsinstituttet

Ved instituttet er det ledig 100 %
PhD-stilling for 3 år.

Kontakt:

Prosjektleder / PhD KariAnne Vrabel
eller professor Asle Hoffart på
tlf. 32 74 97 00.

Søk elektronisk via
www.modum-bad.no

Her finner du også
fullstendig utlysningstekst.



Søknadsfrist: 14. februar 2016 www.modum-bad.no

 **Oslo
universitetssykehus**

Psykolog / Psykologspesialist

**TIPS Sør-Øst - Regional kompetansetjeneste for
tidlig intervensjon ved psykose**

**Ledig 100 % fast stilling som Psykolog /
Psykologspesialist**

Vi søker deg som har klinisk erfaring med psykoselidelser, og som har lyst til å jobbe med problemstillinger knyttet til tidlig intervensjonsfeltet.

I tillegg ønsker vi at du også har erfaring fra eller stor interesse for formidling av både forskning og klinisk praksis.

Kontaktinfo: Kristin Lie Romm, leder, tlf. 970 09 863,
epost: Kristin.Lie.Romm@ous-hf.no

Ref.nr. 15-879 **Søknadsfrist: 08.02.2016**

For fullstendig annonse se: www.tips-kompetansesenter.no

Oslo universitetssykehus er lokalsykehus for deler av Oslos befolkning, regionsykehus for innbyggere i Helse Sør-Øst og har en rekke nasjonale funksjoner. Sykehuset er landets største med over 20 000 ansatte og har et budsjett på 17 milliarder kroner. Oslo universitetssykehus står for størstedelen av medisinsk forskning og utdanning av helsepersonell i Norge.

frantiz.no

- Trygghet når du trenger det mest

Sørlandet sykehus er Agders største kompetansebedrift, med over 7000 ansatte fordelt på ulike lokasjoner. Vi har ansvar for spesialisthelsetjenester innen fysisk og psykisk helse, og avhengighetsbehandling. I tillegg utdanner vi helsepersonell, forskere, og underviser pasienter og pårørende.

Kristiansand

Psykologspesialist/psykolog - DPS Strømme poliklinikk

Vi har ledig:

- 100 % st. fast som psykologspesialist/psykolog v/poliklinisk oppfølgingsteam
- 100% st. fast som psykologspesialist/psykolog v/allmenteamet
- I tillegg har vi også ledig 2 x 100% vikariater i allmenteamet, grunnet permisjoner i forbindelse med spesialiseringsløp

Tiltredelse etter avtale.

Opplysninger: Karen E. Bjørnstad Havåg, enhetsleder,
tlf. 38 07 63 00 eller Kenneth Lindberget, psykologspesialist,
tlf. 38 07 63 03.

Søknadsfrist: 26. februar 2016

Søknad og CV registreres elektronisk i vårt søknadsprogram. Informasjon og fullstendig utlysning finnes på www.sshf.no/jobb

Ønsker ikke kontakt med rekrutteringsbyrå/annonseselgere.

 **SØRLANDET SYKEHUS**

frantiz.no



En liten time fra Oslo, der hvor Glomma renner ut i havet finner du Norges sjette største by, Fredrikstad. 78.000 blide innbyggere, en urban bykjerne, et spennende og vakkert omland og en vakker skjærgård gjør sitt til at Fredrikstad er en av Norges mest attraktive byer å flytte til. Fredrikstad er kjent for sitt rike kulturliv og sine historiske tradisjoner. Gamlebyen er Nord-Europas best bevarte festningsby. Fredrikstad gir et godt bolig- og tjenestetilbud til befolkningen, og trygge oppvekst- og levekår. Fredrikstad har et variert miljø- og teknologibasert næringsliv. Rygge flyplass når du på 20 minutter, Oslo på en time og Gøteborg på vel to timer.

Fredrikstad kommune ønsker å være en arbeidsgiver hvor ulikheter og mangfold er en styrke. Kvalifiserte personer med innvandrebakgrunn og eller redusert funksjonsevne oppfordres til å søke. Kommunens verdier er Modig, Engasjert, Romslig og Kompetent. MERK Fredrikstad - så andre MERKer det!

Psykolog/psykologspesialist i Friskliv og mestring, 100 %

Friskliv og mestring er en virksomhet i seksjon for Helse og velferd i Fredrikstad kommune. Virksomheten er lokalisert på det nye Helsehuset på Kråkerøy og består av fem avdelinger: Rus og psykisk helse, Bo og mestring, Fysio- og ergoterapi, Bo og aktivitet og læring og mestring med Frisklivssentral.

100 % fast stilling som psykolog/psykologspesialist i avdeling Læring og mestring. Formålet med denne stillingen er å styrke det kommunale rus- og psykisk helsearbeidet ved å etablere et ressursteam etter modellen «Rask psykisk helsehjelp» (IAPT).

