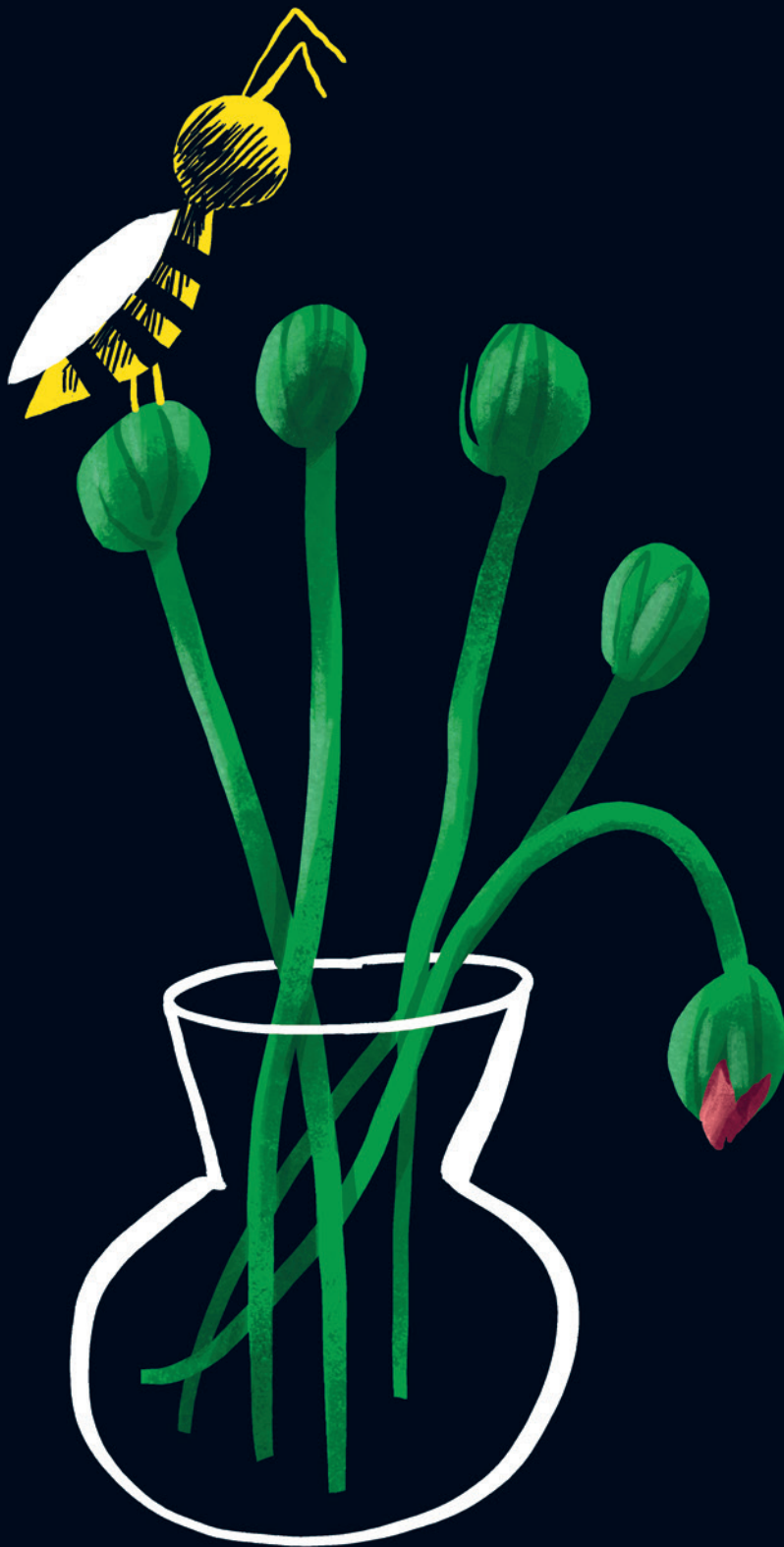


TIDSSKRIFT FOR NORSK PSYKOLOGFORENING



PSY KOL OGI

Vol.53 nr.5 2016

Birgit Valla:
**- Legg vekk
diagnosene**
Meninger

**SKADELIG
SEKSUELL
ATFERD
HOS GUTTER**

*Vitenskapelig artikkel
ved Jensen et al.*

**Klinisk
helsepsykologi**
Fra praksis

Boudik Kaltenborn

ISSN 0332-6470



9 770332 647006 05

PSY KOL OGI

Vol. 53 **nr. 5** 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

Markedskordinator 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

Catharina E. A. Wang, Universitetet i Tromsø

Omslagsillustrasjon Bendik Kaltenborn / byHands

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.

Tvangsbruk

HELSE- OG OMSORGSMINISTER Bent Høie har sett seg lei på tvangsbruken her til lands. For mye og feil bruk av tvang er Høies dom over helsevesenet og profesjonene. Derfor skal loven om psykisk helsevern endres og pasientrettighetene styrkes.

Slik signaliserer Høie på ny at det er brukerne og pasientene som for tiden er de drivende kreftene i norsk helsetjenesteutvikling. Som i Primærhelsetjenestemeldingen (St.meld. 26, 2014–2015) legges det til grunn at det er pasientens tjenester som skal bygges. Og Høie er «overbevist om at pasientens stilling må styrkes, hvis vi skal lykkes med å få ned tvangsbruken i den norske helsetjenesten» (Aftenposten 11. april).

Helseprofesjonene gjør klokt i å merke seg den sterke betoningen av brukerrettigheter for å endre en tvangsbruk som verken psykologer eller andre helseprofesjoner har maktet å redusere. Fortsatt går kritikken på at det er for mye tvang, og at de geografiske variasjonene er uforklarlige og uakseptable. Med det siste utspillet forteller myndighetene at de har sett seg lei på at profesjonene ikke har evnet å gjennomføre de nødvendige endringene når det kommer til tvang, og at de i stedet vil nå målene gjennom lovendringer som sikrer pasientene mer innflytelse over selve behandlingen

Et nytt lovverk kan også sikre en mer enhetlig forståelse av lovverket i helsevernet. Ness og kolleger (Legetidsskriftet 11. april) peker på at klinikere tolker helsevernloven forskjellig, og at dette er en av hovedårsakene til ulik bruk av tvangsinnleggelse. En ny lovgivning og nødvendig opplæring i denne vil kunne være et bidrag til å sikre befolkningen like rettigheter.

I dag er psykologprofesjonen den største gruppen med ansvar for forvaltning av lov om psykisk helsevern. Da kan ikke profesjonen toe sine hender, men må ta det ansvaret vi er satt til å forvalte. Og signalet er entydig: Brukerne skal lyttes til, og tvangsbruken skal ned. Det er derfor betryggende at Psykologforeningens president 12. april sier at foreningen føler et særlig ansvar for å bidra til utvikling, fornying og forbedring, og vil samarbeide med helsemyndigheter og brukerorganisasjoner for å nå målene alle virker enige om. ✕

bjornar@psykologtidsskriftet.no



Bjørnar Olsen

Sjefredaktør

bjornar@

psykologtidsskriftet.no



Det er brukerne og pasientene som for tiden er de drivende kreftene i norsk helsetjenesteutvikling

366



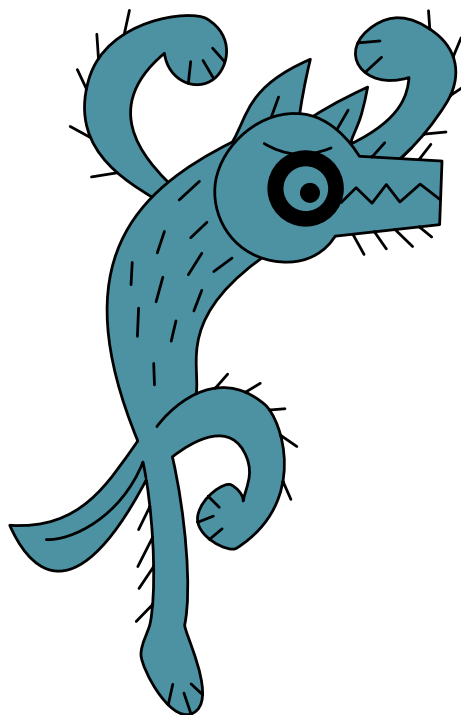
FOTO: OPENCULIPARTVECTORS (MODIFISERT)
FOTO: MINTCHIPDESIGNS/PKABAYCOM

SKADELIG SEKSUELL ATFERD

Gutter med skadelig seksuell atferd ligner på ungdommer med andre alvorlige atferdsproblemer, skriver Monica Jensen og medforfattere i en ny vitenskapelig artikkel. Vi må øke bevisstheten vår om disse guttene, mener forskerne.

Vitenskapelig artikkel

376



EN SKJEV DANS

Å høre stemmer eller se skikkelser er reelle og meningsfulle opplevelser for dem som erfarer dette, skriver Marius Veseth. Det er på tide å forstå annerledeshet på andre måter enn før.

Fri assosiasjon

358

Den kliniske helsepsykologen kan bidra til økt tverrfaglig samhandling rundt pasienter og pårørende

Fra praksis ved Torkil Berge et al.



DIAGNOSER I MOTVIND

Legg bort diagnosene, oppfordrer psykologspesialist Birgit Valla. Instituttleder ved UiO, Pål Kraft, ser imidlertid mange grunner til å diagnostisere, men diagnosesystemet må forbedres.

Meninger

Innhold

- 333 **Tvangsbruk**
Leder | Bjørnar Olsen
- 336 **Handlinger mot holdninger**
Nå: Ann-Mari Lofthus | Nina Strand
- 338 **Vil ha toppverv i Psykologforeningen**
Aktuelt | Øystein Helmikstøl
- 344 **Pakkeforløp fra 2018**
Aktuelt | Per Olav Solberg
- 345 **Et emosjonelt intelligent svar**
Aktuelt | Øystein Helmikstøl
- 346 **Ukjent hjelpetilbud**
Aktuelt | Nina Strand
- 347 **Fra ensidighet til gjensidighet**
Vitenskapelig artikkel | Danbolt, Hestad, Kjøsberg, Kvalvik & Hynnekleiv
- 354 **Allianse og metode**
Oppsummert | Silje Mørup Ormhaug
- 358 **Supplere, ikke konkurrere**
Fra praksis | Berge, Ekern, Fjerstad, Hyldmo, Lang & Skjørshammer
- 366 **Gutter i Norge med skadelig seksuell atferd**
Vitenskapelig artikkel | Jensen, Garbo, Kleive, Grov & Hysing
- 376 **En skjev dans**
Fri assosiasjon | Marius Veseth
- 379 **MENINGER**
Hovedinnlegg: Motvind fra alle kanter | Pål Kraft (s. 380)
Debatt: Diagnoser (s. 386), Psykologutdanningen (s. 388, s. 389, s. 390), Utilregnelighet (s. 391), Brukerkritikk (s. 392)
Perspektiv: Psykologer står foran en revolusjon | Tor Levin Hofgaard (s. 394)
- 396 **INNTRYKK**
Anmeldelser: På pasientens side mot psykiatrien (s. 396), Tidvis oppslukende (s. 399), Hvordan hjelpe lille Marius (s. 400)
- 402 **Kurskalenderen**
- 403 **Annonser**
- 409 **Stillingsannonser**

Handlinger mot holdninger

Serien «Jeg mot meg» har med få unntak fått svært positiv omtale. Doktorgradsstipendiat Ann-Mari Lofthus er en av få motstemmer. Hva er det hun reagerer på?

TEKST Per Olav Solberg

FOTO Ole Alvik / Personal og Ledelse

– Det er 12 år siden du selv stod fram på NRK og ga bipolar lidelse type 2 et ansikt. Angrer du på det og de konsekvensene det fikk?

– Nei, jeg ville gjort det samme igjen. Det åpnet nye muligheter og jobbdører selv om andre ble lukket. Jeg er ikke imot åpenhet om psykiske lidelser, tvert imot. Men jeg reagerer på en del av innholdet i «Jeg mot meg.» Skillet mellom personlig og privat er ikke godt nok ivaretatt. Ungdommene filmer seg selv mellom gruppesesjonene, og mye av det som kommer fram her, synes jeg blir for intimt, privat og åpent. I en av episodene er det blant annet en scene der en av jentene ligger i senga sammen med kjæresten og snakker om hvor deprimert hun er, og hvordan det kommer til uttrykk. Her har man beveget seg over en grense fra det personlige til det veldig private. Jeg er svært usikker på om deltakerne er klar over hvilke konsekvenser denne typen eksponering kan få senere i livet, og om de vil være komfortable med den nærgående eksponeringen etter at det har gått noe tid.

– Alle ungdommene er over 18 år og har selv kunnet bestemme hva de ville filme av seg selv og ikke. Bør vi ikke ha tillit til at de selv er i stand til å sette slike grenser?

– Min erfaring er at man byr veldig på seg selv når man først får muligheten til det. Du er i en slags boble der det forventes at man er så åpen som mulig. Da blir det både lett og fris-

Hvorfor NÅ?

- Ann-Mari Lofthus er kritisk til måten ungdommene med psykiske plager eksponerer seg på i NRKs serie «Jeg mot meg.»*
- Lofthus har erfaring med å stå fram med psykisk sykdom da hun i 2004 var åpen om sin bipolar 2-lidelse i forbindelse med NRKs TV-aksjon «Hjerterom».
- Lofthus er historiker og doktorgradsstipendiat ved Akershus universitetssykehus, der hun forsker på brukeres erfaringer med tilbud fra ACT-team.

tende å dele mer enn det man kanskje hadde tenkt i utgangspunktet. Det kan kjennes riktig der og da, men det er umulig å helt forstå rekkevidden av det man er med på. Å skape godt og underholdende tv har syntes viktigere enn ivaretagelse av hver enkelt deltaker.

– Du tenker at disse ungdommene vil møte stengte dører i arbeidslivet etter å ha eksponert seg på denne måten?

– Det er vanskelig å være for bastant her, men jeg er redd for det, ja. Det er i de konkrete møtene mellom en potensiell arbeidsgiver og disse ungdommene at holdninger viser seg fram i praksis. Det kan godt tenkes at arbeidsgivere som ser serien, får et mer nyansert syn på psykiske lidelser, men jeg tror dessverre ikke det får noen konsekvenser når det kommer til stykket: Hvis du vet at vedkommende har en fortid med psykiske problemer, velger du fort en annen kandidat til jobben for å være helt sikker. Disse ungdommene er i starten av livet og har framtiden foran seg, men måten de eksponerer seg på, vil henge ved dem videre og kan skape problemer.

– Det er ikke dine egne fordommer om hvordan psykisk lidelse stigmatiseres i samfunnet, som gjør seg gjeldende i måten du argumenterer på?

– Jeg skulle ønske det var slik, men jeg har sett for mye diskriminering på nært hold til at jeg kan tro at ting vil bli annerledes for disse ungdommene. Men for å nyansere: Jeg er ambi-



valent til serien, og synes mye av innholdet er godt. Å bli tatt med inn i gruppesesjoner med gruppeterapi har jeg veldig sans for, det gir en økt forståelse av hva terapi handler om. Å normalisere psykisk sykdom slik jeg opplever at serien gjør, er også positivt. Det er de andre grepene, utenom terapisesjonene, jeg er kritisk til og har satt spørsmålstegn ved.

– Du skrev nylig i et innlegg på NRK Ytring: «Åpenhet rundt psykiske lidelser har en konsekvensen resten av livet, fordi vårt samfunn fortsatt har en del negative holdninger.» Du skriver som om holdninger er noe statisk som ikke er i endring. Kan ikke serien nettopp fungere som et holdnings-puff i riktig retning?

– Holdninger endres svært langsomt, og jeg tror serier som dette kan bidra litt i riktig retning. Men svært mye gjenstår. Den realiteten må vi ta innover oss. Er det riktig at disse ungdommene i starten av livet skal brøyte vei for andre, med de konsekvensene det kan få for dem selv? Det kunne vært spennende om NRK fulgte opp deltakerne i serien om noen år, for å se hvordan det gikk med dem. Hvordan ble de møtt på litt lengre sikt etter serien? Hvordan har det gått i arbeidslivet? Ingenting vil glede meg mer enn hvis jeg tar feil i min uro og bekymring.

– I starten av intervjuet sa du at å være åpen om din psykiske lidelse åpnet noen jobbdører, men lukket andre. Kan ikke det samme være tilfellet for disse ungdommene?

– Det kommer an på. Da jeg stod fram, var det flere andre som gjorde det samme i forbindelse med TV-aksjonen. Noen angret seg, det skapte bare stengte jobbdører i ettertid. Å være åpen med klokskap har vært en viktig rettesnor for meg, der man unngår å bli for privat. Det er denne grenseoppgangen jeg tenker noen av ungdommene har vanskelig for å trekke i serien, og jeg tror dessverre det kan komme til å straffe seg.

– I Norge har vi levd med konseptet reality-tv i rundt 15 år. «Jeg mot meg» hadde neppe vært mulig å sende for 5 eller 10 år siden – kritikken ville vært for massiv. Nå er det nesten stille. Hva sier det om dagens samfunn?

– Det er noe paradoksalt her. I et av programmene forteller en av deltakerne hvor vanskelig det er å dele hvordan hun har det, med vennene sine, å få dem til å lytte og forstå hva hun egentlig sliter med. Men å dele det med hele Norge, gjennom tv, virker lett. Vi har blitt flinke – og vant til – å se nære og intime fortellinger på tv, som tilskuere. Men å være aktive lyttere i nære relasjoner som betyr noe, virker vanskelig for oss. Gjennom tv og sosiale medier ser det ut som vi har blitt et åpnere samfunn – men kanskje har vi faktisk blitt et tausere samfunn når det kommer til stykket? ❌

.....

* Peder Kjøs er psykologen i serien «Jeg mot meg». Han er også ansatt som fagredaktør i Psykologtidsskriftet.

LANG VEI Ann-Mari Lofthus mener fortsatt samfunnet har en lang vei å gå fra holdningsendring til atferdsendring. Dette tror hun ungdommene som er med i «Jeg mot meg», vil merke når de skal ut i arbeidslivet.





AKTUELT

Vil ha toppverv i Psykologforeningen

Historisk kamp om verv. Sittende visepresident
Birgit Aanderaa blir utfordret av Heidi Tessand.

TEKST Øystein Helmikstøl | FOTO Fartein Rudjord



- Foreningen er en medlemsforening, vi må ha god kontakt med dem som er i operativ hverdag

Birgit Aanderaa

Norsk psykologforening har ikke tradisjon for at flere konkurrerer om de samme vervene. Nå kjemper for første gang to personer om visepresidentvervet i profesjonsforeningen. Verken Aanderaa eller Tessand tar noe for gitt, valgkomiteen kan komme opp med andre kandidater. 9. juni kommer valgkomiteen med sin innstilling som blir lagt fram på landsmøtet i november.