Hovedoppgaver

- Etablere tilbudet Rask psykisk helsehjelp (IAPT) operativt i daglig drift i Fredrikstad kommune
- Hovedansvar for å utvikle og bygge opp et flerfaglig sammensatt ressursteam knyttet til tilbudet
- Ha overordnet ansvar for faglig innhold, metodebruk, utarbeidelse av rutiner og prosedyrer
- Skape samarbeidsrelasjoner, internt i kommunen, i spesialisthelsetjenesten og med fastleger
- Lede teammøter, ha hovedansvar for gjennomføring av evaluering og rapportering
- Delta i utvikling og gjennomføring av lærings- og mestringskurs / -grupper sammen med brukere og andre faggrupper

Kvalifikasjoner

- Du har norsk autorisasjon som psykolog
- Du har kompetanse og erfaring fra endringsarbeid arbeid med mennesker med psykisk helseutfordringer
- Du har kompetanse og erfaring med kortvarig behandling, bl.a. med metoden kognitiv adferdsterapi
- Du har god muntlig og skriftlig fremstillingsevne

Vi ønsker en person med:

- Et særlig engasjement for målgruppen og evne til å kunne vurdere og å intervensere raskt
- Evne til å fokusere på helsefremmende aktiviteter og livsmestring i et helhetsperspektiv
- God relasjonskompetanse og evne til faglig refleksjon
- Evne til å arbeide strukturert og selvstendig
- Gode samarbeidsevner og engasjement for teamarbeid og gruppeprosesser

Vi kan tilby

- Deltagelse i nettverkssamlinger og andre aktiviteter i regi av Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid (NAPHA)
- Tilhørighet i en virksomhet som er i stadig utvikling knyttet opp mot endrede behov i samfunnet

- Et spennende arbeidsmiljø med flerfaglig sammenheng og ulike tjenester under samme tak på Helsehuset i Fredrikstad
- Gode pensjonsordninger i KLP

Lønnsopplysninger

Stillingen er direkteplassert i stillingskode 8470 psykolog/psykologspesialist med en årslønn på kr 525.000/650.000.

Søknad sendes

Fredrikstad kommune benytter elektronisk søknadsprosess. Gå inn på www.fredrikstad.kommune.no under kunngjøringer/ledige stillinger.

Har du problemer med den elektroniske søknadsprosessen, ta kontakt med førstesekretær Cecilie Gül på tlf. **69 30 67 67**.

Offentlighet

Opplysninger om søkeren kan bli offentliggjort selv om søkeren har bedt om å bli unntatt offentligheten. Søkere som har bedt om unntak fra offentligheten vil bli varslet dersom dette ønsket ikke kan imøtekommes (offentlighetsloven § 25). Det vil gå frem av den offentlige søkerlisten hvor mange søkere det har vært og hvilket kjønn de har.

Søknadsfrist 14.02.2016

Utlyst dato 19.01.2016

Vår ref. 3919

Kontaktperson

Leif Nybøle, virksomhetsleder

tlf. 950 40 114, e-post leny@fredrikstad.kommune.no

Hilde Freim, avdelingsleder læring og mestring

tlf. 479 75 934, e-post hilfre@fredrikstad.kommune.no

Thomas Knutsen

tlf. 472 72 526, e-post thoknu@fredrikstad.kommune.no

Nordlandssykehuset HF har følgende stillinger ledig:

Vesterålen DPS, Voksenpsykiatrisk poliklinikk

Psykologspesialist / psykolog

• Vesterålen DPS har ledig 100 % fast stilling

Som psykologspesialist / psykolog ved Vesterålen DPS vil du få varierte arbeidsoppgaver i en tverrfaglig sammensatt poliklinikk. Dine kollegaer har ulik fagbakgrunn og lang erfaring. Vi samarbeider godt internt og eksternt, samt jobber strukturert med pasientbehandling.

Arbeidsoppgaver

- Klinisk arbeid: utredning, diagnostiske og behandling
- Intern og ekstern veiledning og undervisning

Kontaktinfo: Enhetsleder, Rolf-Thore Mikalsen, tlf. 975 18 833 eller avdelingsleder, Tony Bakkejord, tlf. 997 96 568

Søknadsfrist: 15. februar 2016

Fullstendig utlysning og elektronisk søknadsskjema:
www.nlsh.no

frantz.no



Helgelandssykehuset HF er et helseforetak som består av sykehusenheter i Mo i Rana, Mosjøen og Sandnessjøen med hovedkontor i Mo i Rana. Gjennom pasientfokus og samhandling skal helseforetaket sikre et trygt og framtidsrettet tjenestetilbud basert på kvalitet, trygghet og respekt. De tre lokalsykehusene har tilsammen ca 1350 årsverk og foretaket gir et lokalsykehustilbud ca 77 000 innbyggere på Helgeland.

Psykiatrisk senter ytre Helgeland

Psykologspesialist / psykolog

• Ett års vikariat

Voksenpsykiatrisk poliklinikk Sandnessjøen søker dyktig og faglig oppdatert psykologspesialist / psykolog til vikariat i 100 % stilling.

Sandnessjøen ligger i Alstahaug kommune, Nordland, og avdelingens opptaksområde består av kommunene Alstahaug, Leirfjord, Dønna, Herøy, Træna og Lurøy med til sammen ca 14.000 innbyggere.

Vi er en allmennpsykiatrisk poliklinikk med differensierte behandlingstilbud. Behandlingen består av individuell terapi, rusbehandling, gruppeterapi, ambulant virksomhet og familierapi.

Kontaktperson: Lena Nordøy Swintynk, tlf. 75 06 54 60 / 992 53 674, e-post: lena.nordoy.swintynk@helgelandssykehuset.no

Søknadsfrist 21. februar 2016

Fullstendige annonsetekster, samt lenke til elektronisk søknadsskjema finnes på helgelandssykehuset.no/jobb
Vi ønsker ikke kontakt med annonseselgere!

frantz.no



Nordlandssykehuset HF har følgende stillinger ledig:

BUP Lofoten, Gravdal, poliklinisk seksjon

Psykolog

• 100 % fast stilling.

Arbeidsoppgaver

- Diagnostisk utredning og vurdering for å kunne tilrettelegge behandlingstiltak for barn og ungdom
- Individuell terapi og familierapi
- Tverrfaglig samarbeid internt med våre samarbeidspartnere
- Bidra faglig gjennom veiledning, undervisning og teamarbeid

Kvalifikasjoner

- Psykolog - helst med kompetanse i arbeid med barn, ungdom og familier
- Erfaring fra poliklinisk arbeid

For nærmere opplysninger kontakt enhetsleder/konstituert overlege Marenanne Liljedal, tlf. 913 68 939.

Søknadsfrist: 15. februar 2016

Fullstendig utlysning og elektronisk søknadsskjema:
www.nlsh.no

frantz.no



Helse Nord-Trøndelag HF er en av Nord-Trøndelags største og viktigste organisasjon med 2750 kompetente og motiverte medarbeidere fordelt på Sykehuset Namsos, Sykehuset Levanger, DPS Kolvereid og DPS Stjørdal. Helse Nord-Trøndelag har et omfattende spesialisttilbud og er innenfor enkelte sykehusfunksjoner blant de fremste i landet. Foretakets forretningsadresse er 7600 Levanger. Les mer om oss på www.hnt.no

Helse Nord-Trøndelag

Sykehuset Namsos

Habiliteringstjenesten for barn og unge

har ledig følgende stilling:

Psykologspesialist / psykolog

• 100 % fast stilling

Den som tilsettes må beherske norsk for skriftlig og muntlig kommunikasjon.

Referansenr. 2892172386.

Nærmere opplysninger om stillingene fås ved henvendelse til Anita Hoff, seksjonsleder, tlf. 74 09 83 02 eller Randi Brenne Dreier, avdelingsleder, tlf. 74 09 87 10.

Søknadsfrist: 14. februar 2016

Foretaket har elektronisk søknadsbehandling og det oppfordres å fremme søknaden via Helse Nord-Trøndelag hjemmeside (www.hnt.no) – der du også vil finne fullstendig utlysningstekst.

frantz.no



Vi søker:

Psykologspesialist

100 % fast stilling



Kirkens Sosialtjeneste er en landsomfattende, ideell, diakonal stiftelse som driver 17 virksomheter innen helse- og sosialfeltet. Vårt slagord er: Det finnes alltid muligheter!

Kirkens Sosialtjeneste TSB Stavanger er en behandlingstjeneste for unge rusmiddel-avhengige. Vi holder til på Tjensvoll i Stavanger og jobber på oppdrag fra Helse Vest RHF. Virksomheten har døgnklinikk med 15 døgnplasser og poliklinikk. Klinikken er en del av Tverrfaglig Spesialiserte Behandlingstjenester (TSB) og har tverrfaglig bemanning bestående av sosionomer, sykepleiere, lege, psykologer m.fl.

Arbeidsoppgaver

Psykologene har oppgaver innen diagnostikk, behandling, veiledning, inntaksarbeid og tverrfaglig samarbeid internt/ekstern. Oppgaver både i døgnklinikk og poliklinikk. Stillingen kan bli tillagt noe faglig ansvar og lederfunksjoner i linjen under virksomhetsleder.

Kvalifikasjoner

- Godkjent psykologspesialist
- Spesialisering innen rus- og avhengighetsproblemer er en fordel

Vi ser etter en medarbeider som er personlig egnet og har relevant erfaring. Psykolog som snart er spesialist, kan også søke. Søker må beherske norsk skriftlig og muntlig.

Vi tilbyr en arbeidsplass med engasjerte medarbeidere, tverrfaglig samarbeid og muligheter for faglig utvikling. Vi har gode forsikrings- og pensjonsordninger. Lønn etter avtale. Tiltredelse så raskt som mulig.

Ta gjerne kontakt med

seksjonsleder Nora Blaasvær tlf. 995 53 052, virksomhetsleder Anne Kari Dahl tlf. 940 26 500 eller psykologspesialist Tordis Stokke tlf. 416 46 982, virksomhetsleder ved Kalfaret Behandlingssenter som er faglig veileder for institusjonen vår.

Søknad med CV sendes på e-post til: tsb.stavanger@s-ks.no innen **10.02.16**.