Vi møtes på portugisisk kafé i Oslo sentrum. Birgit Aanderaa (**BAA**) leser tidvis opp fra egne notater. Heidi Tessand (**HT**) er vant med medier og virker avslappet i situasjonen, hun serverer vann til alle rundt bordet.

- Mange studerer psykologi i utlandet. Hvordan vil dere forholde dere til det?

HT: – Det er naturlig at Birgit starter å svare på det, siden det handler om hva som er Psykologforeningens politikk.

BAA: – Vær så god, bare begynn du.

HT: – Jeg er ikke overrasket over at Psykologforeningen mener at psykologstudier i Norge er best tilpasset for å jobbe som psykolog i Norge. Norske psykologer er lært opp til å håndtere det norske systemet.

Jeg er opptatt av hvordan vi skal utnytte den kompetansen som kommer fra utenlandsstudentene. Norge har kort akademisk tradisjon, og utenlandsstudentene kan berike den norske diskursen.

- Hvordan vil du møte den utfordringen?

HT: – Ved å diskutere hvordan vi kan dra veksler på deres kompetanse. For eksempel har samfunnspsykologien og den kritiske psykologien større fotfeste i andre land. Myndighetene og utdanningsinstitusjonene i Norge jobber nå med å gjøre utdanningen mer rettet mot helsefremming og forebygging, men de som har studert i utlandet, kan mye om dette allerede.

- Er Psykologforeningen godt nok forberedt på disse utfordringene?

HT: – Det er jo dette foreningen jobber med nå. Det er Helsedirektoratet som avgjør hvem som skal få autorisasjoner, ikke Psykologforeningen. Vi må forholde oss til en bred gruppe mennesker som har kompetanse på psykologi.

BAA: – Psykologien i Norge ble ikke etablert som en ren helseprofesjon. Noe av grunnen til at man ble trukket inn i lovverket og dette ble regulert, var at psykologer hadde kunnskap om arbeidsliv og barn, og testing. Så er man blitt mest bekymret for om det begås feil innenfor helse. Derfor fikk man autorisasjon på helsefeltet.

- Hvordan vil dere fylle de ledige kommunepsykologstillingene i små kommuner?

BAA: – Det som er vesentlig, er denne helheten som psykologene i Norge representerer.

- Det kommer nå flere hundre psykologer fra utlandet. Hvor skal de jobbe? Hvem skal kvalitetssikre dem?

BAA: – Derfor er det viktig å forstå det norske systemet. Og den norske rollen for psykologer. Det er mange varianter av utdanninger i utlandet. De kan være kjempegode på forskjellige områder. Når det gjelder autorisasjonen, handler ikke dette om hvorvidt utdanningen er god på den

eller den måten. Autorisasjon er knyttet til en kvalitetssikring av hvilke kunnskaper og ferdigheter du har.

Vi må bygge ut lisensperioden slik at vi blir enda flinkere til å finne ut av hva de forskjellige mangler. Utdanning innenfor psykologi her i verden er utrolig varierende. Folk kan plukke og mikse på veldig forskjellig vis, og du kan ende opp med kombinasjoner som ikke er heldige i den norske virkeligheten.

Lisensperioden er et kompensasjonstiltak. Vi står overfor en helt ny virkelighet som henger sammen med et Europa i økonomisk krise. Du kutter på universitetene, mange stillinger forsvinner. Det vi begynner å se, er at psykologutdanning begynner å utvikle seg til en business.

– Er det én sak dere mener Psykologforeningen bør samles om?

HT: – Å diskutere hvordan vi som psykologstand skal forholde oss til et samfunnsmandat i stadig endring. Myndighetene vil bruke oss til forebygging, helsefremming og behandling. Hvem er samtidspsykologen anno 2016?

– Hva mener du selv om samtidspsykologen?

HT: – Vi må forholde oss til at vi er statsautoriserte, det vil si at myndighetene ønsker å bruke oss til noe. Samtidig må vi reflektere over hva det har å si. Psykologer er for mye opptatt av å diskutere behandlingsmetoder. Vi må snakke om hva det er med samtiden vi må henge med på. Hvordan kan vi bruke teknologien bedre? Hvordan kan vi lage kommunikasjonsplattformer som er bedre? Hvordan kan vi utnytte psykologers kompetanse utenfor terapirommet? Rammene i dag er annerledes enn de var for hundre år siden. Da må vi som forening være med på den utviklingen.

– Du ønsker at nåværende visepresident skal ut. Hvilken alternativ politikk står du for?

HT: – Jeg har blitt spurt om å stille. Jeg har ikke forutsetninger for å si hvem som skal ut. Det er velgerne som avgjør. Men jeg har mye erfaring fra prosessledelse, som jeg tror Psykologforeningen kan dra nytte av.

– Så du står ikke for en annen politikk når det kommer til stykket?

HT: – Det skal presidentskapet utvikle sammen. Oppgavene som visepresident er blant annet

kvalitetssikring av spesialistutdanningsprogrammene og å sikre godt samarbeid. Ledelse handler om å sørge for gode prosesser. Jeg har ingen ambisjon om å endre alle visepresidentoppgavene. Det handler mer om hva jeg kan tilføre gjennom min kompetanse. Jeg har jobbet i kommunen, i barnevernet, med helsetjenesteutvikling, i spesialisthelsetjenesten, med formidling, og i næringslivet. Jeg kan brukes til litt av hvert.

– Er det én sak du mener Psykologforeningen bør samles om, Birgit Aanderaa?

BAA: – Jeg er nok mer opptatt av hvordan Psykologforeningen skal fortsette å forholde seg til ganske komplekse problemstillinger. Det er det unike ved vår profesjon. Å ivareta denne kompleksiteten, dette er ting som gjentar seg, på veldig mange områder. Dette gjelder barn, barnevern, psykisk helse, klinisk helsepsykologi, pasientene i somatikken, og det gjelder dette med å få folk inn i arbeid.

Vi må verne om dette bidraget som den norske profesjonen faktisk har, inn i et samfunn der folk har begrenset kompetanse fra ett område. I det norske systemet er vi inntil veldig mange nivåer, det er en god modell.

Jeg har lang erfaring med mange omfattende prosesser i norsk helsevesen. Jeg har vært en del av dette på toppnivå i ti år. Jeg har sittet inne i ledergrupper i lang tid. Jeg har vært en del av de større prosjektene. Det er lett for meg å se at her har psykologene en jobb å gjøre.

Vi må ivareta bredden. Det skal være rom for de som jobber med helsefremming og forebygging, men også for de som jobber med behandling.

HT: – Jeg vil gjerne støtte dette. Men det betyr også at mange psykologer diskuterer om vi skal være spagatpsykologer. Altså en alt-i-ett-psykolog som blir dratt i alle retninger. Denne utvidede rollen må vi diskutere håndteringen av.

BAA: – Jeg er mer opptatt av hvordan vi fortsetter å utvikle den kunnskapen og kompetansen som samfunnet trenger. Vi må jobbe med å finne våre svar på det vi ser som samfunnets utfordringer.

Vi som presidentskap må fange opp og bringe videre de opplevelsene medlemmene der ute har i sitt virke. Det handler om hvordan vi for eksempel forstår dette med pakkeforløp. Og hva handler flyttingen av DPS (distriktpsykiatriske senter, red.anm.) til kommunene om? »

– Nøkkelen er tillit, ansvar og involvering

Heidi Tessand



Heidi Tessand

Best til:

Å fasilitere gode samarbeidsprosesser på tvers av fag, interesser og meninger.

Dårligst til:

Å holde orden.

Anbefaler fagbok:

Pragmatics of human communication av Paul Watzlawick.

Forbilde:

Venninnen min Torunn. Hun er forbløffende god til å vurdere ulike perspektiver opp mot hverandre, og til å oppdage egne blindsoner.

Derfor vil jeg være visepresident:

Fordi jeg vil være med i diskusjonene om psykologenes samfunnsoppdrag, og har bred erfaring som Psykologforeningen kan dra nytte av.

Støttes av Akershus lokallag.

Foreningen er en medlemsforening, vi må ha god kontakt med dem som er i operativ hverdag. Og ta på alvor hvordan de opplever sin situasjon.

HT: – Ja, men hvordan skal vi gjøre det? Hva slags prosjektbeskrivelse skal vi ha på selve den prosessen?

BAA: – Jeg har opprettet et fellesforum for lederne av fagutvalgene og spesialitetsrådet. Det er viktig at det ikke alltid er så mange ledd. Det er en endring som jeg har innført.

HT: – Jeg skjønner at du er opptatt av kort avstand mellom utøvere og ledere. Men da må man passe på at det ikke fører til at folk føler seg overvåket. Forskningen viser at ledelse av høykompetente folk krever noe annet. Særlig fra en topplederposisjon. Smarte folk liker ikke hvis en toppleder er for tett på arbeidsoppgavene, det kan oppleves som detaljstyring. Det er igjen en risikofaktor for dårlig samarbeid.

En lederoppgave er å avklare hvilke rammer, retning, regler, roller og relasjonelle avklaringer vi må gjøre i samarbeidet. Pluss risikoanalyse med tiltak for å unngå de verste grøftene. Nøkkelen er tillit, ansvar og involvering.

– Bør masterne i psykologi inn i Psykologforeningen?

HT: – Dette var jo oppe på landsmøtet for to perioder siden. Da hadde sentralstyret innstilt på ja. Medlemsmassen sa nei. Jeg har ikke tatt stilling til det. Jeg har ikke satt meg godt nok inn i det.

BAA: – Jeg mener at psykologer må tenke at det er veldig mange grupper av utdannede folk som har viktige bidrag innenfor de fleste områder, også der psykologene er inne.

– Det er for få kommunepsykologer. Hva gjør dere med det?

HT: – Psykologforeningen må bistå myndighetene med å lage en strategi for hvordan man skal rekruttere psykologer inn i kommunene. Det holder ikke at unge psykologer kommer til en kommune der det knapt er en arbeidsinstruks.

– Kan behovet for kommunepsykologer bli skreddersydd mastere og psykologer med utdanning fra utlandet?

HT: – Vi trenger en overordnet strategi på hvordan vi skal løse disse oppgavene. De enkelte forslagene er litt premature.

BAA: – Samhandlingsreformen, lovfestingen av psykologer, man forventer at mer av helsehjelpen skal foregå i kommunen. Masterne eller de fra utlandet kan ikke fylle disse oppgavene i kommunen.

– Hvorfor ikke?

BAA: – Masterne er ikke helsepersonell, de kan ikke dekke denne rollen i kommunen.

– Men hvis rollen blir omdefinert?

BAA: – Lovverket i dag sier at kommunen har ansvar for utredning og behandling av psykiske lidelser. Vi har samhandlingsreformen, som legger vekt på at du skal få helsehjelp der du bor, raskt. Jeg kan ikke på noen som helst måte se for meg at helsevirksomheten blir fjernet fra kommunen. Tvert imot. Å bygge ut den tjenesten er veldig viktig.

– Men hvis myndighetene ønsker personell som kan forebygge psykisk uhelse i kommunene, så kan vel mastere også ta seg av sånt?

BAa: – Vi må forholde oss til de lovpålagte oppgavene som helsepersonell i kommunen har. I budsjettene forsvinner veldig mye av de forebyggende tiltakene.

HT: – Jeg vil legge til noe her. Helse produseres jo ikke i helsevesenet. Folk lever livet sitt utenfor terapirommet. Vi må finne en måte å kombinere vår fagkunnskap med hvordan folk skal få det bedre. Det er en spennende diskusjon hvordan vi som helsepersonell skal samarbeide med mastere, lærere, sosionomer og alle andre som jobber med folk som har det vanskelig.

– Sier det noe om kulturen i Psykologforeningen at det ikke er tradisjon for kamp om toppvervene?

HT: – Som profesjon er ikke vi de som nødvendigvis tar på oss lederverv. Det er ikke alltid like lett å skaffe psykologer som tillitsvalgte eller til lederposisjoner.

BAa: – Det er nytt at psykologer har hatt muligheten til å ta ledelse i helsesektoren. Å bygge en ny kultur knyttet til det å ta ledelse, det har vi jobbet en del med. Vi har undersøkt dette fra Psykologforeningens side, og vi fant ut at overraskende mange psykologer er ledere. Mange er i DPS. Går du oppover i organisasjonen, er det ganske få.

Jeg er nok den som har holdt fram at det må gå an å ha ganske ulike syn i det samme rommet, og at man må tåle å håndtere uenighet. Jeg tåler nok høy temperatur. Jeg har vært på innsiden av et av Nord-Europas største helseforetak, og deltatt i prosessene som foregår der. Det er ikke samme tradisjon for uenighet i Psykologforeningen.

HT: – Jeg har også vært borti store konflikter. Jeg er enig i at man må tåle høy temperatur. Men jeg er opptatt av hva som kjennetegner brobyggingen. Jeg ønsker ikke konflikt for konfliktens skyld. Jeg er opptatt av prosessen i etterkant av ekstremt ubehagelige ting.

– Hva er deres visjon på vegne av standen?

BAa: – Vi må vite hva som rører seg nå. Hvordan skal Psykologforeningen møte det? Vi må analysere og forstå det som foregår. Det er Psykologforeningens viktigste oppgave. Vi kan bidra på så mange forskjellige områder.

Vi kan analysere slik at vi kan forstå og behandle flere på en god måte. Hovedsatsingen vår, helsefremming og forebygging for barn, er et slikt område hvor vi har mye å bidra med. Men vi har også andre områder: integrering og arbeidsdeltakelse. Min rolle som visepresident er å følge opp disse utfordringene. En av måtene jeg har gjort dette på, er via spesialistutdanningen. Vi har utviklet et valgfritt program i arbeidspsykologi, som jo møter noen av disse utfordringene.

HT: – På et overordnet nivå må vi som sagt diskutere og forholde oss til et stadig endret samfunnsoppdrag. Hvem er samtidpsykologen? Og framtidpsykologen?

På tjenestenivå må vi finne grenseoppgangen mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. Spesialisthelsetjenesten er ganske full av psykologer, mens 9 av 10 småkommuner strever med å få tak i psykolog. Hvordan skal vi rekruttere og beholde psykologer i kommunen? Mange psykologer i kommunen er opptatt av at de blir spagatpsykologer.

På behandlernivå er jeg opptatt av å lage helsetjenester slik pasienten ønsker seg. Vi må måle om hjelpen vi gir, fører til at folk får det bedre. ✘



Birgit Aanderaa

Best til:

Veie ulike hensyn opp mot hverandre, holde tak og verne om helheten.

Dårligst til:

Stoppe å snakke når jeg brenner for noe.

Anbefaler fagbok:

Se barnet innenfra av Ida Brantzæg, Stig Torsteinson og Guro Øiestad.

Forbilde:

Siri Hatlen.

Derfor vil jeg være visepresident:

Ønsker å fortsette det spennende arbeidet med utviklingen av spesialistutdanningen, og å fortsette å bruke min kompetanse og erfaring til å være med å løfte opp og holde tak i de mange utfordrende sakene vi står i nå.

Støttes av Oslo lokallag.

Pakkeforløp fra 2018

Helsedirektoratet anbefaler å rulle ut pakkeforløp for psykisk helse og rus fra 2018.

TEKST: Per Olav Solberg

1. APRIL LEVERTE Helsedirektoratet dokumentet «Prosjektbeskrivelse for pakkeforløp for psykisk helse og rus» til Helse- og omsorgsdepartementet. Her sier direktoratet blant annet noe om hva de mener bør være implementeringstakten for de enkelte pakkene, samt hvilke pakker de mener bør prioriteres først.

Pakkeforløp for utredning ved psykiske lidelser, både for voksne og barn, står først i rekke. Ifølge prosjektbeskrivelsen er det «uønsket variasjon og mangler i utredning av pasienter med psykiske lidelser. De fleste som henvises til spesialisthelsetjenesten fremstår ofte med et sett av symptomer og problemstillinger. Disse kan være uttrykk for en rekke tilstander og eventuelt diagnoser. For å sikre en kvalitativt god utredning og vurdering av alle forhold som kan tenkes å ha betydning for pasientens problemer, mener vi et slikt pakkeforløp er helt sentralt.»

Det anbefales oppstart for utarbeidelse av disse to pakkeforløpene i 2016 og implementering i 2018.

Deretter anbefaler direktoratet å prioritere pakkeforløp for psykose-lidelser, pakkeforløp for tvangslidelser/OCD og pakkeforløp for spiseforstyrrelser, barn og unge.

Fagsjef i Norsk psykologforening, Andreas Høstmælingen, mener rekkefølgen er god og i tråd med anbefalingene fra fagmiljøene. Men han registrerer også at flere av pakkeforløpene er diagnosespesifikke, og at det kan komme i konflikt med mer individuelle hensyn.

– Det er vanskelig å bestemme på forhånd hva som skal være innholdet i en behandling, basert på en diagnose. Til det er pasientene for ulike, selv om de kan ha fått den samme diagnosen. Behovet for individuell tilpassing er tatt solid inn i rapporten fra Helsedirektoratet, noe vi er fornøyd med. Samtidig kan det framstå som logisk inkonsistent at man også er opptatt av å opprette diagnosespesifikke forløp. Det er to ulike hensyn som ikke nødvendigvis går sammen. Jeg er spent på hvordan man har tenkt å løse den utfordringen, sier Høstmælingen. ✕



FOTO: EIVIND SENNESETJUB

25 millioner for å undersøke stemmehøring

Hva skjer når mennesker med psykisk lidelse hører stemmer i hodet? Hvordan kan man lære seg å leve med disse stemmene? Kenneth Hugdahl har fått toppstipend for å forske på dette.

I om lag 10 år har Hugdahl, som er professor ved Institutt for biologisk og medisinsk psykologi ved Universitetet i Bergen, studert hørselshallusinasjoner. Hugdahl leder fMRI-gruppen i Bergen, og har for annen gang fått midler fra Det europeiske forskningsrådet (ERC) Advanced Grant for sin forskning på hjerneasymmetri og kognitive aspekter knyttet opp til hørselshallusinasjoner og schizofreni. Første gang var i 2010 da det ble tildelt 20 millioner kroner over fem år. Denne gangen er summen på hele 25 millioner.

– Den nye tildelingen fra ERC er en viktig motivasjon for å fortsette denne forskningen og tyder på at vi er på rett spor. Jeg håper tildelingen også kan være en inspirasjon for yngre forskere til aldri å gi opp sine ideer, sier Hugdahl til Psykologtidsskriftet.

fMRI (functional Magnetic Resonance Imaging) er en teknikk der endringer i mengden oksygenrikt blod i hjernen måles. På denne måten kan man lage visuelle framstillinger av i hvilke områder av hjernen det er spesiell aktivitet til enhver tid.

– Målet vårt med forskningen er at pasienter som opplever å høre stemmer i hodet, kan bli kvitt dem, eller at vi i hvert fall kan gi dem noen terapeutiske virkemidler som gjør at de blir mindre handikappet av dem, uttalte Kenneth Hugdahl til NTB i mars i år.

(Psykologtidsskriftet)

ET EMOSJONELT INTELLIGENT SVAR

Daniel Goleman, forfatteren bak bestselgeren *Emosjonell intelligens*, vedgår nå feil etter å ha blitt arrestert av den norske organisasjonspsykologen Hallvard Føllesdal.

TEKST Øystein Helmikstøl

- **HALLVARD FØLLESDAL** har helt rett. Jeg hadde glemt dette avsnittet.

Det vedgår den amerikanske psykologen og forfatteren Daniel Goleman i en e-post til Psykologtidsskriftet.

SVAK FORSKNING

Avsnittet som Goleman viser til, kom frem i et intervju med Psykologtidsskriftet i mars. I intervjuet ble Hallvard Føllesdal, førsteamanuensis i organisasjonspsykologi ved Handelshøyskolen BI, spurt om hvordan det kan ha seg at begrepet emosjonell intelligens har blitt så populært og brukes så mye, til tross for svak forskning.

Føllesdal viste til Daniel Goleman, med doktorgrad i psykologi og forfatteren bak en av de mest solgte bøkene om emosjonell intelligens. Han har skrevet at for å lykkes i arbeidslivet er *emosjonell intelligens* fire ganger så viktig som *intelligens*, opplyste Føllesdal.

Daniel Goleman fikk lese utdrag av intervjuet og avviste påstandene fra den norske psykologen i samme utgave.

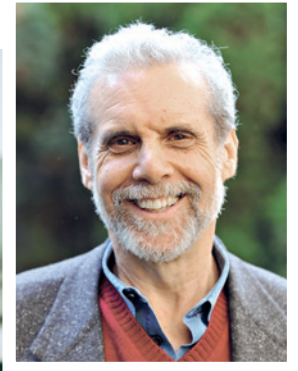
IKKE FEILSITERT

Hallvard Føllesdal ga seg ikke. Han skrev et debattinnlegg i aprilutgaven, der han viste til hva Goleman faktisk skrev i boken *Working with emotional intelligence* fra 1998, der amerikaneren baserte seg på en upublisert studie fra 1950-tallet. Altså 40 år før teorien om emosjonell intelligens ble formulert, og før det fantes noen test som skulle måle emosjonell intelligens.

VIL RETTE OPP

Goleman opplyser til Psykologtidsskriftet at han nå vil rette opp i bøker som blir trykket fremover.

- Jeg vil prøve å gjøre dette utsagnet tydeligere i fremtidige opplag av boken, etter Føl-



lesdals påpekninger, skriver Goleman, som er takknemlig for at Føllesdal gjorde ham oppmerksom på avsnittet han selv hadde glemt.

Føllesdal på sin side er veldig glad for Golemans reaksjon.

- Han sier at han rett og slett har glemt at han har skrevet det, og han vil til og med klargjøre budskapet i fremtidige opptrykk av boken. Man kan kanskje si at han har gitt et emosjonelt intelligent svar?

Føllesdal har gjort seg noen refleksjoner etter runden med Daniel Goleman, og etter at fagartikkelen om emosjonell intelligens og intervjuet ble trykket i marsutgaven.

- Det er positivt at Golemans bok har ført til økt interesse for betydningen av følelser. Mennesker er i ulik grad flinke med følelser, og det er og blir et interessant spørsmål om det er en type intelligens som ligger til grunn, som kan måles. Jeg er spent på hva forskningen vil finne ut om dette i fremtiden, sier Hallvard Føllesdal. ✕

EQ ELLER EI?

Goleman (lite bilde) skriver om emosjonell intelligens som om det er noe helt nytt, men det han sikter til, er gjerne egenskaper vi har visst om i mange tiår, sa organisasjonspsykolog Hallvard Føllesdal (stort bilde) i et intervju med Psykologtidsskriftet i mars. Foto: BI

UKJENT HJELPETILBUD

Folk flest tror det er vanskelig å få hjelp for psykiske problemer i kommunen, ifølge Helsepolitisk barometer 2016.

TEKST Nina Strand

HVA MENER FOLK i Norge om helsepolitiske spørsmål og om dagens helsetjeneste? For første gang presenterer TNS Gallup et Helsepolitisk barometer. Et representativt utvalg på 1728 personer over 16 år ble i januar stilt spørsmål om temaer som kreft, rus, eldre og psykisk helse. 72 prosent svarte at behandlingstilbudet innenfor psykisk helse må styrkes. 39 prosent er ukjent med hva tjenesten kan tilby.

Eva Fosby Livgard er avdelingsleder i TNS Gallup og ansvarlig for Helsepolitisk barometer.

– *Hvilke funn vil du særlig trekke frem?*

– Det må være at bare 13 prosent vurderer tilgangen på psykisk helsehjelp i kommunehelsetjenesten som ganske eller svært god. En grunn til at så få vet om de tilbudene som finnes, kan være at de ikke har vært i en situasjon der de har hatt behov for dem. Men svarene tyder også på at kommunene ikke er flinke nok til å synliggjøre psykisk helsehjelp, sier hun.

FORETREKKER SAMTALETERAPI

Det er også verd å merke seg at 68 prosent, altså mer enn to av tre, foretrekker behandling ved hjelp av samtaleterapi dersom de skulle bli deprimert, eller få angst, mener Livgard.

– Svært få, bare 8 prosent, svarer at de foretrekker medisiner.

Preferansen for samtaleterapi gjelder på tvers av befolkningsgrupper.

– Det er interessant når vi samtidig vet at det er mye bruk av antidepressiver i behandlingen av disse problemene. Det er altså et misforhold mellom den behandlingen folk tilbys, og det de ønsker, sier hun.



USYNLIG TILBUD Folk ønsker samtaleterapi når de sliter, men få synes tilgangen på slike tjenester er god. Foto: wollyvonwolleroy/Pixabay.com

ET STYKKE IGJEN

26. april, idet Psykologtidsskriftets maiutgave gikk i trykken, inviterte TNS Gallup til stort møte i Oslo, der Helsepolitikkbarometeret ble diskutert og kommentert av politiske partier og organisasjoner, Psykologforeningen inkludert. Vi spurte på forhånd president i Psykologforeningen Tor Levin Hofgaard om hva som kan gjøres for å bedre de lave forventningene folk har til å få psykisk helsehjelp:

Hofgaard er ikke overrasket over at folk opplever tilgangen på psykisk helsehjelp i kommunen som dårlig. Dette har vært kjent siden evalueringen av opptrappingsplanen for psykisk helse. Nå mener han det må på plass tverrfaglige teambaserte integrerte lavterskeltjenester i kommunen, som også skal drive helsefremming og forebygging.

– Da må politikerne ta i bruk de sterkeste virkemidlene de har: tydeligere lovverk som definerer kompetansekrav, og finansieringsordninger som skaper fleksibilitet og tilgjengelighet. Lovverket er varslet fra helseminister Bent Høie allerede. Og finansieringen av dette skal ifølge primærhelsemeldingen utredes. Det betyr at vi er på rett vei, men at det fortsatt er et stykke igjen. ✘

VITENSKAPELIG ARTIKKEL

TIDSSKRIFT FOR NORSK PSYKOLOGFORENING 2016 S. 347-353 FAGFELLEVDERT

LARS JOHAN DANBOLT, Sykehuset Innlandet HF og Det teologiske Menighetsfakultet, **KNUT HESTAD**, Sykehuset Innlandet HF og Høgskolen i Hedmark, **KARI KJØNSBERG**, Sykehuset-Innlandet HF, **ANN-MARI KVALVIK**, Sykehuset-Innlandet HF, **TORFINN HYNNEKLEIV**, Sykehuset Innlandet HF og FOU-avdeling Psykisk helsevern, Ahus
KONTAKT lars.danbolt@sykehuset-innlandet.no

FRA ENSIDIGHET TIL GJENSIDIGHET

Samhandling om pasienter med langvarige og sammensatte behov

Gruppeintervjuer av ansatte i psykisk helsevern viser at tjenestene oppleves som mangelfulle. Institusjonene trenger bedre kjennskap til hverandre og anerkjennelse av hverandres kompetanse og begrensninger.

I 2009 ble det startet et fagutviklingsprosjekt i samarbeid mellom Divisjon psykisk helsevern i Sykehuset Innlandet (SI) og en av landkommunene i sykehusets opptaksområde.¹ Hensikten var å få fram spesifikk lokalkunnskap om samhandling mellom kommune, sykehus og DPS om pasienter med langvarige og sammensatte behov for tjenester, og gjennom dette bidra til utvikling av mer hensiktsmessige samhandlingspraksiser. En senere artikkel vil presentere en pasientrettet studie av samhandling.

Samhandlingsreformen

Fagutviklingsprosjektet er forankret i samhandlingsreformen, som formelt trådte i kraft med nytt lovverk 1. januar 2012. Helse- og omsorgstjenesteloven (hol.), kapittel 6, definerer prinsipper for samarbeid mellom kommuner og regionale helseforetak. Målsettingen med samarbeidet skal være å bidra til at pasienter og brukere mottar et helhetlig tilbud om helse- og omsorgstjenester. Avtalepartene har en lovpålagt plikt til å koordinere tjenestene sine på slike måter at alle pasienter og brukere får helhetlige og sammenhengende tjenester både fra kommunal helse- og omsorgstje-

ABSTRACT

From exclusivity to mutuality. Collaboration regarding patients with complex mental health care needs.

The purpose of the study was to explore health care professionals' experiences of collaboration across service levels concerning people with long term and complex mental disorders, and these professionals' reflections on practice improvement.

Four focus group interviews were conducted, including 33 health care professionals from a wide range of municipality and specialist care units. The findings were discussed at a round table conference with the professionals involved.

The services were described as simultaneously overlapping and incomplete. Suggestions for improvement included a better-founded understanding of the interacting parties, level overarching continuity of services, and more flexible procedures regarding patients' transitions between health care service levels.

There is a need for systematic mutual knowledge of the collaboration partners, responsibility clarification, and recognition of each other's competence and limitations.

Nøkkelord: Samhandling, psykisk helsevern, sammensatte behov, gjensidighet

1 Prosjektet har mottatt finansiell støtte fra Helsedirektoratet. En hjertelig takk til deltakerne i fokusgrupper og rundebordskonferansen.



«Vi kjenner ofte pasienten mye bedre enn de gjør», var et typisk utsagn

neste og spesialisthelsetjenesten. I alt er 11 lov-pålagte områder og 12 tjenesteavtaler forankret i en overordnet samarbeidsavtale mellom SI og kommuner. Avtalene og samhandlingsrutinene gjelder for somatikk, psykisk helsevern og rus.

Det arbeides med flere konkretiseringer av inngåtte avtaler mellom kommunene i Oppland og Hedmark og Sykehuset Innlandet HF (SI), der forfatterne av denne artikkelen arbeider. Det kan nevnes samhandlingsprosjektet mellom Avdeling for alderspsykiatri SI og kommunale sykehjem (SAM-AKS), der Alderspsykiatrisk forskningscenter leder et prosjekt knyttet til sykehjem i flere kommuner. Arbeid med behandlingslinjer for små- og spedbarn av foreldre med rusproblemer og foreldre med psykiske lidelser er et annet område. Oppfølging av informasjon til fastleger og kommuner skal skje kontinuerlig fra BUP og DPS som en del av deres befolkningsansvar og forpliktelser i henhold til samhandlingsreformen.

Veiledningsplikten overfor den kommunale helse- og omsorgstjenesten er forankret i spesialisthelsetjenesteloven § 6–3. Loven beskriver at helsepersonell i statlige helseinstitusjoner skal gi kommunale helse- og omsorgstjenester råd, veiledning og opplysninger av helsemessige forhold som er påkrevd for at den kommunale helse- og omsorgstjenesten skal kunne løse sine oppgaver. Rundskriv 1–3/2013 fra Helse- og omsorgsdirektoratet (HOD) beskriver spesialisthelsetjenestens veiledningsplikt overfor den kommunale helse- og omsorgstjeneste. Med større pågang av pasienter, færre døgnplasser og kortere liggetid i sykehus vil kommunens behov for veiledning og undervisning øke.

Lite forskningsbasert kunnskap

Det er betydelig faglig interesse for å utvikle psykiske helsetjenester gjennom å dra vekslers på kompetanse på tvers av tjenestenivåer (Ose og Slettebak, 2013; Pettersen og Johnsen, 2007; Sommer, 2013). Helsedirektoratet framhever at samarbeidet mellom kommune- og spesialisthelsetjenesten skal skape kontinuitet og felles mål i tilbudet til brukerne (HOD 2013).

Likevel finnes det lite nasjonal forskning på samhandling mellom spesialist- og primærhelsetjeneste i psykisk helsevern, mens det ikke skorter på utredninger som områdeplaner og fagplaner. Særlig mangler empirisk forskning omkring pasienter med langvarige og sammensatte psykiske lidelser. To baselineunder-

søkelser fra SINTEF om døgnpasienter i psykisk helsevern og tverrfaglig rusbehandling viser at pasienter sjelden feilplasseres, men at mange kommuner ikke har tilstrekkelige tilbud (Ose, 2012; Ose og Pettersen, 2012). En rekke internasjonale studier viser god effekt av integrering av de tjenestene pasienter med psykiske vansker mottar (Craven og Bland, 2006; Lee, Crowther, Keating og Kulkarni, 2013). Begge studiene peker på at samlokalisering av personell fra ulike tjenestenivåer eller regelmessige møtesteder har positiv betydning. Martin og Hirdes (2014) gjennomførte fokusgruppesamlinger med ansatte fra sengeavdelinger og kommunalt ansatte i Ontario, Canada. Her ble det særlig lagt vekt på å bygge tillit mellom enhetene, god kommunikasjon og samarbeid, og at det burde benyttes felles evalueringsverktøy.

En oppsummering av internasjonal forskning på samhandling om pasienter med alvorlige psykiske problemer i allmennpraksis peker ut faktorer som synes å fremme god effekt: «Organisatorisk forankring av tiltaket på alle nivåer, integrering av spesialisttjenester, fokus på helhetlig pasientforløp, opplæring av lege og pasient, aktiv oppfølging av pasient og gode rutiner for tilbakemelding til lege» (Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, 2008).

I en studie fra 2010 i Hedmark foreslås smidigere innleggelsesprosedyrer, erfarne fagfolk i spesialisthelsetjenestens frontlinjer (DPS og akuttavdelinger), tettere samarbeid med fastleger, brukerinnflytelse, nettverkstenkning og ambulante DPS-tjenester (Danbolt, Kjønsgberg og Lien, 2010; Fredheim, Danbolt, Haavet og Lien, 2011). Disse studiene viser samtidig at vi trenger forskning som går inn på lokale samhandlingskontekster og utforsker de involverte aktørenes erfaringer med og refleksjoner om relasjoner, interaksjoner, maktstrukturer og hva som hemmer og fremmer god praksis.

Formålet med den herværende studien har derfor vært å beskrive involverte aktørenes erfaringer med samhandlingen om pasienter med sammensatte og langvarige tjenestebehov innen psykisk helsevern og aktørenes refleksjoner om praksisforbedringer.

MATERIALE OG METODE

Det ble gjennomført fire fokusgruppeintervjuer med til sammen 33 deltakere (21 kvinner og 12 menn) fra kommunesektor, DPS, psykiatrisk døgnakuttpost og subakutt døgnpost på sen-

Tabell 1 Deltakere fordelt på tjenestenivåer og profesjoner

Helse- profesjoner	Helsetjenestenivåer				Totalt
	Kommune inkl. fastlege og NAV	Spesialisthelsetjenesten, Sykehuset Innlandet			
		DPS inkl. ambulant team	Psykiatrisk døgnakuttpost	Subakutt døgnpost	
Fysioterapeut		2		1	3
Hjelpepleier				2	2
Lege	1		2		3
Psykolog		1			1
Sosionom	3	3	2	1	9
Sykepleier	3	3	4	3	13
Vernepleier	1		1		2
Totalt	8	9	9	7	33

tralsykehusnivå. Fokusgrupper er velegnet når man skal utforske subjektive erfaringer og holdninger relatert til et felles praksisfelt (Malterud, 2012). Innen helseforskning er metoden blitt stadig mer vanlig når hensikten er å utforske, evaluere og utvikle helsetjenester (Carlsen og Glenton, 2011; Martin og Hirdes, 2014).

Vi ønsket et strategisk utvalg med best mulig potensial til å belyse problemstillingen og styrke studiens pålitelighet. Vi inkluderte representanter for de ulike behandlingsrettede yrkesgruppene på hvert av samhandlingsnivåene. Hvis mulig skulle begge kjønn være representert. Også ledere og spesialister innen psykiatri, psykologi og sykepleie deltok i studien. Deltakerne ble rekruttert gjennom ledere for enhetene. Informert samtykke ble benyttet som en bekreftelse på at alle deltakerne var villige til å delta i studien. Fokusgruppene var homogene ved at de var nivåspesifikke, men yrkesmessig heterogene (Tabell 1).

De innledende spørsmålene ved fokusgruppesamtalene dreide seg om hvordan deltakerne opplevde samhandlingen om pasienter med langvarige og sammensatte behov, og hva som kunne gjøres for å bedre praksisen. Intervjuene ble gjennomført av to av forfatterne (Kjønsberg og Kvalvik) våren 2012. Utskrifter fra lydopptak er analysert ved hjelp av *systematisk tekstkondensering*, en fenomenologisk metode som er beskrevet av Malterud (2011) med henvisning til Giorgi (2009). Analysen gjøres gjennom fire trinn: 1) danne seg et helhetsinntrykk, 2) identifisere meningsdannende enheter, 3) abstrahere innholdet i de enkelte meningsdannende enhetene og 4) sammenfatte betydningen. Alle forfatterne var med i analysearbeidet, men Danbolt hadde en ledende rolle.