Øyane DPS har ledig faste stillingar som Psykologspesialist

Øyane DPS betener kommunane Fjell, Sund, Øygarden og Askøy. Området har hatt sterk befolkningsvekst og er i ein unik posisjon ved at DPS-tilbodet fortsatt veks og styrkast. Poliklinikken er i gang med å etablere eit team for MBT under rettleiing av psykiater Sigmund Karterud som har lang erfaring og spesialkompetanse innanfor dette feltet. MBT behandling gis individuelt og i gruppe. Det er moglegheit for å bli ein del av dette teamet. I 2016 vil Øyane DPS få opplæring i utgreiing og behandling av traumer i regi av RVTS.

Vi ønsker oss fleire engasjerte og fagleg sterke psykologspesialistar som kan bidra i utviklinga av Øyane DPS og vi vil ha kontakt med deg som har noko du brenn for i utgreiing og behandling av psykiske lidingar.

Ønsker du å bidra i eit Distriktpsykiatrisk senter i vekst?

Kontakt: Ass. klinikkdirektør Anne Seim Grønningsæter, tlf. 90778943

Referansnr.: 2889053034 **Søknadsfrist:** 14.02.2016

Kronstad DPS har ledig fast stilling som Psykologspesialist

Kronstad Distriktpsykiatrisk Senter (DPS) har ansvar for 3 bydelar i Bergen, Bergenhus, Årstad og Ytrebygda og er lokalisert i eit nytt og moderne bygg på Danmarks plass. Stillinga er knytt til Ambulant akutteam (AAT), som er organisert som eitt av tre team ved almennpoliklinikk Bergenhus. Frå 1 mars 2016 blir AAT si bemanning styrka med psykiater, to psykologspesialistar og ein psykolog, i tillegg til psykiatrisk sjukepleiarar. Det er tilsett fagpersonar i alle stillingane utanom stillinga som no blir utlyst. AAT er ei poliklinisk teneste som gir rask hjelp til pasientar i psykiske krise. Ei av hovudmålsettingane med oppfølging av AAT er å unngå unødige innleggingar på sjukehus og bidra til å gjere utskrivingar frå døgnbehandling tryggare og betre. AAT kan tilby samtalar både heime og ved poliklinikken og har høve til å følge opp pasientar i avgrensa behandlingsforløp.

Kontakt: Seksjonsleiar Kristin Johannessen eller Klinikkovertlege Lars Onsrud på telefon 55 95 60 00

Referansnr.: 2897304214 **Søknadsfrist:** 28.02.2016



Les meir og søk stilling:
www.helse-bergen.no/JobbOgUtdanning

Helse Vest RHF (regionalt helseføretak) har det overordna ansvaret for spesialisthelsetenesta i Rogaland, Hordaland og Sogn og Fjordane. Helse Vest RHF eig fem helseføretak; Helse Førde, Helse Bergen, Helse Fonna, Helse Stavanger og Sjukehusapoteka Vest, i tillegg til Helse Vest IKT AS. Helseføretaka har om lag 27 300 medarbeidarar, omfattar femti sjukehus og institusjonar, og yter helsetenester til nær 1,1 million innbyggjarar.

Helse Vest RHF

100 % avtaleheimel i klinisk psykologi på Voss

100 % avtaleheimel for godkjend spesialist i klinisk psykologi på Voss er ledig frå 01.05.2016.

Sentrale moment i vurdering av søkjarane vil mellom anna vere:

- erfaring og praksis, medrekna erfaring som spesialist
- eigenskapar for heimelen
- innretning av praksis
- samarbeid med andre

Praksis skal drivast i samsvar med den til kvar tid gjeldane rammeavtale mellom Helse Vest og Norsk psykologforening.

Avtalespesialisten skal bidra til å oppfylle «sørge for»-ansvaret til Helse Vest. Det inneber mellom anna at avtalespesialisten foretar undersøkingar, diagnostikk og behandling i medhald av regionale og nasjonale mål og prioriteringar og lovgiving, jf. punkt 6.1 i rammeavtalen. Avtalespesialisten skal ha eit nært fagleg forpliktande samarbeid med Voss DPS om oppgåvefordeling og for å sikre gode pasientforløp. Avtalespesialisten skal også i et visst omfang kunne ta imot pasientar som blir tilvist frå Voss DPS. Dette vil bli regulert nærare i den individuelle driftsavtalen.

Andre vilkår, rammer og føringar knytt til drift av praksis vil også bli gjenstand for drøftingar mellom Helse Vest og aktuell søkjar – før det vert gitt tilbod om avtaleheimelen.

Spørsmål om heimelen kan rettast til Helse Vest ved Torleiv Bergland, tlf. 51 96 38 22.

Skriftleg søknad med relevante opplysningar, CV og sannkjende kopiar av attestar og godkjenningar skal sendast til **Helse Vest RHF, Postboks 303 Forus, 4066 Stavanger.**

Søknadsfrist er tre veker etter utlysing.