Resultatene ble presentert og diskutert på en rundebordskonferanse der deltakere i fokusgruppene og lokale ledere og kollegaer fra de involverte enhetene var til stede, til sammen ca. 50 personer. En resultatoversikt ble sendt på forhånd til deltakerne og videre fremlagt gjennom en innledende forelesning på konferansen. En representant fra hver av enhetene hadde en kort forberedt respons før alle fikk anledning til respons i plenum. Deretter ble forsamlingen delt i fire grupper, satt sammen tilfeldig på tvers av samhandlingsnivåer. Disse nivåheterogene gruppene tok utgangspunkt i resultatene og drøftet endringer som kunne føre fram til bedre samhandlingspraksiser. Hver gruppe presenterte hovedpunkter fra sine samtaler, og alle innspillene fra gruppene ble igjen drøftet i en siste plenumssesjon.

Hensikten med konferansen var å validere og utdype forståelsen av funnene. Resultatene fra rundebordskonferansen er presentert i et eget avsnitt mot slutten av resultatpresentasjonen.

RESULTATER

Vi har systematisert funnene fra fokusgruppintervjuene i fem kategorier som presenteres i det følgende. Deretter gjengis funnene fra rundebordskonferansen gjennom tre kategorier.

Kompetanse og myndighet

Gjennomgående hadde alle partene en oppfatning av hvordan «de andre» i samhandlingskjeden forsto pasientene, og uttrykte en forestilling om at «de andre» hadde smal pasientforståelse. «Vi kjenner ofte pasienten mye bedre enn *de gjør*», var et typisk utsagn fra kommunehold om sykehus og DPS. Flere fra kommunesektoren mente at de hadde like god eller bedre kompetanse enn tilsvarende yrkesgrupper i spesialisthelsetjenesten, men at deres kompetanse ikke alltid var verdsatt:

Og så opplever jeg at vi blir assistenter, og at det er sykehuset som bestemmer behandling. Og så skal vi utføre det.

Fra spesialisthelsetjenesten var det både kritiske og anerkjennende forståelser av den videre oppfølging i kommunen:

Så skal vi være litt forsiktige med hva vi faktisk instruerer kommunen om – og hva vi vet om hjemmesituasjonen til pasienten ...

Spesialister fra DPS og sykehusets døgnposter beskrev samarbeidet med andre som lite prioritert. Eksempelvis kunne de oppleve samarbeidsmøter som bortkastede:

Jeg opplever også at det blir utsatt å innkalle til samarbeidsmøte, og at vi ofte kan være for seint med det.

Kompetansestrid og ofte dobbelte (og flere) kliniske kartlegginger virket demotiverende for personellet, og de mente det samme gjaldt for mange pasienter.

Ansvar og koordinering

Individuell plan (IP), som er en lovfestet rett for denne gruppen pasienter, stod sentralt ved snakk om koordinering av tjenester. IP ble verdsatt, men det manglet en felles forståelse av innhold og ansvar. Mange delplaner, så som arbeidstreningsplan, behandlingsplan på DPS, en plan hos psykiatrisk sykepleier og aktivitetsplan på NAV, kan gjøre pasienter forvirret, ble det hevdet.

Det er veldig vanskelig å få i gang en individuell plan, for det er ingen som vil være koordinator.

Det tar veldig lang tid å få på plass en koordinator.

Mange nivåer

Flere var opptatt av at det er for mange nivåer (sykehusavdelinger, DPS og kommune), og i tillegg delvis overlappende ambulante team, som suicidteam og rusteam. I alle gruppene ble det sett som ønskelig at pasientene har få, men tydelige fagpersoner å forholde seg til, og en felles koordinerende instans for inntak og pasientflyt. Det ble hevdet fra flere hold at mange nivåer kan føre til overlappinger, ansvarsfraskrivelse og usikkerhet. Oppfølging «fra alle kanter [...] munner ut i en uklær oppfølging», var en oppfatning hos DPS, som mente at for mange pasienter ble utskrevet med henvisning til «uklare bestillinger».

Det kan handle litt om at de (sykehus) ikke helt tør å stole på at kommunen kan gi tilstrekkelig tilbud, så for sikkerhets skyld henviser de dem også til oppfølging fra DPS.

Det jeg ser i forhold til sykehus når folk har vært innlagt, er at de (sykehusavdelingen) henviser veldig mye samt at de henviser veldig bredt. Jeg tror det er noe med overgangen fra døgnkontinuerlig tilsyn til at de skal ut. Det virker som om en ser for seg at jo mer tilbud du pakker på pasienten, jo bedre blir det.

Fra Akuttenheten ble det pekt på at pasienter er i en sårbar fase etter utskriving mens de venter på tilbud fra kommunalt psykisk helsevern. Fra akutt og subakutt ble det hevdet at kommunen kunne glemme at en akuttpost opererer med et kort tidsspenn og begrenset sengekapasitet, og ofte uten muligheter for lengre opphold.

Kommunens ansatte opplevde sykehus og DPS som uavhengige organisasjoner selv om de hørte til samme sykehusorganisasjon, og de ønsket en samstemt spesialisthelsetjeneste.

Og så har vi liksom to psykiatrier, DPS og sykehus, som ikke har noe med hverandre å gjøre.

Tjenestenivåene orienterte seg ut fra hva de kunne tilby, og ikke ut fra behov, noe som særlig kunne ramme pasienter med samtidig rusproblem, ble det påpekt.

Travelt og «byråkratisk»

Flere fra akutt, subakutt og DPS tematiserte «byråkratisering» av kommunen, som at det var vedtaksmøter kun én gang i uka og vanskelig å få til raske løsninger rundt ansvar for brukere ved presserende behov. De samme rapporterte om knappe akuttressurser i sykehuset, særlig i helgene med lav bemanning, stort trykk på akuttavdelingene og få muligheter til å sende pasienter videre. Kombinasjonen av «byråkratisk» kommune og press på akuttpostene kunne føre til uhensiktsmessige løsninger, hevdet de sykehusansatte. Ansatte ved akuttavdelingene mente i tillegg at DPS ikke fungerte godt nok som et lavterskeltilbud fordi inntakene ble styrt av hva DPS hadde av (del-)kompetanse.

Det ble også gitt eksempler på vellykket «ubyråkratisk» samhandling. Ordningen med pasientstyrt (direkte) reinnleggelse uten å gå veien om primærlege eller DPS for utvalgte pasienter ble vurdert som en suksessfaktor for pasienter med langvarige og sammensatte behov.

Flere framhevet at det er organisering og rutiner «vi sitter og akker oss over», ikke «alle de hyggelige service- og løsningsorienterte fagfolkene», slik en fra akuttavdelingen uttrykte det. Flere fortalte at de hadde tatt direkte kontakt med behandlere på et annet nivå og på den måten fått til løsninger for brukere i krevende situasjoner.

Oppfølging og kontinuitet

En gjengs oppfatning var at det ble brukt for lite ens faglig dokumentasjon, og at journalkommunikasjonen var svak, noe som svekket kontinuitet. De fleste la vekt på at pasienten skal ha færrest mulig behandlere, og at overganger burde forberedes ved at personale fra kommunen eller behandler fra DPS besøkte «sine» på sykehuset før utskriving. Ansatte ved DPS framholdt at de gjerne skulle fulgt opp pasientgruppen med periodiske kontrolltimer for å hindre eller identifisere begynnende tilbakefall. Akutt ønsket kapasitet til oppfølgende poliklinisk virksomhet for et utvalg av pasienter, noe de mente ville redusere liggetid og innleggesshyppighet. Fra kommunalt hold var det ønske om sterkere oppfølging fra spesialister, det vil si psykiatere og psykologer med spesialistutdanning:

De dårligste pasientene jeg har som fastlege, er jeg nødt til å behandle selv i samarbeid med psykiatritjenesten i kommunen uten særlig støtte fra DPS.

Hindringer for slik oppfølging fra DPS eller akuttavdeling ble hevdet å være at andre i samhandlingsstrukturen hadde overtatt ansvaret.

Rundebordskonferanse

Rundebordskonferansen bekreftet og utdypet funnene. Drøftingene i grupper og plenum utkrystalliserte tre temafelt forbundet med pasientfokus, kunnskap om samhandlingspartnerne og holdninger.

Pasientsentrert praksis

Det ble lagt vekt på at god samhandling forutsetter «fokus på pasienten og ikke eie sannheten om pasienten», slik en av gruppene oppsummerte det. Utsagnet framhever betydningen av å utforske hva pasienten tenker om sin egen situasjon. Det ble pekt på at helhetlig forståelse av pasienten inkluderer diagnostisk forståelse så vel som kunnskap om pasientens bakgrunn og nettverk. Det kom forslag om å styrke bruken av lavterskel-kommunikasjonsmidler, for eksempel smarttelefon med egen IP-app. Koordinatorfunksjonen ble stadig pekt på som avgjørende: «Delt ansvar kan bety at ingen tar ansvar.»

Kunnskap om hverandre

Rundebordskonferansen løftet fram betydningen av fellesarenaer og framholdt at kunnskap om samhandler bygger på den andres faktiske selvpresentasjon og ikke på egne forforståelser eller spekulasjoner. Viktigheten av å ha oppdaterte faktaopplysninger som for eksempel organisasjonskart med informasjon om tjenester pasientene kunne nyttiggjøre seg, ble poengtert. Hensiktsmessige ansvars- og samarbeidsmøter og felles «eid» IP ble også her nevnt som verktøy for kontinuitet, forutsatt at informasjonsflyten foregår innenfor rammene av taushetsplikten.

Holdninger til hverandre

Faktisk interesse og ydmykhet for pasientens og det øvrige personellens forståelser ble framhevet. Det vil si at samhandlingsparter ikke skulle love noe på andres vegne uten at dette er avklart:

Vi bør spørre hva som finnes av tiltak, og hva andre tenker – heller enn bare å si at 'dette trengjer pasienten!'.

Videre var det ønskelig at man «snakket hverandre opp», altså støttet hverandre og bidro til å bygge opp tillit til samhandlingspartnerne.

DISKUSJON

Studien viser hvilke forhold deltakerne ser som sentrale for nivåovergripende samhandling om pasienter med langvarige og sammensatte tjenestebehov. Sentrale funn gjelder rutiner og koordinering, bruk av IP og andre virkemidler samt ansvar og organisering. Dette er kjente utfordringer (Danbolt, Kjønnsberg og Lien 2009; Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten 2008; Ose og Slettebak 2013;) som det også jobbes mye med gjennom organisering og ledelse av psykiske helsetjenester internasjonalt (Craven og Bland, 2006; Lee, Crowther, Keating og Kulkarni, 2013). Studien bekrefter empirisk at dette fremdeles ikke fungerer optimalt i arbeidet med denne gruppen pasienter med psykiske vansker. Samtidig bidrar den til å identifisere hvor problemene ligger.

Nivåeksklusive praksiser

Vår studie viser at nivåeksklusivitet og interpersonelle forhold kan være til hinder for god samhandling mellom primær- og spesialisthelsetjenesten. Det kommer til syne praksismønstre som reelt sett har mer preg av hverfor-seg-aktiviteter enn av samhandling. Dette synes ikke primært å skyldes organisering, men forhold som svak anerkjennelse av fagfolk på et annet tjenestenivå enn ens eget.

En uheldig konsekvens av nivåeksklusivitet er at noen pasienter anses som for friske til innleggelse, men for syke til DPS-behandling. Det kan føre til det behandlingsparadokset at alvorlig syke pasienter med sammensatte og langvarige behov ikke blir ivaretatt av de behandlerne som har best tilpasset kompetanse. Dette er også et paradoks i forhold til retningslinjene for hva et DPS skal klare å forholde seg til.

Gjensidighet

Sentrale spørsmål gjelder kunnskap om samhandlingsparter og forståelse av kompetanse: Hvem vet best, og hvem skal bestemme hva? I alt sju yrkesgrupper var med i studien, og disse har til dels forskjellige oppgaver og til dels uoverensstemmende syn på kunnskap og kompetanse. Denne studien peker klart på *gjensidighet* som et nøkkelbegrep når det gjelder anerkjennelse av «de andres» kompetanse og funksjon, muligheter og begrensninger. Uten en slik anerkjennelse av hverandres kompetanse og funksjon blir samhandling vanskelig. »



Spesialister fra DPS og sykehusets døgnposter beskrev samarbeidet med andre som lite prioritert

Ønsket om anerkjennelse for kompetanse, så vel som begrensninger, uttrykkes fra alle hold. Svak anerkjennelse synes å henge sammen med lite kjennskap til hverandre. Gjennom arbeidet med denne studien og hele det fagutviklingsprosjektet som studien inngår i, har det blitt etablert en rekke nye møtearenaer med seminarer der profesjonelle fra ulike instanser har fått anledning til å treffes. Dette har ført til at samhandlingspartene har styrket sin kjennskap til og anerkjennelse av hverandre. Rundebordskonferansen var en arena som ga anledning til å vise gjensidig interesse for «de andre».

Tilbud på rett tjenestenivå

I perioden denne studien pågikk, var det i SI store diskusjoner om hvilke aktiviteter som skulle foregå på sentralsykehusnivå, og hvilke som skulle ligge på DPS-nivå. Ut fra sitt mandat skal en DPS-avdeling kunne behandle alle psykiske plager som ikke krever låste dører. Tjenestene ved DPS-ene og sentralsykehusene stiller i hovedsak like store krav til kompetanse, men klinisk situasjon, alvorlighetsgrad og hyppighet avgjør i praksis om tjenesten skal organiseres i DPS eller sentralsykehus.

En viktig diskusjon som springer ut av studien, gjelder en gjensidig kritisk faglig holdning til innholdet i et sammenhengende tjenestetilbud. Flere av deltakerne ivret etter å «tenke i samme retning», slik det ble ytre i ett av intervjuene. Samtidig ble behovet for nyansering og reell kompetansedeling som kan virke kritisk korrigerende i et nivåovergripende behandlingsforløp, løftet fram. Fagfol-

kene kan ha nokså forskjellige forståelser av hva som er god praksis i konkrete tilfeller. Det henger sammen med at pasientforståelsen er preget av ulike former for kontakt med pasienten, men også av sammensatt profesjonskompetanse og hvordan denne formes og utfoldes innenfor ulike praksiskontekster i kommune- og spesialisthelsetjenesten. Rundebordskonferansen pekte på betydningen av å utnytte fordelene ved dette faglige mangfoldet, og unngå eksklusive praksiser.

Rundebordskonferansen varte en hel arbeidsdag og bidro til at partene i større grad ble kjent med hverandre. Også andre studier viser positive samhandlingseffekter av personlig kontakt (Craven og Bland, 2006; Danbolt, Kjøsberg og Lien, 2010; Fredheim, Danbolt, Haavet og Lien, 2011; Pettersen og Johnsen, 2007).

Imperativer for god samhandling

I studien kommer det til syne forhold som hemmer og fremmer hensiktsmessig samhandling. På bakgrunn av funnene i denne studien har vi sammenfattet tre sentrale imperativer for god samhandling i Tabell 2.

Studiens gyldighet

Studien tegner et situasjonsbilde fra et lokalt samarbeidsområde innen psykisk helsetjeneste på Østlandet. Studiens styrke ligger i at den gir en fylldig beskrivelse av de involverte aktørenes erfaringer og refleksjoner. Fokusgruppene genererte data med ansporende refleksjoner og resonnementer mellom delta-

Tabell 2 Hemmere, fremmere og imperativer for god samhandling

Hemmer god samhandling	Fremmer god samhandling
Ensidige forståelser av pasienter og av samarbeid	Kunnskap om samhandlingspartner som inkluderer dennes egenpresentasjoner
Maktubalanse og maktbefengt språk og atferd	Gjensidig respekt for at forskjellige kontekster og posisjoner kan bidra til bedre forståelse og tjenesteyting
Relativiseringer av forskjeller	Avklaring og anerkjennelse av ulikheter i kompetanse, fag, oppgaver og roller
Uklar kommunikasjon og svak tilgjengelighet	Kultur for å gi konstruktiv kritikk
Tre samhandlingsimperativer:	
Vær stadig undersøkende med tanke på nye og bedre måter å anskaffe og utnytte kompetanse på.	
Ha arenaer for kontakt og rom for å fortelle om eget arbeid, drøfte fag og bli oppdatert om de enkeltes kompetanse, muligheter og begrensninger.	
Bruk de faglige felleserfaringene til å optimalisere fellesressursene og gi tilbakemelding om hvordan overordnet organisering må være sekundær til denne typen kunnskap.	

kerne. Vi så det som fruktbart at funnene fra de første nivåhomogene (men yrkesheterogene) gruppene ble utdypet i de nivåheterogene drøftingene i plenum og grupper på rundebordskonferansen. Bildet som tegnes, har trekk som samsvarer med tidligere forskning (Craven og Bland, 2006; Ose og Slettebak, 2013). Samtidig går denne studien videre ved å identifisere og utdype sentrale samhandlingsmønstre. Særlig er dette knyttet til betydningen av gjensidighet i samarbeidet. Slik sett mener vi at studien kan ha overføringsverdi og relevans for andre lokale kontekster og gi innspill til lignende prosesser rettet mot å utforme hensiktsmessige samhandlingsstrukturer.

KONKLUSJON

Studien har utforsket involverte aktørers erfaringer og refleksjoner om samhandling om pasienter med langvarige og sammensatte behov i en lokal kontekst. Det avdekkes ensidige og nivåspesifikke mønstre som i praksis

er eksklusive med tanke på forståelse, mål og tiltak. Manglende kunnskap om samhandlingspartnere og til dels ulike behandlingsforståelser mellom nivåer og mellom yrkesgrupper fører til parallelle prosesser med demotiverende merarbeid og svakere tjenesteyting.

Studien peker på behovet for å utvikle samhandlingspraksiser med vekt på *gjensidighet*, med etiske imperativer som konsekvens for at de profesjonelle målene skal kunne oppnås. En pasient- og tjenesteforståelse som bygger på gjensidig anerkjennelse av samhandlingspartnere og inkluderer anvendelse av kunnskap og erfaringer fra alle involverte aktører, er en forutsetning for en slik praksis. ✘

REFERANSER

- Carlsen, B. og Glenton, C. (2011). What about N? A methodological study of sample-size reporting in focus group studies. *BMC Medical Research Methodology*, 11:26.
- Craven, M.A. og Bland, R. (2006). Better practices in collaborative mental health care: an analysis of the evidence base. *Canadian Journal of Psychiatry*, 51, 7S-72S.
- Danbolt, L.J., Kjøsberg, K. og Lien, L. (2010). Hjelp når du trenger det. En kvalitativ studie av samhandling og gjensidighetskunnskap i den psykiske helsestjenesten. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 3, 238–245.
- Fredheim, T., Danbolt, L.J., Haavet, O.R. og Lien, L. (2011). Collaboration between General Practitioners and mental health care professionals: a qualitative study. *International Journal of Mental Health Systems*, 5 doi: 10.1186/1752-4458-5-13.
- Giorgi, A. (2009). *The descriptive phenomenological method in psychology: a modified Husserlian approach*. Pittsburg, P.A.: Duquesne University Press.
- Grimen, H. og Tørud, L.I. (red.) (2013). *Evidensbasert profesjonsutøvelse*. Oslo: Abstrakt forlag.
- Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) (2013). Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med psykoselidelser.
- Lee, S.J., Crowther, E., Keating, C. og Kulkarni, J. (2013). What is needed to deliver collaborative care to address comorbidity more effectively for adults with a severe mental illness? *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 4, 333–46. doi: 10.1177/0004867412463975. Epub 2012 Oct 17.
- Malterud, K. (2011). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Malterud, K. (2012). *Fokusgrupper som forskningsmetode i medisin og helsefag*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Martin, L og Hirdes, J.P. (2014). *Exploring the impact of common assessment instrumentation on communication and collaboration in inpatient and community-based mental health settings: a focus group study*. BMC Health Services Research, 14, 457. doi: 10.1186/1472-6963-14-457.
- Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten (2008). *Samhandling om pasienter med alvorlige psykiske problemer i allmennpraksis*. Rapport nr. 3.
- Ose, S.O. og Pettersen, I. (2012). *Døgnpasienter i psykisk helsevern for voksne (PHV). Rapport nr. A26086*. SINTEF teknologi og samfunn.
- Ose, S.O. og Pettersen, I. (2012). *Døgnpasienter i TSB 20. november 2012. Baseline for samhandlingsreformen. Rapport nr. A26186*. SINTEF teknologi og samfunn.
- Ose, S.O. og Slettebak, R. (2013). *Unødvendige innleggelse, utskrivningsklare pasienter – omfang og kjennetegn ved pasienten*. SINTEF. Teknologi og samfunn. Rapport nr. A25247.
- Pettersen, B. og Johnsen, R. (2007). Legers oppfatning av samhandlingen mellom nivåene i helsetjenesten. *Tidsskrift for Den Norske Lægeforening*, 127, 565–8.
- Røsstad, T., Garåsen, H., Steinsbekk, A., Håland, E., Kristoffersen, L. og Grimsmo, A. (2015). *Implementing a care pathway for elderly patients, a comparative qualitative process evaluation in primary care*. BMC Health Services Research. 15:86.
- Sommer, M. (2013). Kognitiv miljøterapi i kommunalt bofellesskap. *Sykepleien Forskning*, 8, 132.

BEHANDLING AV TRAUMATISERTE BARN OG UNGE:

Allianse og metode

God allianse er ikke tilstrekkelig i behandlingen av barn og unge. Terapeuter trenger også spesifikke metoder for å redusere barnas posttraumatiske stressplager.

**TEKST**

Silje Mørup Ormhaug
Psykologspesialist,
forsker II
Nasjonalt
kunnskapssenter om
vold og traumatisk
stress (NKVTS)

KONTAKT

s.ormhaug
@nkvts.no

SOM NYUTDANNET PSYKOLOG erfarte jeg at feltet var svært opptatt av den terapeutiske alliansen, spesielt i behandling av traumatiserte barn og unge. Denne gruppen har ofte opplevd mange svik og brutte relasjoner, og vil derfor være ekstra sårbare og vanskelige å engasjere i en ny relasjon. I tillegg vil en behandling med eksplisitt fokus på ungdommens traumatiske erfaringer kunne oppleves som krevende for en ungdom med høye symptomer på posttraumatisk stress (PTSS), derfor vil en god allianse være avgjørende for at de skal klare å engasjere seg i behandlingen. Men da jeg begynte å se på litteraturen, fant jeg bare én studie som hadde undersøkt dette empirisk. Og den var i tillegg mer enn 20 år gammel (Eltz, Shirk, & Sarlin, 1995). Det var overraskende at et så viktig klinisk spørsmål ikke var blitt mer studert, og det motiverte meg til å undersøke dette nærmere.

Vi vet at tallet på barn og unge som utsettes for potensielt traumatiserende hendelser som vold i hjemmet, seksuelle overgrep og grov mobbing i Norge, er høyt (Schou, Dyb & Graff-Iversen, 2007; Thoresen & Hjemdal, 2014). Vi vet også at disse barna utgjør en stor andel av dem som blir henvist til BUP (Ormhaug, Jensen, Hukkelberg, Holt, & Egeland, 2012), men da vi startet studien visste vi lite om hvilken behandling de fikk, og hvordan den virket. En metode

som har vist veldig gode resultater for barn og unge som har opplevd mange ulike typer traumer, er traumefokusert kognitiv atferdsterapi (TF-CBT, Cohen, Mannarino, & Deblinger, 2006). Denne metoden har blitt undersøkt i mer enn 13 RCT-studier, men hovedvektene av disse studiene er fra USA, der behandlingen har blitt gjennomført ved spesialiserte traumeklinikker. Vi ønsket derfor å undersøke hvordan metoden ville fungere i en norsk kontekst, gjennomført av ordinære terapeuter, og med de barna og unge som vanligvis blir henvist til BUP.

I 2008 startet vi arbeidet med å utdanne terapeuter i TF-CBT ved åtte BUP-er rundt i landet, og med et randomisert kontroll-design ønsket vi å sammenligne TF-CBT med standard behandling («therapy as usual», TAU) (Jensen et al., 2013). Et sentralt spørsmål var: Hva utgjør viktige endringsprosesser i behandlingen? Den terapeutiske alliansen var en av de prosessvariablene vi kartla underveis.

ALLIANSENS BETYDNING

Et av spørsmålene vi ønsket å undersøke, var hvordan den terapeutiske alliansen forholder seg til utfall på tvers av behandlingsmetode. Da jeg startet på doktorgradsprosjektet, så jeg for meg at TF-CBT og TAU kunne vise seg å gi like gode resultater, og at det var kvaliteten på



BÅDE OG Terapeuter må både sørge for en god allianse og jobbe spesifikt med de posttraumatiske stressplagene for å gi best mulig hjelp til traumatiserte barn og unge. Foto: radoslawczarnecki0/Pixabay.com

den terapeutiske alliansen som ville skille de deltakerne som ble bedre, fra dem som ikke ble det. Da vi så på resultatene, fant vi at dette ikke stemte. Behandlingsmetoden var den sterkeste prediktoren for utfall. Deltakerne i TF-CBT rapporterte om lavere symptomer på PTSS, depresjon og generelle vansker etter avsluttet behandling. Den terapeutiske alliansen var like god i begge gruppene, men det var bare i TF-CBT at alliansen målt etter sjetten time predikerte utfall ved avsluttet behandling. I TAU var det ingen sammenheng mellom kvaliteten på alliansen og bedring.

I TF-CBT jobber terapeutene med spesifikke komponenter som er utviklet for å redusere barnas posttraumatiske stresssymptomer og bearbeide eventuelle traumatiske feilattribusjoner. I TAU fikk vi inntrykk av at behandlingen var mer uspesifikk, og at den hadde mindre fokus på barnas traumatiske erfaringer. Da det så viste seg at en sterk allianse bare predikerte utfall i TF-CBT, tolker vi det slik at det er viktig å ha både en sterk allianse og jobbe spesifikt med de posttraumatiske stressplagene for å gi best mulig hjelp til denne gruppen barn og unge.

TERAPEUTENE BOMMER

Et annet aspekt vi ønsket å undersøke, var om det er ungdommens eller terapeutens vurdering »

Hovedfunn

- Mørup Ormhaug disputerte med doktorgraden *The therapeutic alliance in the treatment of traumatized youths. Relationship to outcome and dropout across rater perspective and therapeutic interventions* ved UIO i januar i år.
- 71 terapeuter deltok i studien, 26 av terapeutene fikk opplæring i traumefokusert kognitiv atferdsterapi (TF-CBT), mens resten jobbet som vanlig («therapy as usual», TAU).
- Til sammen 156 ungdommer i alderen 10-18 år deltok (gjennomsnittsalder 15 år).
- Deltakerne i TF-CBT-gruppen hadde signifikant lavere nivå av PTSS, depresjon og generelle vansker samt signifikant bedre daglig fungering sammenlignet med TAU, etter 15 timer. Den terapeutiske alliansen var like god i begge gruppene.
- Ungdommens vurdering av alliansen predikerte utfallet av behandlingen, men bare i TF-CBT gruppen, ikke i TAU.
- Terapeutenes vurdering av alliansen predikerte ikke utfallet av terapien, men utfallet var dårligere dersom terapeutene vurderte alliansen som mer positiv sammenlignet med ungdommens perspektiv
- Ungdom som ikke hadde foreldrene med til første time, som hadde en oppfatning av at foreldrene ikke støttet behandlingen, eller der terapeuten rapporterte en dårlig allianse, hadde størst risiko for å droppe ut av behandlingen.



Terapeutene hadde en tendens til å undervurdere ungdommens opplevelse av alliansen

av alliansen som best predikerer utfall. Det er vesentlig å vite dette, for terapeuters vurdering av alliansen kan være en rettesnor for hvilke valg og intervensjoner som blir tatt i timen. Hvis terapeuten for eksempel blir bekymret for at alliansen ikke er god, kan det føre til at han eller hun utsetter å introdusere en potensielt krevende oppgave, som traumenarrativ eller eksponering. Studien vår viste imidlertid at det bare var ungdommens perspektiv som predikerte utfall. Terapeutens vurdering var ikke relatert til utfall i seg selv, og det viste seg at terapeutene heller var ikke særlig gode til å vurdere ungdommens opplevelse av alliansen. Terapeutene hadde stort sett en tendens til å undervurdere ungdommens opplevelse av alliansen. Når terapeutene overvurderte, og rapporterte at alliansen var bedre enn det ungdommen selv syntes, var dette forbundet med et dårlig behandlingsresultat. Vi tenker at dette var et tegn på at terapeutene ikke tolket ungdommens signaler godt nok, og at dette kan ha hindret dem i å justere intervensjonene slik at de passet bedre.

HUSK FORELDRENE

Til sist var vi opptatt av hvem som dropper ut av behandlingen, og hvorfor de gjør det. Her fant vi at ungdommene ser ut til å legge stor vekt på hvordan de opplever at foreldrene vurderer

terapeuten og behandlingen. De ungdommene som rapporterte at de hadde inntrykk av at foreldrene ikke likte terapeuten, eller ikke hadde tro på at behandlingen ville være nyttig, hadde større risiko for å droppe ut. Dette funnet viser at det er viktig å huske på at foreldrene spiller en sentral rolle i behandlingen av barn og unge, og at denne strekker seg ut over det å bidra med praktisk hjelp i form av å følge til timene eller å motta foreldreveiledning. Foreldrene er også viktige premissleverandører som bidrar til å forme barna og ungdommenes vurdering av terapien. En forståelse av samspillet mellom foreldre og barn bør inkluderes i forståelsen av den terapeutiske alliansen i arbeidet med unge klienter.

Resultatene våre tyder på at det er viktig at terapeuter har tilstrekkelig traumekompetanse og har verktøy for å behandle posttraumatisk stress. Det blir også viktig å involvere foreldrene og snakke om hvorvidt de har tro på og anerkjenner behandlingen som barnet skal få. Som forskere er spørsmålene vi stiller oss nå: Hva skal til for å danne en god allianse med barn og unge? Hvordan kan terapeuten bedre fange opp og forstå barnas vurdering av alliansen? Dette er arbeid som vi allerede er i gang med, og vi gleder oss til å se mer på resultatene i tiden fremover. ✕

REFERANSELISTE

- Cohen, J. A., Mannarino, A. P., & Deblinger, E. (2006). *Treating trauma and traumatic grief in children and adolescents*. New York, NY: Guilford Press; US.
- Eltz, M. J., Shirk, S. R., & Sarlin, N. (1995). Alliance formation and treatment outcome among maltreated adolescents. *Child Abuse & Neglect*, 19(4), 419–431.
- Jensen, T. K., Holt, T., Ormhaug, S. M., Egeland, K., Granly, L. B., Hoaas, L. C., Hukkelberg, S.S., Indregard, T., Stormyren, S.D., Wentzel-Larsen, T. (2013). A randomized effectiveness study comparing Trauma-Focused Cognitive Behavioral Therapy with therapy as usual for youth. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 43(3), 356–369. doi: 10.1080/15374416.2013.822307
- Ormhaug, S.M. (2016). The therapeutic alliance in the treatment of traumatized youths. Relationship to outcome and dropout across rater perspective and therapeutic interventions. *Avhandling til ph.d.-graden i psykologi*, SV, UIO.
- Ormhaug, S.M., Jensen, T.K., Hukkelberg, S.S., Holt, T., & Egeland, K. (2012). Traumer hos barn – blir de glemte eller glemt? Kartlegging av traumatiske erfaringer hos barn og unge henviset til BUP. *Tidsskrift for norsk psykologforening*, 49, 234–240.
- Schou, L., Dyb, G., & Graff-Iversen, S. (2007). Voldsutsatt ungdom i Norge. Resultater fra helseundersøkelser i seks fylker (Vol. 8). Oslo: Nasjonalt folkehelseinstitutt
- Thoresen, S., & Hjemdal, O.K. (2014). Vold og voldtekt i Norge. En nasjonal forekomststudie av vold i et livsløpsperspektiv (Vol. 1/2014): Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress (NKVTS).

SKRIV I «OPPSUMMERT»:

Ny psykologisk innsikt?

Betydningsfulle forskningsfunn?

Nettopp disputert?

Ta kontakt:

ida.holth@

psykologtidsskriftet.no



Forskjellene øker – særlig blant kvinner

I en ny europeisk undersøkelse om forskjeller i dødelighet mellom høyt og lavt utdannede, kommer Norge og Litauen dårligst ut, ifølge en forsk studie fra Folkehelseinstituttet.

- I resten av Europa er forskjellene mellom utdanningsgrupper redusert, men ikke i Norge. Her øker forskjellene, spesielt for kvinner, sier forsker Bjørn Heine Strand ved Folkehelseinstituttet til fhi.no.

Tidligere forskning har vist at de med høyere utdanning i gjennomsnitt lever lenger og har bedre helse enn de med lav utdanning. Flere studier har vist økende forskjeller. Det har derfor vært et mål i Norge og i Europa å redusere forskjellene i dødelighet mellom høyt og lavt utdannende.

Økningen i forskjeller for norske kvinner skyldes hovedsakelig sykdommer knyttet til røyking, som lungekreft og KOLS. Kvinner med høyere utdanning har sluttet å røyke i større grad enn kvinner med lavere utdanning. I dag røyker om lag hver fjerde lavt utdannende kvinne, mens bare 6 prosent av kvinner med høy utdanning røyker.

Den europeiske undersøkelsen om dødelighetsforskjeller mellom høyt og lavt utdannede i Europa bygger på harmoniserte data og metoder som er benyttet på tvers av land. Landene med sterkest utjevning var Spania, Skottland, England/Wales og Italia, skriver fhi.no.

Kilde: <http://www.fhi.no/artikler/?id=118551>

Referanse: JP Mackenbach, I Kulhánová, B Artnik et al. *Changes in mortality inequalities over two decades: register based study of European countries.* BMJ 2016;353:i1732 (Published 11 April 2016)

1 av 50 barn lider av ME

I England har 1 av 50 barn i 16-årsalderen ME, ifølge den største studien som er gjort i landet om ME blant ungdom.

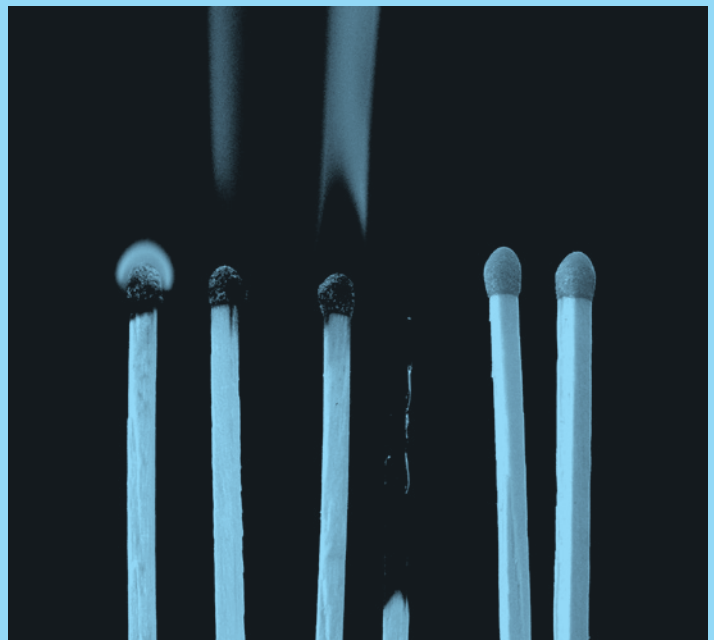
Forskere ved Universitetet i Bristol har samlet inn data fra nesten 6 000 barn, og konkluderer blant annet med at to prosent av 16-åringer har ME som varer mer enn seks måneder, mens nesten tre prosent i samme alder har en ME-tilstand som varer mer enn tre måneder. I gjennomsnitt var disse elevene borte fra skolen en halv dag per uke, ifølge studien. Forskerne fant også ut at jenter har nesten dobbelt så stor risiko for å utvikle ME sammenlignet med gutter. Barn i familier med mye motgang og problemer (dårlig økonomi, dårlige boliger, lite emosjonell støtte) har også større sjanse for å utvikle ME enn andre barn. Forskerne i studien presiserer at tallene ikke er basert på leger som har gitt barn en ME-diagnose, men på spørreskjemaer som barn/foreldre har besvart, og som forskerne har tolket.

- Dette er en viktig studie fordi den viser at ME er mye mer vanlig blant tenåringer enn det man tidligere har trodd. ME-behandling i denne alderen er effektiv for de fleste barn, men i Storbritannia er problemet at altfor få barn har tilgang til behandling, sier Dr. Esther Crawley, en av forskerne bak studien.

Dr. Simon Collin, studiens hovedforfatter, mener det må forskes mer på ME:

- ME er en svært ødeleggende sykdom som har stor innvirkning på livet til barna og deres familier, og resultatene fra studien understreker behovet for videre forskning på årsakene til sykdommen, sier Collin til nettstedet Science Daily.

Kilde: sciencedaily.com/releases/2016/01/160125090619.htm





Bondok Kaltambora

Supplere, ikke konkurrere

Hvordan skal vi innpasse klinisk helsepsykologi i sykehusets organisasjon og tjenestetilbud?

Helsevesenet er fortsatt organisert i to separate systemer, ett for soma og ett for psyken, med forskjellig lovgivning og ulik finansiering. Samtidig har psykologiske forhold stor betydning for somatisk lidelse og omvendt (Baum et al., 2012; Fisher & Dickinson, 2014). Selv om dette er anerkjent kunnskap, er erfaringer både nasjonalt og internasjonalt at det mangler en integrert, samtidig tilnærming. Klinisk helsepsykologi kan være en nødvendig brobygger for bedre integrering av psyke og soma i helsevesenet.