Vestre Slidre kommune
ein god stad å bu

PSYKOLOG

Vestre Slidre kommune lyser ut stilling for psykolog i 100 % eittårig engasjement knytt til psykisk helseteneste i kommunen. Hovudarbeidsoppgåver vil vere

- Oppfølging av brukarar og vegleing av tilsette i psykisk helseteneste, skulehelseteneste og helsestasjon
- Oppfølging av bebuarar ved asylmottak

Me kan tilby eit godt arbeidsmiljø i ein spanande region. Løn etter avtale og elles tilsetting på dei vilkår og med dei pliktar som følgjar av gjeldande lovverk, reglement og tariffavtalar.

Kontaktperson:

Nærare opplysningar om stillinga kan gjevast av kommunalsjef Martin Sæbu, tlf. 952 08 137, e-post martin.sebu@vestre-slidre.kommune.no

Søk her:

<http://www.vestre-slidre.kommune.no/ledige-stillingar/>

Søknadsfrist: 14. februar

PSY
KOL
OGI

SØKER DU JOBB?

Ønsker du å lese stillingsannonserne fra Psykologtidsskriftet raskest mulig? Vi sender deg gjerne oversiktlisten som du kan sjekke på Internett. Alle stillingsannonserne som trykkes i Tidsskriftet finner du også på **www.psykologtidsskriftet.no/ Stillingsannonser**

Send e-post til **tidsskrift@psykologtidsskriftet.no** og meld din interesse.

N.K.S. Jæren distriktpsikiatriske senter AS er en privat ideell institusjon som eies og drives av Norske Kvinners Sanitetsforening, Rogaland, har driftsavtale med Helse Vest og pensjonsordning i KLP. Senteret har ca. 150 årsverk og ligger sentralt på Bryne med gåavstand til jernbane og bussholdeplass. Les mer om oss på www.jdps.no.

N.K.S. Jæren distriktpsikiatriske senter søker:

Psykologspesialist/psykolog

Fast 100% stilling

Stillingen er knyttet til sengepost Kløver 2 og Mestringspoliklinikken. Mestringspoliklinikken er en nyopprettet enhet, satt sammen av en psykoepoliklinikk og et ACT team. Psykologen vil ha sitt arbeid likt fordelt mellom psykoepoliklinikk og sengepost, stillingen rapporterer til enhetsleder i Mestringspoliklinikken. For å lese mer og søke på stillingen se www.jdps.no.

Søknadsfrist: 15.02.2016

For flere opplysninger, kontakt Jæren DPS på 51 77 69 00 og spør etter enhetsleder for Kløver 2 eller for Mestringspoliklinikk. Se også www.jdps.no.



Jæren dps

N.K.S. Jæren distriktpsikiatriske senter AS



Sykehuset Innlandet HF



Sykehuset Innlandet HF's oppgaver er pasientbehandling, utdanning, forskning og opplæring av pasienter og pårørende. Vi har virksomhet på mer enn 40 ulike steder i Hedmark og Oppland innen somatikk, psykisk helsevern, rusomsorg og prehospitaltjenester. Som ett av landets største helseforetak med 8500 ansatte og et stort antall faggrupper, har vi Innlandets største kompetansemiljø.

Vi trenger din kompetanse

Psykologspesialist og psykolog

Divisjon psykisk helsevern, Distriktpsikiatrisk senter Kongsvinger

Psykolog 100 % fast stilling

Psykologspesialist 100 % fast stilling
(Ref.nr. 2887821888)

Vi er en poliklinikk i vekst som har et særlig fokus på fagutvikling og samarbeid internt og eksternt

Kontakt: Enhetsleder Aino Svarerud eller psykologspesialist Erik Selseth tlf 62 88 75 00

Søknadsfrist: 25. februar 2016

Informasjon om våre ledige stillinger, se www.sykehuset-innlandet.no/jobb

HELSE SØR-ØST



Sykehuset Innlandet HF



Sykehuset Innlandet HF's oppgaver er pasientbehandling, utdanning, forskning og opplæring av pasienter og pårørende. Vi har virksomhet på mer enn 40 ulike steder i Hedmark og Oppland innen somatikk, psykisk helsevern, rusomsorg og prehospitaltjenester. Som ett av landets største helseforetak med 8500 ansatte og et stort antall faggrupper, har vi Innlandets største kompetansemiljø.

Vi trenger din kompetanse

Psykolog

Divisjon psykisk helsevern, Distriktpsikiatrisk senter Gjøvik, Poliklinikk Hadeland

- Psykolog 100% fast stilling ved akutt-ambulant team
- Psykolog 100% fast stilling ved rusteam (TSB)
(Ref.nr. 2896706612)

Kontakt: Angelika Westby, enhetsleder, tlf. 414 50 113.