I klinisk helsepsykologi anvendes psykologisk kunnskap og kliniske ferdigheter for å fremme mestring av sykdom, enten det er i behandling, rehabilitering eller palliasjon. Sykdom og helse forstås i en biopsykososial ramme, og pasientens pårørende inkluderes ofte i behandlingen. Behovet for en slik tilnærming er økende. Dagens sykdomsbilde handler ikke lenger om de store epidemiene, men om livsstilssykdommer og kroniske sykdommer (Donaldson, 2001). Våre besteforeldre slet med å overleve sykdom, mens vår utfordring er å leve *med* sykdom.

I 2012–2013 fikk vi midler fra Helsedirektoratet og ExtraStiftelsen til et pilotprosjekt for implementering av klinisk helsepsykologi i et somatisk sykehus. Prosjektet resulterte i at *Enhet for psykiske helsetjenester i somatikken* ved Diakonhjemmet Sykehus kom i ordinær drift 1. januar 2014. I en tidligere artikkel har vi beskrevet kjennetegn ved klinisk helsepsykologi, og gitt eksempler på arbeidsoppgaver og metoder (Berge & Lang, 2011). Vi vil nå beskrive våre erfaringer med å iverksette klinisk helsepsykologi som del av sykehusets tjenestetilbud, dets organisasjon og kultur. Vi vil drøfte barrierer og suksessfaktorer slik at andre som er interessert i å utvikle liknende tilbud, kan høste av våre erfaringer. Selv om vi tar for oss spesialisthelsetjenesten, har våre erfaringer relevans også for implementering i primærhelsetjenesten.

ORGANISERING OG ROLLER

Rollene til de ulike aktørene i sykehuset, som sykepleier, lege, fysioterapeut, sosionom, prest, farmasøyt, bioingeniør, radiograf, ergoterapeut, ernæringsfysiolog, psykolog og annet helsepersonell, er i liten grad formelt definert gjen-

TEKST

Torkil Berge, Petter Ekern, Elin Fjerstad, Ingrid Hyldmo, Nina Lang og Morten Skjørshammer
Diakonhjemmet Sykehus, Oslo*

KONTAKT

torkil.berge@
diakonsyk.no

ILLUSTRASJON

Bendik Kaltenborn

* Takk til direktør Anders Frajford og psykolog Geir Kalstad for bidrag



Ingen enkeltstående modell kan sammenfatte det vell av kunnskap som foreligger om sykehus som organisasjon



nom lovgivning eller andre styrende dokumenter. Sykehusets organisering skjer dels ut fra tradisjon og dels ut fra behovene på det enkelte sted. Sykehusene varierer i størrelse og oppgaver, og man finner derfor et utall av organisasjonsformer. Ved innføring av klinisk helsepsykologi er det viktig at man analyserer organiseringen av det aktuelle sykehuset og hvilke muligheter som gis lokalt for å få etablert tjenesten.

Ved vårt sykehus knyttet vi prosjekt klinisk helsepsykologi til et konsultasjon–liaison- team kalt Psykiatrisk konsultasjonsteam, som vurderte psykiske helseproblemer hos pasienter i de somatiske avdelingene. Prosjektet – og senere den etablerte enheten – ble dermed en naturlig videreutvikling av en velkjent aktivitet, med ansatte som hadde etablert gode samarbeidsrelasjoner med øvrige yrkesgrupper på sykehuset. Valg av organisasjonsmodell vil avhenge av kontekst, størrelsen på sykehuset, alderssammensetning av pasientpopulasjonen og type sykdom. Ved et noe mindre sykehus med få ledelsesnivåer som Diakonhjemmet Sykehus har en generalistmodell for klinisk helsepsykologi vært naturlig. Ved for eksempel Oslo Universitetssykehus, som er ti ganger så stort og med en større grad av spesialisering, vil andre organisasjonsmåter kunne være mer egnet, som å ha kliniske helsepsykologer knyttet til bestemte avdelinger.

En rekke spesifikke kjennetegn ved sykehuset som organisasjon må tas hensyn til ved etablering av klinisk helsepsykologiske tjenester. Vi vil trekke frem noen av dem.

Lite rom for tvil

Man må ta hensyn til at arbeidsaktivitetene ved sykehus er avhengige av hverandre og krever en høy grad av koordinering, samtidig som mye av arbeidet er svært spesialisert. Det er liten toleranse for feil og tvil. Lav toleranse for tvil kan være fremmed for psykologer som er vant til å jobbe med å åpne opp for ulike forståelsesmåter, utvide perspektiver og ikke lete etter ett «riktig svar».

Akuttvirksomheten

Selv om de fleste brukerne av sykehuset har kroniske sykdommer, er akuttvirksomheten dominerende med sin karakter av å handle om liv eller død. Den legger mye av premissene for den daglige virksomheten og for prioritering av ressurser (Sørås, 2007). Det innebærer at psykologene må finne sin plass i en organisasjonsmessig virkelighet der akuttvirksomheten alltid går foran.

Ingen tradisjon

Implementeringen må bygge på en forståelse av at rollen som psykolog i somatikken skiller seg fra rollen i psykisk helsevern. Her har psykologen en sentral plass, og deltar i linjeledelse og i stabfunksjoner på en likestilt måte med psykiatere og andre helseprofesjoner. På et somatisk sykehus er det ingen tradisjon for hvordan psykologer kan anvendes.

Kropp og død

Sykehuset er den organisasjonen i samfunnet der flest mennesker dør. Brukerne av organisasjonens tjenester er sårbare og på mange måter priggitt sykdommens, profesjonenes eller teknologiens makt. Psykologen er vant til å møte sårbare mennesker, men har ikke så mye trening og erfaring med den syke kroppen som andre helseprofesjoner. Daglig å forholde seg til fysisk sykdom, og ta inn lukt- og synsintrykk av syke krop-

per, kan være uvant i starten. (Se Kash-Godley, King og Quill, 2014 for en diskusjon av psykologens samarbeid med døende pasienter og deres familier.)

Endring utenfra

Endringer i sykehusets organisering har historisk sett vært knyttet til teknologisk og medisinsk utvikling, der spesielt legenes vurdering av endringsbehovene har vært en viktigere drivkraft enn helhetlige vurderinger eller ytre krav om endring (Sørås, 2007). Endringene har ofte kommet innenfra. Innføring av klinisk helsepsykologi kan støte på en rekke barrierer, for eksempel at det oppfattes som en trussel mot etablerte holdninger, profesjonsrevir, maktforhold og oppgavefordeling. Når en organisasjon tilstreber å stabilisere sin kultur, sier vi at den blir «institusjonalisert» eller at den søker «institusjonell kontroll» (Mintzberg, 1990). Endringer blir vanligvis små og skrittvis, og selv når endring bestemmes av ledelsen, skjer ikke nødvendigvis iverksettelsen som forventet. Det oppstår problemer i alle faser av implementeringen, og man glir tilbake i gamle handlingsmønstre. Det er en barriere dersom klinisk helsepsykologi blir opplevd av sykehusets ansatte som å komme utenfra. Det er viktig få vist frem den psykologfaglige kompetansen på en slik måte at andre ansatte opplever den som en ønsket og integrert del av institusjonens behandlingstilbud.

Hierarki

Sykehuset har et klart hierarkisk system, men med et mylder av subkulturer ved poster og i fagmiljøer. Det er en hektisk atmosfære der viktige avgjørelser må tas på kort tid. Språket på et somatisk sykehus er dessuten annerledes enn i de miljøene der psykologer tradisjonelt arbeider; mer kropporientert og konkret med spesifikke somatiske fagtermer. Profesjonsorganiseringen legger sterke føringer på hva som skjer i sykehusene, og de ansattes primærlojalitet vil ofte ligge vel så mye i egen profesjon som i organisasjonen (Sørås, 2007). Samtidig er det gjennom mange år utviklet sterke bånd av samhörighet mellom profesjonene. Når psykologprofesjonen ønsker innpass, vil det ta tid og kreve målbevisst arbeid før man blir opplevd som en gruppe som hører naturlig til i arbeidsfellesskapet. Man må evne å tilpasse seg språk, tempo og organisasjonskultur og samtidig ivareta det spesifikke ved den psykologfaglige

kompetansen. Vår erfaring er at dette krever god rolleforståelse og rolleformidling.

SYKEHUSETS FIRE VERDENER

Sykehus er komplekse kunnskapsorganisasjoner som er vanskelige å forstå og krevende å styre. Derfor er kunnskap om hvordan sykehusets ulike verdener fungerer sammen, essensiell for å kunne gjennomføre suksessfulle endringsprosesser. Når sykehusansatte selv blir spurt om hvilke mentale bilder de har av sykehuset som organisasjon, hører vi dem ofte svare «maurtue», «orkester», «finjustert urverk» etc. Pasienter og pårørende kan svare noe tilsvarende, men legger gjerne til beskrivelser av sykehuset som «mystisk», «uforståelig», «lukket» eller «usammenhengende». Til tross for omfattende forskning over mange år er sykehus også blant fageksperter fremdeles mangelfullt forstått.

Glouberman og Mintzberg (2001) gir en ramme for å forstå sykehus som organisasjon. De utviklet sitt syn på sykehus ut fra studier av hvorfor det er så vanskelig å gjøre forandringer i helsesektoren. De mener at sykehus ikke er én organisasjon, men fire forskjellige organisasjoner eller verdener, med ulike strukturer som i stor grad arbeider uavhengig av hverandre. Disse strukturene representerer både interne og eksterne krefter i sykehussystemet, og er vanskelige å endre eller bryte opp. De har ulike oppgaver, tankesett og måter å organisere seg på.

De fire «verdener» er *samfunnet* («community»), *styring og kontroll* («control»), *behandling* («cure») og *pleie og omsorg* («care») (på engelsk «the four C's»). Innenfor disse fire verdenene finner vi følgende dominerende profesjoner: representanter for samfunnet (overordnet samfunnsstyring), ledere og administratorer (kontroll), leger (behandling) og sykepleiere og annet tverrfaglig helsepersonell (pleie og omsorg). Mellom verdenene er det kløfter, særlig horisontalt mellom sykehusledelse og de som behandler og pleier (Glouberman & Mintzberg, 2001).

SUPPLERE, IKKE KONKURRERE

Ved implementering av klinisk helsepsykologi på sykehus er det en forutsetning at det tas hensyn til aktørene i alle fire verdener. Vi vil her drøfte implementering på alle disse områdene, med eksempler på hva vi la vekt på ved Diakonhjemmet Sykehus.



Hvordan implementere klinisk helsepsykologi i sykehus?

- Søk å etablerere en felles forståelse for at noe må endres, og ha en klar visjon for hva som ønskes oppnådd. Risikoviljen og dedikasjonen til ledelsen, for eksempel sykehusets direktør, er ofte avgjørende for å få til endring.
- Kommuniser visjonen bredt ut i organisasjonen, ledet av mottoet: «Kommuniser, kommuniser, kommuniser – det blir aldri nok.» Husk at det er ulike måter å kommunisere på innenfor de fire verdenene i sykehuset.
- Prøv å sikre en sterk koalisjon bak endringen, der ansatte har mulighet til å bidra med forslag til løsninger, og slik får størst mulig opplevelse av reell delaktighet i endringsarbeidet.
- Gi mulighet for deltakelse for alle som arbeider rundt pasienten, uavhengig av profesjon og med tverrfaglighet som grunnprinsipp.
- Toppledelsen må definere overordnede mål, men sørg samtidig for at endringsprosessen er forankret i ledelsen ved de berørte avdelingene. Dersom en sykehusdirektør bare vedtar endring uten å sikre seg støtte på avdelingsnivå og blant profesjonslederne, vil sjansen for å nå frem være liten.
- Skap en «sense of urgency» der endringen kjennes viktig å gjennomføre, og det *snart*: Dette må vi gjøre noe med! Og så må det skje noe før det går for lang tid. En slik tilnærming er spesielt viktig for å få til endring i store organisasjoner, for eksempel sykehus. Prøv å formidle en følelse av at det er noe *essensielt* som mangler i utformingen av tjenestetilbudet, og som må inkluderes for å skape helhet.
- La ikke argumentasjonen for implementering av klinisk helsepsykologi bare bestå av behovsanalyser og tallmessig dokumentasjon, men også av bevegende historier om enkelt-skjebner. Organisasjoner endres ikke bare ved å påvirke folks tenkning, men også følelsene – nå frem til hjertene og få folk til å *føle* at noe er viktig (Kotter & Cohen, 2002).
- Gi implementeringen en prosjektutforming, med en styringsgruppe og en arbeidsgruppe som ivaretar de ulike trinnene i planlegging, gjennomføring og evaluering. Legg vekt på kommunikasjon internt og eksternt om erfaringene underveis, suksessfortellingene inkludert, og besøk andre sykehus som har gjort vellykkede endringer, for å få inspirasjon.
- Inkluder fra starten av pasientene i forbedringsarbeidet, med brukerutvalget som en viktig aktør (Hamre & Fjerstad, 2014).
- Vis respekt for at leger og sykepleiere jobber med liv og død, og innrett arbeidet deretter, for eksempel ved håndtering av krisesituasjoner, både overfor pasient, pårørende og helsepersonell.
- Psykologen må invitere seg inn på eksisterende arenaer, og ikke prøve å lage nye, og involvere sentrale representanter, for eksempel fagsykepleierne.

(se for øvrig Skjørshammer, 2004; Tidd, Bessant & Pavitt, 2005).

Psykologen som brobygger

En forutsetning for varige organisatoriske endringer og for å skape en helhetlig og sammenhengende helsetjeneste er at man lykkes å koble de fire verdenene sammen (Glouberman & Mintzberg, 2001; Mintzberger & Glouberman, 2001). Jo større forskjeller og jo mer markerte skillelinjer mellom dem, desto vanskeligere vil det være å lede sykehus som et hele. Det er behov for arenaer for samarbeid der de ulike verdenene kan møtes og få tilgang til hverandres perspektiv og tanke sett. Dette er en sentral lederoppgave, men den kliniske helsepsykologen kan bidra ved å være et koordinerende element; for eksempel ved å medvirke til økt tverrfaglig samhandling rundt pasient og pårørende (Fjerstad & Berge, 2014; Fjerstad & Hyldmo, 2013), eller være med på å organisere kurs i effektiv klinisk kommunikasjon (Hyldmo et al., 2014). I kraft av sin utdanning og kompetanse kan psykologen skifte roller og funksjoner, og ta i bruk sin kompetanse i samfunnspsykologi, organisasjonspsykologi, klinisk diagnostisering og behandling, og relasjonelt arbeid i sine møter med de ulike verdener. Den kliniske helsepsykologen kan utvikle behandlingsprogrammer, og konsultere og veilede andre profesjoner og team (Fisher & Dickinson, 2014).

1. Samfunnsmessig relevans

Klinisk helsepsykologi er forankret i viktige samfunnsmessige verdier og behov. Prosjektet ved Diakonhjemmet Sykehus fikk støtte fra en viktig samfunnsaktør, Helsedirektoratet, som fremhevet betydningen av å se fysisk og psykisk helse mer i sammenheng: «Det er i denne retningen vi ønsker at norsk helsevesen skal gå.» Direktoratet ønsket at prosjektet skulle bidra til utvikling av modeller for implementering av klinisk helsepsykologi ved andre sykehus. Prosjektet fikk også økonomisk støtte av ExtraStiftelsen, med vekt på betydningen av klinisk helsepsykologi for brukerne. Vi la stor vekt på samarbeidet med Brukerutvalget ved sykehuset og med sentrale brukerorganisasjoner. I prosjektet la vi ned arbeid i å skrive innlegg i brukerorganisasjonenes medlemsblader (MS-bladet, Astma/Allergi, Fordøyelsen, Revmatikern etc., se for eksempel Fjerstad, 2013), og også i mediene generelt, blant annet adressert til Helseministeren, der betydningen for de store brukergruppene og for befolkningen ble fremhevet (Fjerstad, Berge, Ekern, Hyldmo & Lang, 2014a, 2014b, 2015; Lang et al., 2013).

2. Forankring i ledelsen

De kliniske helsepsykologiske tjenestene må forankres i den andre verden, nemlig *ledernivået i sykehuset*. Vi forankret prosjektet på toppledernivå i sykehuset, med direktør og en gruppe bestående av representanter fra de sentrale faggruppene og avdelingene på sykehuset, som fulgte prosjektet tett. Gruppen kom regelmessig med kloke innspill med stor innvirkning på implementeringsprosessen. Det ble dessuten nedsatt en prosjektgruppe, med representanter fra ulike avdelinger ved sykehuset og representant fra Brukerutvalget. Hvert delprosjekt hadde igjen sin egen prosjektgruppe satt sammen av representanter fra prosjektgruppen, avdelingsjefer og brukerutvalget. I tillegg har vi bevisst jobbet med relasjonsbygging med ledere, ved å drøfte deres behov for våre tjenester, etterspurt tilbakemeldinger om hvordan vi kan være nyttige for dem, og ved å utvikle en strategi for informasjon og undervisning om våre tjenester.

3. Samhandling med legene

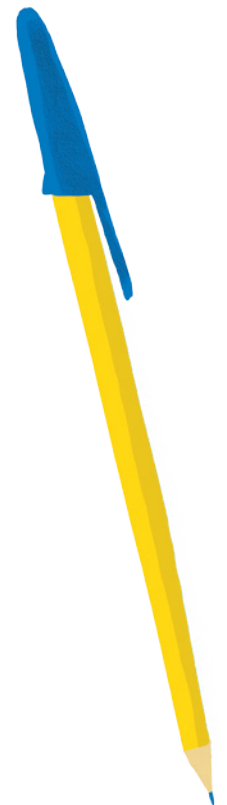
Den verden som legegruppen utgjør, ble tillagt stor vekt i implementeringen. Den kliniske helsepsykologen må vise at man har verktøy som er nyttige for pasientens mestring og etterlevelse av foreskrevet behandling. Det fikk vi vist gjennom konkret samarbeid, felles konsultasjoner og undervisning med vekt på kasushistorier. Et grep for å nærme oss legenes arena var å treffe legen både på de formelle møtene, som legenes morgenmøter og lunsjmøter, men også å bygge opp de uformelle relasjonene i de viktige samtalene i gangen før eller etter møtet. Det ble jobbet med å sikre kanaler inn til og støtte fra Legeforeningen, blant annet i forbindelse med to underprosjekter knyttet til refleksjonsgrupper for leger, og kurs i effektiv klinisk kommunikasjon for leger (Hyldmo et al., 2014).

4. Samhandling med annet helsepersonell

Den profesjonen som fremfor alt er knyttet til den verden som ble kalt «care», nemlig sykepleiergruppen, men også fysioterapeutene, ergoterapeutene og sosionomene samt diakon- og prestetjenestene, har lang tradisjon for å tenke helhetlig rundt pasienter. I de yrkesetiske retningslinjene for sykepleiere fremgår det at sykepleieren skal understøtte håp, mestring og livsmot hos pasienten, og ivareta den enkelte pasients behov for helhetlig omsorg. Det er avgjørende at psykologen tydelig anerkjenner



Den kliniske helsepsykologen kan være et koordinerende element





Psykologen bør være synlig og på tilbudssiden

disse profesjonenes kompetanse, og samtidig får frem hvordan vårt fagfelt kan supplere uten å fremstå som en konkurrent. Eksempler på tiltak ved Diakonhjemmet Sykehus var tverrfaglige veiledningsgrupper, spesialtilpassede kurs i intervensjoner bygget på kognitiv terapi, samarbeid om fagutviklingsprosjekter og felles kursvirksomhet for ulike pasientgrupper.

SUKSESSFAKTORER

Enkelte faktorer er spesielt viktige å ta hensyn til for at klinisk helsepsykologi skal kunne bli en permanent del av sykehusets behandlingstilbud (se også Belar & Deardorff, 2009; Berge & Lang, 2011; Kristensen, 2006).

Forståelse for andre profesjoners fagområder

En klinisk helsepsykolog arbeider i en tverrfaglig sammenheng, og skal ha kunnskap om viktige områder som ivaretas av andre helseprofesjoner, men trenger ikke å ha grundig kjennskap til alle disse områdene. Psykologen bør ha generell fagkunnskap om sykdom, innbefattet kunnskap om generelle mekanismer – inflammasjon, vaskulære lidelser og generell nevrologi. Dessuten må psykologen evne å finne frem til den nødvendige spesifikke kunnskapen i det enkelte tilfelle, for eksempel en pasient med samtidig hjertesykdom og angstlidelse, vanligvis gjennom samarbeidet med behandlende lege og med pasienten selv. Psykologen må tilsvarende ha forståelse for skrevne og uskrevne regler som styrer det hektiske livet på en sykehusavdeling.

Å være synlig og på tilbudssiden

Psykologen bør være synlig og på tilbudssiden, og ha en strategi for å informere om sine tjenester, både for pasienter og henvisende instanser. Det er et mål å gjøre samtale med psykolog til en naturlig del av avdelingens behandlingstilbud. I sine samtaler med annet helsepersonell tilstreber man å kommunisere presist og å komme raskt til poengene eller konklusjonene. Man tilbyr undervisning og veiledning, samtidig som man søker å etablere faglige nettverk og samhandle med ressurspersoner i fagmiljøene, for eksempel gjennom felles prosjekter. Psykologen er opptatt av å dokumentere sin virksomhet, og ser på fagutvikling og publisering som en viktig del av sitt arbeid, ikke minst konkrete beskrivelser av pasientbehandling.

Anvend dokumentert kunnskap

Klinisk helsepsykologi har en sterk faglig kunnskapsbase, der over 30 000 vitenskapelige artikler publiseres årlig. Eksempler er undersøkelser av psykologiske faktorer innvirkning på etterlevelse av insulinbehandling ved diabetes, og av emosjonsfokuseret mestring hos kvinner med brystkreft. Dessuten finnes det en omfattende kunnskapsbase i tilgrensende psykologiske fagområder som klinisk psykologi, nevropsykologi, rehabiliteringspsykologi og gerontopsykologi. Vi har funnet at metoder innenfor en kognitiv atferdsterapeutisk tilnærming til behandling (Berge et al., 2014) og veiledet selvhjelp (Nordgreen, Fjerstad & Havik, 2014) er godt egnet for fagområdet, gjerne i kombinasjon med metoder fra familiepsykologi og krisepsykologi (for eksempel Fjerstad, Hyldmo, Wabø & Høiseth, 2015; Fjerstad & Lang, 2013).

Lær av andre

Det er mye å lære av hvordan kliniske helsepsykologiske tjenester er organisert ved ulike sykehus i Norge, for eksempel i smertebehandling ved Universitetssykehusene i Nord-Norge og Oslo, Haukeland sykehus og St. Olavs hospital, og ved psykologfaglige bastioner som miljøene på Sunnaas sykehus, Glitreklinikken og MS-senteret i Hakadal. Det har i mange år vært etablert psykologtjenester for barn i sykehus, og også her er det organisasjonsmåter å lære av.

I vårt arbeid har vi også hatt stor nytte av kontakt med fagmiljøer i andre land, og vi var så heldige at vi kunne besøke og fikk besøk av, fagfeller fra Island, Nederland, Skottland, Sverige og Spania. Tidsskrifter i klinisk helsepsykologi, for eksempel *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, gir informasjon om fagområdet i ulike land.

AVSLUTNING

Det er viktig at vi som er engasjert i implementering av klinisk helsepsykologi i Norge møtes og lærer av hverandre, både via Norsk psykologforening, som har dette som et prioritert område, og ved direkte henvendelser. Psykologforeningen har opprettet en blogg, og det er en facebook-gruppe for kolleger som er interessert i fagområdet. Vi ved Diakonhjemmet Sykehus vil svært gjerne bli kontaktet av fagfeller på dette området. ❌

REFERANSER

- Baum, A., Revenson, T. A. & Singer, J. (2012). *Handbook of health psychology* (2. utg.). New York: Psychology Press.
- Belar, C. D. & Dearnorff, W. W. (2009). *Clinical health psychology in medical settings. A practitioner's guidebook* (2. utg.). Washington, DC: American Psychological Association.
- Berge, T., Fjerstad, E., Hyldmo, I. & Lang, N. (2014). Kognitiv terapi ved somatisk sykdom. I: A. A. Dahl, T. F. Aarre & J. H. Loge (red.), *Psykiske reaksjoner ved somatisk sykdom* (s. 361–380). Oslo: Cappelen Damm Akademisk.
- Berge, T. & Lang, N. (2011). Manifest for klinisk helsepsykologi. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 48, 323–331.
- Donaldson, L. (2001). *The expert patient: A new approach to chronic disease management for the 21st century*. Department of Health, Storbritannia.
- Fisher, L. & Dickinson, W. P. (2014). Psychology and primary care. New collaborations for providing effective care for adults with chronic health condition. *American Psychologist*, 69, 355–363.
- Fjerstad, E. (2010). *Frisk og kronisk syk – et psykologisk perspektiv på kronisk sykdom*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Fjerstad, E. (2013). Når mage-tarmsykdom plager mellom ørene. Psykiske reaksjoner ved fordøyelsessykdommer. *Fordøyelsen, Tidsskrift for Landsforeningen for fordøyelsessykdommer*, september.
- Fjerstad, E. & Berge, T. (2014). Når mor eller far har kronisk sykdom. Barn som pårørende. *Rapport om Barn 2014*, Voksne for barn.
- Fjerstad, E., Berge, T., Ekern, P., Hyldmo, I. & Lang, N. (2014a). Hva krever kronisk sykdom av helsevesenet? *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 51, 408–419.
- Fjerstad, E., Berge, T., Ekern, P., Hyldmo, I. & Lang, N. (2014b). Det er hjelp å få. *Aftenposten*, 29.07.14.
- Fjerstad, E., Berge, T., Ekern, P., Hyldmo, I., Karlsen, K. E. & Lang, N. (2015). Finansieringsordning til besvær. *Aftenposten* 2. februar 2015.
- Fjerstad, E. & Hyldmo, I. (2013). Hva er helhetlig behandling når én skal dø og én skal fortsette å leve? *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 50, 214–217.
- Fjerstad, E., Hyldmo, I., Wabø, L. & Høiseith, C. E. (2015). Barske gutter gråter. Kognitiv terapi som psykologisk førstehjelp ved traumatisk armbrudd. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 52, 390–395.
- Fjerstad, E. & Lang, N. (2013). «Dantes Inferno» – psykologisk førstehjelp ved postoperativt delirium. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 133, 1084–1086.
- Glouberman & Mintzberg (2001). Managing the care of health and the cure of disease. Part I: Differentiation. *Health Care Management Review*, 26, 56–69.
- Hamre, H. S. & Fjerstad, E. (2014). Brukeren vet best hvor skoen trykker. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 143, 2027.
- Hyldmo, I., Fjerstad, E., Bragason, A., Husby, A., Lang, N., Ranhoff, A., Ødegård, S. & Finset, A. (2014). Kommunikasjon som verktøy i klinisk hverdag. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 134, 1925–1926.
- Kash-Godley, J. E., King, D. A. & Quill, T. E. (2014). Opportunities for psychologists in palliative care. Working with patients and families across the disease continuum. *American Psychologist*, 69, 346–376.
- Kotter, J. P. & Cohen, D. S. (2002). *The heart of change. Real-life stories of how people change their organizations*. Boston, MA: Harvard Business Review Press.
- Lang, N., Hyldmo, I., Berge, T., Ekern, P. & Fjerstad, E. (2013). Kjære helseminister. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 50, 1.
- Mitzberg, H. (1990). Strategy formation: Schools of thought. I J. Fredrickson (red.), *Perspectives on strategic management*. New York: Harper Business.
- Nordgreen, T., Fjerstad, E. & Havik O. (2014). Veiledet selvhjelp. I A. A. Dahl, T. F. Aarre & J. H. Loge (red.), *Psykiske reaksjoner ved somatisk sykdom* (s. 426–441). Oslo: Cappelen Damm Akademisk.
- Skjørshammer, M. (2004). *Bedre planlegging i helsesektoren. I et systemteoretisk perspektiv*. Oslo: Høyskoleforlaget.
- Sørås, I. (2007). *Organisasjonsutvikling i sykehus – forbedringsarbeid i teori og klinisk praksis*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Tidd, J., Bessant, J. & Pavitt, K. (2005). *Managing innovation: Integrating technological, market and organizational change* (3. utg.). Indianapolis, Ill: Wiley.



Pris til Psykologtidsskriftet

Tidsskrift for Norsk psykologforening fortjener heder for faglig formidling og evne til å nå egen målgruppe, mener Norsk tidsskriftforening.

«Foruten rene fagartikler er innholdet i de ulike utgavene variert, fra essay, kulturstoff, reportasjer til debattinnlegg, noe som gjør at de på en utmerket måte klarer å kommunisere både til fagfellesskapet og en bredere offentlighet,» skriver juryen, som særlig berømmer måten tidsskriftet kommuniserer på i samspill mellom papirutgave, nettløsning og bruk av sosiale medier.

Tidsskriftets redaktør Bjørnar Olsen betoner at psykologiens mangfold krever en bred sjangerpalett når faget skal formidles.

– Vi vil nå ut med et viktig fag, og setter selvsagt stor pris på at også miljøer på utsiden av faget ser dette arbeidet, sier han.

Pristildelingen skjedde på Tidsskriftforeningens årsmøte den 28. april.

(Psykologtidsskriftet)

VITENSKAPELIG ARTIKKEL

TIDSSKRIFT FOR NORSK PSYKOLOGFORENING 2016 S. 366–375 FAGFELLEVDERT

MONICA JENSEN, psykologspesialist, Betanien BUP/V27, **ERLING GARBO**, psykologspesialist/pensjonist, **HELLE KLEIVE**, psykologspesialist, Betanien BUP, leder V27, **ØYSTEIN GROV**, barne- og ungdomspsykiater/overlege, Betanien BUP/V27, **MARI HYSING**, psykologspesialist, Uni Research/RKBU Vest
KONTAKT monica.jensen@betanien.no

GUTTER I NORGE MED SKADELIG SEKSUELL ATFERD

Unge gutter som begår seksuelle overgrep kommer ofte fra familier med mange belastninger, og har vansker på flere områder. Klinikere trenger økt kunnskap og bevissthet om unge overgripere for å kunne hjelpe guttene og deres familier.

Historisk har overgrep mot barn og unge oftest vært forbundet med voksne mannlige overgripere. I de seinere tiår har det vokst frem en økende grad av klinisk bevissthet, forskning og litteratur om at også barn og ungdom selv utøver problematisk eller skadelig seksuelle handlinger mot andre barn (videre forkortet HSB for- «Harmful Sexual Behaviour»).

Dagens internasjonale tall indikerer at bortimot 20 % av alle voldtekter og 20–50 % av alle seksuelle overgrep mot barn/ungdom er gjennomført av tenåringsgutter (Barbaree & Marshall, 2006). I en svensk studie fant man 5,2 % livstidsprevalens for tenåringsgutter av utøvelse av HSB (Kjellgren, Priebe, Svedin & Långström, 2010).

Barn og ungdom som utøver HSB, varierer stort med hensyn til type overgrep, bakgrunnsfaktorer og karakteristika (NKVTS, 2011). Kunnskapen om etiologi og hvilken risiko og beskyttende faktorer som bidrar til første hendelse med HSB («onset») i barne- og ungdomsalder, er fortsatt noe uklar og fragmentert. Å være utsatt for eller vitne til fysisk vold og rusmisbruk i familien, gjengmedlemskap, suicidal atferd, tidlig seksuell debut, offer for seksuelt overgrep og bruk av pornografi er likevel fremtredende faktorer i denne forskningen (Kjellgren, 2009).

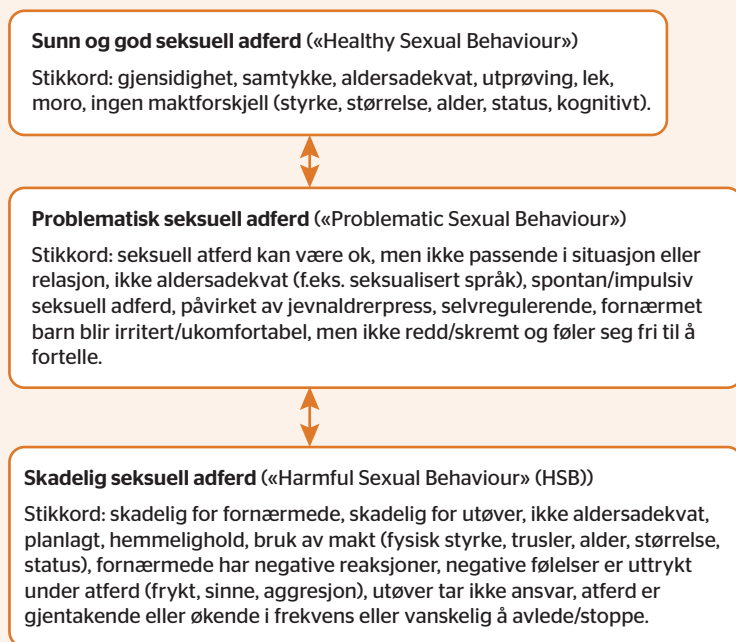
Fra internasjonale studier vet vi at majoriteten i HSB – gruppen er gutter (90–95 %), og at de er i gjennomsnitt 14 år når de utøver sitt første HSB (Långström, 2000; Priebe & Svedin, 2009; Radford, Corral, Bradley & Fisher, 2013). De fleste bor med sine foreldre. Unge som begår HSB, er ofte søsken, i slekt eller godt kjent med fornærmede, som oftest er en

ABSTRACT

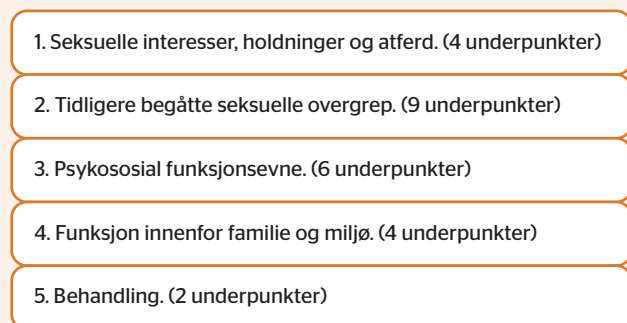
Characteristics of young boys in Norway with harmful sexual behavior

The aim of this study was to examine characteristics of young boys in Norway who commit problematic or harmful sexual behaviors (HSB) against other children (0–18). The data was collected from medical records over 10 years from an outpatient clinic. A total of 56 boys were included with a mean age of 14. The majority lives with their biological families and are executing the HSB inside/outside their own homes. Victims are mostly younger girls – mean age 8,5. The majority of the boys are related to their victims as neighbors/friends, biological siblings or other relatives. The HSB are primarily «hands on» behavior: kissing/touching the breast/genitals and penetrative sexual acts. More than half of the boys have committed two or more HSB.

Key words: children in Norway, Harmful Sexual Behavior



Figur 1 Seksuell atferd – definisjonskontinuum (jfr. AIM2)



Figur 2: Oversikt over ERASORs 5 hovedområder for vurdering av gjentakelsesfare (Worling & Curwen, 2001)

ynge jente (Långström, 2000; Priebe & Svedin, 2009; Radford et al., 2013).

Tall fra en større deskriptivt studie i Storbritannia viser at 25 % av unge som har HSB, har IQ under 70. Tilsvarende har 45 % unge utøvere generelle eller spesifikke lærevansker. En høy andel har psykiske helseproblemer og familieproblemer (Vizard, 2013).

Ungdom som selv har vært utsatt for seksuelle traumer, har cirka tre ganger så stor sannsynlighet for å utøve HSB mot andre, sammenlignet med gruppen som ikke har opplevd egne seksuelle traumer (Seto, Kjellgren, Priebe, Mossige, Svedin & Långström, 2010). Blant jenter som utøver HSB, har en markant høyere andel selv vært utsatt for seksuelle overgrep, sammenlignet med gutter (Hickey, McCrory, Farmer & Vizard, 2008; Kjellgren, Priebe, Svedin, Mossige & Långström, 2011; Radford et al., 2013). Tilsvarende finner vi fra studier av voksne overgripere, at egenerfart omsorgssvikt (seksuelle overgrep, fysisk vold, emosjonelle overgrep), tidlige emosjonelle vansker, atferdsproblemer og tilknytningsvansker i barndommen synes å være viktige risiko- og modererende faktorer for å bli utøver selv (Vizard, 2013).

Ungdom som utøver HSB, har mange likhetstrekk med ungdom med andre alvorlige atferdsproblemer. HSB-utøverne skiller seg fra annen ungdom på to områder, ifølge en metaanalyse (Seto & Lalumière, 2010). Den ene forskjellen er «atypisk seksuell interesse» (f.eks. fantasier om sex med yngre barn eller om seksualisert vold); den andre er erfart «omsorgssvikt» (primært egenerfart seksuelt overgrep, tidlig eksponering for sex/porno og eksponering for seksuell vold i familien). Likhhetstrekk mellom de med andre alvorlige atferdsproblemer, og de med HSB er antisosiale holdninger, familieproblemer, tidlig utvikling av atferdsproblemer, sosiale problemer, rus, kognitiv fungering og generell psykopatologi (Pullman & Seto, 2012).