Søknadsfrist: 16. februar 2016

Informasjon om våre ledige stillinger, se www.sykehuset-innlandet.no/jobb

HELSE SØR-ØST

NORSK PSYKOLOGFORENING

SENTRALSTYRET

President

Tor Levin Hofgaard
tor.levin.hofgaard@
psykologforeningen.no
918 65 931

Visepresidenter

Rune Frøyland
rfroey@online.no
450 30 522

Birgit Aanderaa
biraan@ous-hf.no
917 12 983

Medlemmer

Kjetil Kaasin
kjetil.kaasin@sthf.no
35 00 57 00

Geir Skauli
geir.skauli@skien.
kommune.no
907 90 513

Aina Holmén
aina@psykologforeningen.no
986 64 501

Ane Johnsen Lien
ane@bjornson.no
414 02 259

Jarle Refnin
jarref@so-hf.no
916 90 509

Børge Mathiassen
borge.idar.mathiassen@
unn.no
996 29 438

**Britt Randi Hjartnes
Schjødt**
bibihj@gmail.com
922 99 371

Studentrepresentanter

**Tuva Emilie Haugdahl
Røskar**
tuva.roskar@gmail.com
416 61 585

Rikke Pauline Sandvik
rikkepsandvik@gmail.com
905 74 666

Varamedlemmer

Nina Dalen
nina.dalen@
nevropsykolog.no
909 41 650

Joar Øveraas Halvorsen
joar.halvorsen@svt.ntnu.no
922 56 656

**Ragnhild Klingenberg
Stokke**
ragnhildkstocke@gmail.com
414 21 366

Anne Kulseng Berg
akulseng@online.no
928 60 119

LOKALAVDELINGER

Akershus
Trygve A. Sætherskar
tsaetherskar@hotmail.com
472 52 963

Aust-Agder
Else Håvås
elsehav@hotmail.com
920 44 329

Buskerud
Elisabeth Pettersson
elisp2@online.no
950 68 460

Finnmark
Kristine Knappskog
kristineknappskog@gmail.
com
977 93 644

Hedmark
Ingvild Knutssen Moen
ingvildkm@me.com
936 50 674

Hordaland
Bjarte Bruntveit
bjarte.bruntveit@helse-
bergen.no
909 98 052

Møre og Romsdal
Magne Storvik
magne.storvik@helse-mr.no
482 82 553

Nord-Trøndelag
Stein Aage Henriksen
stein.aage.henriksen@nav.no
472 37 900

Nordland
Adriana Ochoa
psykolog.adriana.ochoa@
gmail.com
482 40 790

Oppland
Marthe Ø. Nordberg
marthe.nordberg@
sykehuset-innlandet.no
61 14 50 51

Oslo
Inge-Arne Teigset
psykolog.teigset@gmail.com
22 02 92 44

Rogaland
Klara Øverland
klara.overland@uis.no
406 08 818

Sogn og Fjordane
Karen-Merete Bruland
karen-merete.bruland@
bufetat.no
991 08 520

Sør-Trøndelag
Morten Thorsen
morten.thorsen@nav.no
73 43 81 80

Telemark
Birgitte Lindøe
birgitte.lindoe@
borgestadklinikken.no
473 83 123

Troms
Elisabeth Growen Borch
elisabeth@njaal.net
988 75 422

Vest-Agder
Ann Birgithe S. Eikhom
abseikhom@gmail.com
971 29 052

Vestfold
Anne-Kristin Imenes
anne.kristin.imenes@
gmail.com
907 55 410

Østfold
Harald Sandnes
hasandne@online.no
930 94 209

FAGETISK RÅD

Gisken Holst, leder
Rådgivningstelefon
480 58 723, onsdager
kl 1500–1700

ANKEUTVALG FOR FAGETISKE KLAGESAKER

Knut Dalen, leder, e-post
knut.dalen@nevropsykolog.
no, tlf. 958 06 868

LØNNS- OG ARBEIDS- MARKEDSUTVALGET

Rune Frøyland, leder,
tlf. 450 30 522
Birgit Aanderaa, nestleder,
tlf. 917 12 983
Bjarte Bønes Bruntveit,
Spekter-helse, tlf. 909 98 052
Ingvild Gregersen, Spekter-
helse, tlf. 957 27 801
Lone Løvschall, KS,
tlf. 952 28 184
Marianne Sand, Stat,
tlf. 930 56 103
Helene Kindle-Skau, Virke/
HUK, tlf. 924 28 703
Knut Follesø, Privatpraksis,
tlf. 920 37 744
Erik Holand, Helse Nord,
tlf. 958 28 018
Mats Larsen, Helse Sør-Øst,
tlf. 952 80 577

FORHANDLINGS- UTVALG FOR PRIVAT PRAKSIS

Rune Frøyland, leder,
e-post rfroey@online.no,
tlf. 67 92 20 40

SPEKIALITETSRÅDET

Birgit Aanderaa, leder,
e-post biraan@ous-hf.no,
tlf. 917 12 983

KVALITETSUTVALGET

Birgit Aanderaa, leder,
e-post biraan@ous-hf.no,
tlf. 917 12 983

**SPECIALIST-
UTVALGENE****Felleselementene**

Per-Einar Binder, leder,
e-post per.binder@psykp.uib.
no, tlf. 995 00 313

**Klinisk barne- og
ungdomspsykologi**

Krister Westlye Fjermestad,
leder, e-post kjf@frambu.no,
tlf. 942 01 947

Klinisk familiepsykologi

Hans Christian Lunder,
leder, e-post hans.chr.
lunder@hotmail.com,
tlf. 994 82 181

**Psykologisk arbeid med rus
og avhengighetsproblemer**

Eva Karin Løvaas,
leder, e-post eva.karin.
loevaas@bergenclinics.no,
tlf. 55 90 88 00

Klinisk eldrepsykologi

Eli Soldal, leder, e-post
eli@soldal.org, tlf. 481 11 153

**Klinisk psykologi
med psykoterapi**

Roar Olsen, leder,
e-post roar9@online.no,
tlf. 920 95 894

Klinisk voksenpsykologi

Else-Marie Molund,
leder, e-post else-marie.
molund@psykologene.no,
tlf. 481 33 860

Klinisk nevropsykologi

Jørgen Sundby, leder,
e-post jorgen.sundby@uit.no,
tlf. 992 68 772

Psykologisk habilitering

Nils-Øivind Offernes, leder,
e-post nils@offernes.com,
tlf. 958 40 362

Klinisk arbeidspsykologi

Marit Hannisdal, leder,
e-post marit.hannisdal@
diakonsyk.no, tlf. 950 65 234

Klinisk samfunnspsykologi

Kjersti Hildonen, leder,
e-post kj_hildonen@hotmail.
com, tlf. 907 85 288

Organisasjonspsykologi

Rudi Myrvang, leder, e-post
rudi.myrvang@cut-e.no,
tlf. 906 03 555

**GODKJENNINGS-
UTVALGET**

Odd Arne Tjersland,
leder, e-post o.a.tjersland@
psykologi.uio.no,
tlf. 977 37 785

**ANKEUTVALGET FOR
SPECIALISTSAKER**

Kim Larsen, leder, e-post
kim.larsen@so-hf.no,
tlf. 69 32 62 24

**FAGUTVALG FOR
RETTPSYKOLOGI OG
SAKKYNDIGHET**

Kirsten Rasmussen, leder,
e-post kirsten.rasmussen@
svt.ntnu.no, tlf. 73 59 78 33

**STUDENTPOLITISK
UTVALG**

**Tuva Emilie Haugdahl
Røskar**, NTNU, leder, e-post
tuva.roskar@gmail.com,
tlf. 416 61 585

**FORSKNINGSPOLITISK
UTVALG**

Roger Hagen, leder, e-post
roger.hagen@svt.ntnu.no,
tlf. 481 09 789

**MENNESKERETTIG-
HETSUTVALGET**

Nora Sveaass, leder, e-post
nora.sveaass@psykologi.uio.
no, tlf. 958 09 001

TESTPOLITISK UTVALG

Jens Egeland, leder, e-post
jens.egeland@piv.no,
tlf. 908 91 121

**YNGRE PSYKOLOGERS
UTVALG**

Henriette Linnea Alsaker,
leder, e-post ypu@
psykologforeningen.no,
tlf. 997 22 725

**VALGKOMITEEN
I NORSK
PSYKOLOGFORENING**

Jogeir Sognnæs, leder,
e-post jogeir61@gmail.com,
tlf. 918 16 155

SEKRETARIATET

Tlf. 23 10 31 30
Ole Tunold, generalsekretær
Gøril Wiker,
kommunikasjonssjef,
e-post goril.wiker@
psykologforeningen.no
Per Halvorsen, webredaktør,
e-post per.halvorsen@
psykologforeningen.no

Administrasjonsavdeling

Linda T. Grønås,
administrasjonssjef,
e-post linda@
psykologforeningen.no
Toril Dyrhøvd,
nestleder, e-post toril@
psykologforeningen.no

Forhandlingsavdeling

Christian Zimmermann,
forhandlingssjef

Joakim Solhaug, nestleder
Kontakt
forhandlingsavdelingen@
psykologforeningen.no

Fagpolitisk avdeling

Andreas Høstmælingen,
fagsjef, e-post andreas@
psykologforeningen.no
Aina Fraas Johansen,
nestleder, e-post aina.f.j@
psykologforeningen.no

Utdanningsavdeling

Bjørnhild Stokvik,
utdanningssjef,
e-post bjornhild@
psykologforeningen.no
Eva Danielsen,
nestleder, e-post eva@
psykologforeningen.no
Kontakt kurs@
psykologforeningen.no

**NORSK
PSYKOLOGFORENING**

Pb. 419 Sentrum, 0103 Oslo
Besøksadresse: Kirkegata 2
Tlf. 23 10 31 30
Faks 22 42 42 92
E-post post@
psykologforeningen.no
Hjemmeside
www.psykologforeningen.no

For mer informasjon, se
www.psykologforeningen.no

TIDSSKRIFT FOR NORSK PSYKOLOGFORENING

Pb. 419 Sentrum, 0103 Oslo
 Besøksadresse:
 Grev Wedels plass 4

FAGLIGE MED-ARBEIDERE I PSYKOLOG-TIDSSKRIFTET

Trine Anstorp, Regionalt ressurscenter om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging
Kjersti Arefjord, Universitetet i Bergen
Eva Dalsgaard Axelsen, Universitetet i Oslo
Henning Bang, Universitetet i Oslo
Per-Einar Binder, Universitetet i Bergen
Anne Inger Helmen Borge, Universitetet i Oslo
Tim Brennen, Universitetet i Oslo
William Brochs-Haukedal, Norges handelshøyskole
Nikolai Czajkowski, Universitetet i Oslo
Knut Dalen, Universitetet i Bergen
Gudrun Dieserud, Nasjonalt folkehelseinstitutt
Fanny Duckert, Universitetet i Oslo
Atle Dyregrov, Senter for krisepsykologi

Tor-Johan Ekeland, Høgskulen i Volda
Ståle Einarsen, Universitetet i Bergen
Hege R. Eriksen, Universitetsforskning Bergen
Anders Martin Fjell, Universitetet i Oslo
Magne Arve Flaten, Universitetet i Tromsø
Rolf W. Gråwe, St. Olavs hospital
Siri Erika Gullestad, Universitetet i Oslo
Roger Hagen, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet
Odd E. Havik, Universitetet i Bergen
Anthony Hawke, Familievernkontoret i Stavanger
Asle Hoffart, Modum Bad
Arne Holte, Nasjonalt folkehelseinstitutt
Hanne Haavind, Universitetet i Oslo
Reidun Ingebretsen, Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring
Tine K. Jensen, Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress
Leif Edward Ottesen Kennair, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet
Stein Knardahl, Statens arbeidsmiljøinstitutt
Gerd Kvale, Universitetet i Bergen

Øyvind Kvello, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet
Kim Larsen, Sykehuset Østfold
Arild Lian, Bredtvet kompetansesenter
Gro Therese Lie, Universitetet i Bergen
Astri J. Lundervold, Universitetet i Bergen
June Ullevoldsæter Lystad, Oslo Universitetssykehus
Svein Magnussen, Universitetet i Oslo
Øyvind Lund Martinsen, Handelshøyskolen BI
Willy-Tore Mørch, Universitetet i Tromsø
Simon-Peter Neumer, RBUP Øst og Sør, Oslo
Geir Høstmark Nielsen, Universitetet i Bergen
Hans Nordahl, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet
Inger Hilde Nordhus, Universitetet i Bergen
Terje Ogdén, Atferdssenteret – Unirand
Ståle Pallesen, Universitetet i Bergen
Magne Raundalen, Senter for krisepsykologi
Sissel Reichelt, Universitetet i Oslo
Ivar Reinvang, Universitetet i Oslo
Astrid M. Richardsen, Handelshøyskolen BI

Jan H. Rosenvinge, Universitetet i Tromsø
Bjørn Rishovd Rund, Universitetet i Oslo
Frida Gullestad Rø, Universitetet i Oslo
Michael Helge Rønnestad, Universitetet i Oslo
Gro Mjeldheim Sandal, Universitetet i Bergen
Per Øystein Saksvik, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet
Borrik Schjødt, Haukeland universitetssykehus
Jan Skjerve, Universitetet i Bergen
Ingunn Skre, Universitetet i Tromsø
Arvid Skutle, Stiftelsen Bergensklinikkene
Lars Smith, Nasjonalt kompetansenettverk for sped- og småbarns psykiske helse
Håkan Sundberg, Universitetet i Bergen
Frode Svartdal, Universitetet i Tromsø
Nora Sveaass, Psykologisk institutt, Universitetet i Oslo
Stephen von Tetzchner, Universitetet i Oslo
Odd Arne Tjersland, Universitetet i Oslo
Bente Træen, Universitetet i Oslo
Merete Øie, Sykehuset Innlandet HF
Simon Øverland, Universitetet i Bergen

Til bidragsyterne: Faglige bidrag sendes i redigerbar, elektronisk form (word-format) til sjefredaktør Bjørnar Olsen: bjornar@psykologtidsskriftet.no. Filnavnet skal inkludere navn på førsteforfatter. Bare ferdigstilte tekster blir vurdert. Ved oversendelse må manus være i overensstemmelse med retningslinjer og lengdekrav (psykologtidsskriftet.no, se: *Skriv for oss*). «Faglig bidrag» oppgis som e-postens tittel. E-postens hoveddel skal innholde navn på artikkel og forfattere, sammendrag på inntil 130 ord, og det totale antall tegn i bidraget (inkl. mellomrom). Det bør komme fram om artikkelen passer som f.eks. fagbulletin (maks 12 000 tegn), fagartikkel (18 000–28 000 tegn), fagessay (maks 20 000 tegn), «fra praksis»-bidrag (maks 15 000 tegn), eller «faglig innspill» (7 000–15 000 tegn). Avklar også om artikkelen bygger på en student- eller spesialistoppgave.

Abonnement: Tidsskriftet utkommer den første i hver måned. Medlemskap i Norsk psykologforening inkluderer abonnement. For ikke-medlemmer er abonnementsprisen for privatabonnement kr 1445 per år, bedriftsabonnement kr 2250, portotillegg utland. Løssalg ordinære utgaver kr 150 + porto/eksp.gebyr.

Annonser: Kontakt Unni Sandland, tlf. 23 10 31 33, e-post tidsskrift@psykologtidsskriftet.no eller www.psykologtidsskriftet.no, se: *For annonsører* for informasjon om annonsering.

Frist for innlevering av annonser:
 16.02, 11.03, 18.04, 18.05, 16.06, 18.07, 18.08,
 19.09, 18.10, 18.11