Faktorer som bidrar til *første* gang utført HSB («onset»), må ikke forveksles med risiko- og beskyttende faktorer som bidrar til gjentakelsesrisiko for HSB («recidivism»). ERASOR («Estimate of Risk of Adolescent Sexual Offense Recidivism») er et ofte brukt forskningsbasert kartleggingsverktøy for å vurdere gjentakelsesfare hos unge med HSB (Worling, 2004, 2013; Worling & Curwen, 2001).

Studier med fokus på gjentakelsesfare viser varierende tall fra 0 % til 30 % hos unge utøvere

(Worling & Långström, 2003). Kun 10–15 % av ungdom med HSB, fortsetter med dette i voksen alder (van Outsem et al., 2006). Studier som ser på ungdom med HSB og andre alvorlige atferdsvansker, viser en gjentakelsesfare på 7,08 % for HSB, mens sjansen for gjentatte alvorlige ikke-seksuelle atferdsproblemer ligger på 43,4 % (Spice, Viljoen, Lutzman, Scalora & Ullman, 2012). Videre viser en metaanalyse utført av Reitzel and Carbonell (2006) at for ungdom som har mottatt overgrepsspesifikk behandling, er gjentakelsesraten lavere (7,4 %) sammenlignet med andre som har avbrutt eller ikke tatt imot behandling (18,9 %).

Vi vil anbefale følgende referanser for lesere som eventuelt ønsker mer om kunnskapsstatus knyttet til etiologi, risikovurderinger samt behandling av HSB-gruppen (Barbaree & Marshall, 2006; Boer, 2013; Bromberg & O'Donohue, 2014; Calder, 2011; Chaffin et al., 2008; Creeden, 2009; Kjellgren, 2009; Lewis, 2011; O'Reilly, Marshall, Carr & Beckett, 2004; Smallbone, Marshall & Wortley, 2008; van Outsem, 2009; Worling, 2011).

V27 er en klinisk ressursenhet ved Betanien BUP i Bergen, for unge som utøver HSB og deres familier (Birkhaug, Mæhle, Nielsen, Ingnes, Kleive & Solberg, 2005; BLID, 2013; Ingnes & Kleive, 2011; NKVTS, 2011; Søftestad & Andersen, 2014). Arbeidet har gitt oss en unik mulighet til å kartlegge kjennetegn ved unge som utøver HSB i norsk kontekst.

Målet for studien er å karakterisere barn og ungdom som er henvist til V27 i perioden 2004 – 2013. Vi vil se på alder, kognitiv og sosial fungering, atferdsvansker, traumeerfaringer samt familiefungering hos dem som utøver HSB. Videre vil vi presentere noen karakteristika ved HSB-hendelsen som bakgrunn for henvisning, som debutalder, type og antall overgrep, sted for overgrep, gjentakelse av HSB, kjønn og antall fornærmede, relasjon og aldersforskjell mellom utøver og fornærmede.

METODE

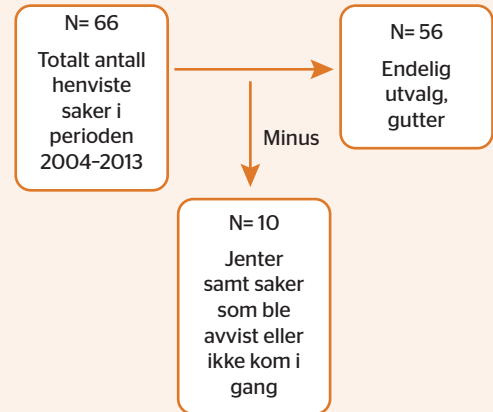
Utvalg

Utvalget (N=56 gutter) er en klinisk pasientpopulasjon bestående av ordinært henviste ungdommer med HSB til ressursenheten V27 i perioden 2004 – 2013. Henvisningsinstanser er hovedsakelig poliklinikker innen psykisk helsevern for barn/ungdom (BUP) og kommunale barneverntjenester innenfor Helse Vest.

Prosedyre og etikk

Alle pasientjournaler i utvalget ble gjennomgått retrospektivt. Dataene ble kodet og behandlet i tråd med Personvernombudets retningslinjer for behandling av konfidensiell og personømfintlig informasjon (jf. helsepersonelloven 26) og ble godkjent av Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD) som et kvalitetssikringsprosjekt. Prosjektet ble ikke funnet meldingspliktig til Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK). Kvalitetssikringsprosjektet ble støttet av UNI Research/Regionalt kunnskapssenter for barn og ungdom (RKBU) Vest.

Utfordrende faglig-etiske dilemmaer oppstår fortløpende i BUPs/helsevesenets møte med barn og ungdom, der det avdekkes eller henvises for utøvd HSB eller sterk mistanke om dette. Dette fordrer en kontinuerlig bevissthet og åpen refleksjon om faglig-etiske temaer som blant annet respekt, integritet, frivillighet, kompetanse og ansvar. For eksempel – kan BUP avvise barn som henvises for problematisk eller skadelig seksuell atferd? Vil mer omfattende overgrepsspesifikk behandling kunne gjøre mer skade enn nytte for noen?



Figur 3 Utvalg



Foresatte gir i praksis den viktigste hjelpen for barnet sitt etter avdekking

I kvalitetssikringsprosjektet til V27 har det faglig-etisk vært spesielt viktig å tilstrebe redelighet og nøyaktighet i koding av journalopplysninger og i oppsummering, anonymisering og presentasjon av data.

Mål og operasjonaliseringer

Etnisitet: Baseres på journalopplysninger. «Norsk» defineres som født i Norge med minst en norsk etnisk forelder. «Innvandrer» defineres som født i eller utenfor Europa og innvandet til Norge.

Omsorgssituasjon: Dersom barnet bor sammen med en av eller begge sine biologiske foreldre, blir dette definert som «bor hos biologisk forelder/foreldre».

Foreldre/familiekvaliteter: Vurderingen av denne variabelen er kodet etter Hall (2011) operasjonalisering og inndeling av ulike måter foreldre/omsorgsgivere, kan fungere og påvirke effekter av behandling til HSB-gruppen på.

Sosialfungering: Journalopplysninger fra ulike kartleggingsverktøy og/eller kliniske vurderinger av sosial fungering i hjem, skole og fritid. «God fungering» = Har nære prososiale venner, deltar på sosiale fritidsaktiviteter, ingen alvorlig bekymring registrert. «Bekymringsfull fungering» = Har venner, men gjerne overflatiske, bekymringsfulle og antisosiale bekjentskaper. Vanskelig for de voksne å få oversikt over de sosiale kontaktene og aktivitetene. «Isolert» = Få eller ingen venner på skole/fritid. Oppholder seg mest aleine og eller med yngre barn.

Kognitive evner: Kognitive evner er målt psykometrisk og kodet etter ICD-10, akse 3 (inkludert saker der også ADL--funksjonsmål og akse 2 (generelle/spesifikke lærevansker, IQ=70–85) inkluderes i den totale vurderingen). «Normale evner» defineres som IQ 85 eller høyere.

Annen (ikke-seksuell) normbrytende eller kriminell atferd: Baseres på registrerte journalopplysninger (f.eks. alvorlig skoleskulk, nasking/stjeling, hyppige løgner, hærværk, vold, rus, brannstiftelse, mishandling av kjæledyr/dyr).

Eget traume: seksuelle overgrep (både enkelt og gjentatte traume), generell alvorlig omsorgssvikt, andre typer traumer (fysiske, mobbing, psykiske), kombinasjon av flere traumer (multi-traumatisert; Finkelhor, 2008).

Sted for overgrep: «Utøvers hjem eller nærhet» er kodet dersom overgrep har funnet sted

der utøver bor primært eller sekundært i bolig/nærhet hos annen forelder. Dersom overgrep har funnet sted i fornærmedes bolig og denne er nær utøvers bolig/nærhet, kodes dette også under «utøvers hjem eller nærhet».

Seksuell hendelse: «Seksuelle handlinger» (kyssing, berøring av kjønnsorganer). «Seksuell omgang» (samleie, samleielignende, kontakt munn og kjønnsorgan, tvingende masturbasjon). «Annet» (her er seksualisert atferd som blotting, masturbasjon i andres påsyn, fremvisning av porno samt overgrep via digitale/sosiale medier inkludert).

Nye overgrep: Registrerte HSB-hendelser som finner sted i tiden mellom oppstart og avslutning ved V27.

Metodiske begrensninger

Det er flere begrensninger ved det foreliggende datamaterialet. Data er innhentet fra et naturlig klinisk utvalg, og «missing data» vil derfor variere en del på de ulike variablene. Dette er som forventet, idet data baseres på journalopplysninger som er registrert for klinisk bruk av ulike behandlere over tid. Videre er journaldata registrert over en tiårsperiode, der både faglig kunnskap, begreper, definisjoner, forståelse og metodikk knyttet til HSB-gruppen har vært under kontinuerlig utvikling og endring. Barn og ungdoms utvikling og økende bruk av sosiale medier og pornografi, også i utøvelse av HSB, er et godt eksempel på dette (Seto, Hermann, Kjellgren, Priebe, Svedin & Långström, 2015).

Statistiske analyser

Datamaterialet er analysert ved hjelp deskriptive analyser/frekvenstabeller i «IBM Statistical Package for the Social Sciences» (SPSS), versjon 21.

RESULTATER

Karakteristika og bakgrunn

Utvalget (N=56) består av gutter som har en gjennomsnittsalder på 14,1 år da de første gang kom i kontakt med V27. Majoriteten er norsk-fødte gutter med minst en norsk forelder (89 %). 86 % bor sammen med minst en av sine biologiske foreldre, mens 15 % bor i fosterhjem eller er plassert på barneverns- eller behandlingsinstitusjon når overgrepet blir avdekket. Ved avslutning hos V27 er andelen i fosterhjem eller institusjon økt til 20 %.

27 % av foresatte i utvalget støtter opp under utredning og behandling og er i praksis de som gir den viktigste hjelpen for barnet sitt etter avdekking. Mange av familiene (56 %) har likevel behov for omfattende hjelp utover det mer overgrepsspesifikke som V27 tilbyr. 17 % av de foresatte i utvalget, har hatt vansker med å erkjenne og støtte behandling (f.eks. «tror ikke at sønnen kan ha gjort det han er mistenkt eller tatt for»).

45 % har målt normale kognitive evner (IQ >85), mens 43 % faller i nedre sjikt av normalvariansområdet (generelle og spesifikke lærevansker, IQ=70–85). 12 % har IQ < 70, som karakteriseres som kognitiv psykisk utviklingshemming.

For 83 % av guttene er den sosiale fungeringen bekymringsfull eller de fungerer isolert i forhold til jevnaldrende. 17 % rapporteres å fungere godt/vanlig sosialt. For 71 % av utvalget er det registrert annen ikke-seksuell atferdsproblematikk av betydning.

Hos 36 % av utøverne er det ikke rapportert eller avdekket at de har opplevd noen form for egne traumer. 16 % har erfart alvorlig omsorgssvikt. Utøver har selv vært utsatt for tidligere seksuelle overgrep i 11 % av sakene, mens 16 % har opplevd kombinasjon av flere traumer. Det har i tillegg vært klinisk bekymring for at utøver har vært utsatt for seksuelt traume i 11 % av sakene, uten at man har lyktes i å avdekke eller avkrefte dette.

Karakteristika ved overgrepshendelsen

Debutalder som utøver er gjennomsnittlig 13,2 år. 71 % har debutert før fylte 15 år og tilsvarende 32 % før fylte 13 år.

62 % av guttene er sterkt mistenkt for eller har innrømmet to eller flere HSB før henvisning. 95 % har utført overgrep aleine – oftest mot en fornærmet (61 %) eller mot to fornærmede (29 %). De fleste overgrep har funnet sted hjemme hos utøver, eller i nær omegn ute (76 %). I 19 % av sakene har vi registrert gjentatte HSB i V27s kontaktperiode.

76 % av de fornærmede er jenter. Utøvers forhold til fornærmede er nabo/bekjent (41 %), biologisk/halvsøsken (27 %), annen slektning (16 %) og fremmed (9 %). Når overgrepet angivelig finner sted, er 56 % av de fornærmede 4 år yngre eller mer enn utøveren. Majoriteten (59 %) av de fornærmede (gjennomsnitt 8,5 år) er i barneskolealder, mens 19 % er i førskolealder da overgrepet skal ha funnet sted.

Tabell 1: Utøveren – bakgrunn, karakteristika og familiestøtte

Alder ved første kontakt (M (SD)) (N=56)	14,1 (2,1)
Etnisitet (%) (N=56)	
Norskfødt med norske foreldre	89
Innvandrer- født utenfor Norge	11
Omsorgssituasjon ved avdekking (%) (N=55)	
Bor med biologiske foreldre (en eller begge)	86
Bor i fosterhjem eller på barnevernsinstitusjon	15
Familiestøtte (%) (N=52)	
Foresatte er hovedhjelpere	27
Foresatte har vansker med å erkjenne/støtte behandling	17
Foresatte/familie har behov for omfattende hjelp	56
Kognitive evner (%) (N=42)	
Normale kognitive evner (IQ=85 eller høyere)	45
Generelle og spesifikke lærevansker (IQ=70–85)	43
Psykisk utviklingshemning (IQ=69 eller lavere)	12
Sosial fungering (%) (N=47)	
God	17
Bekymringsfull	45
Isolert	38
Annen ikke-seksuell kriminell eller normbrytende atferd (%) (N=48)	
Ja	71
Nei	29
Opplevd eget traume (%) (N=45)	
Nei – ikke kjent	36
Seksuelle overgrep	11
Annet traume (fysisk, psykisk, mobbet, annet)	11
Generell omsorgssvikt	16
Kombinasjon av flere traumer (inkl. seksuelt traume)	16
Stor klinisk bekymring for seksuelt traume – men ikke avdekket	11

»

Tabell 2: Karakteristika ved overgrepshendelsen

Debut alder utøver (M (SD)) (N=56)	13,2 (2,3)
Antall overgrep (%) (N=56)	
Ett overgrep	38
To overgrep	7
Tre eller flere overgrep, men vanskelig å tallfeste	55
Antall utøvere (%) (N=56)	
En utøver	95
Antall fornærmede (%) (N=56)	
En fornærmet	61
To fornærmede	29
Tre eller flere fornærmede	11
Fornærmedes kjønn (%) (N=54)	
Jente	76
Gutt	24
Fornærmedes alder ved overgrepstidspunkt (%) (N=53)	
0 – 5 år	19
6 – 11 år	59
12 – 15	23
Aldersforskjell fornærmede versus utøver (%) (N=54)	
4 år yngre eller mer	56
Jevnaldrende (inntil 4 år yngre eller eldre)	44
Relasjon utøver – fornærmede (%) (N=56)	
Nabo/bekjent	41
Biologiske søsken og halvsøsken	27
Stesøsken, fostersøsken	7
Annen slektning	16
Fremmed	9
Sted/arena for overgrep (%) (N=55)	
Utøvers hjem eller i nærheten	76
Fornærmedes hjem eller i nærheten	9
I barnehage/skole/SFO	7
Annet sted	7
Seksuell handling (%) (N=56)	
Seksuelle handlinger (f.eks. beføling av bryster og kjønnsorganer)	27
Seksuell omgang (f.eks. samleie(-lignende), oral berøring av kjønnsorganer)	64
Annet (inkl. seksualisert atferd, bruk av sosiale medier)	9
Saker der nye overgrep er registrert under behandling (%) (N=52)	
Nei	81
Ja	19

De seksuelle handlingene som utøverne har innrømmet eller er sterkt mistenkt for å ha utøvd, er hovedsakelig seksuelle hendelser av alvorlig karakter - «seksuelle handlinger» (27 %) og «seksuell omgang» (64 %).

DISKUSJON

Oppsummert viser resultatene at sakene som spesialteamet V27 har jobbet direkte med, karakteriseres av alvorlige seksuelle hendelser utført av unge norske gutter mot både yngre og jevnaldrende jenter og gutter. Majoriteten i utøvergruppen er både under kriminell (15 år) og seksuell (16 år) lavalder i Norge.

Majoriteten av våre utøvere bor hjemme i sin biologiske familie, det samsvarer med internasjonale funn (Ryan, Miyoshi, Metzner, Krugman & Fryer, 1996). Vi har imidlertid ikke kunnet skille godt nok mellom de barna som bor med begge foreldre, i oppbrutte eller delte hjem, med eneforsørgere eller med steforeldre. Det kan derfor være at det er en overrepresentasjon av familier med oppdelte hjem og høyt stressnivå i familien da dette er risikofaktorer for å utvikle atferdsproblematikk generelt (Borduin, Schaeffer & Heiblum, 2009; Worley, Church & Clemmons, 2012) og for gjentakelse av HSB spesielt (Jfr. ERASOR; Worling & Curwen, 2001).

Mange i vårt utvalg befinner seg i normalområdet når det gjelder kognitive evner. En tilsvarende høy andel har generelle eller spesifikke lærevansker – tall som samsvarer med internasjonale funn for HSB-gruppen og for dem som utvikler atferdsproblemer generelt (Pullman & Seto, 2012). At gruppen med IQ <70 er relativt lavfrekvent i vårt utvalg, kan skyldes at denne gruppen møtes av andre fag- og omsorgsinstanse enn BUP. Svak kognitiv fungering er ikke ansett som risikofaktor for gjentakelse av HSB, men må tas i betraktning når man i klinikken skal velge best egnet tiltak mellom pedagogisk, psykoedukasjon og overgrepsspesifikk behandling (O'Callaghan, 2004; Risberg, 2004).

Majoriteten i vårt kliniske utvalg har sosiale vansker, noe som er en veldokumentert risikofaktor for å utøve HSB eller utvikle andre atferdsproblemer (Seto & Lalumière, 2010). Dette er også i tråd med EASOR, som oppsummerer at «mangel på intime forhold til jevnaldrende, sosial isolering, antisosial interpersonlig orientering, dårlig omgangskrets og negativ innflytelse» – alle er faktorer som kan høyne risiko for gjentakelse (Worling & Curwen, 2001).

En stor andel av vårt kliniske utvalg har både HSB og generelle atferdsproblemer. Dette samsvarer med internasjonale studier som sammenligner ungdom med generelle atferdsvansker og/eller HSB (Pullman & Seto, 2012; Seto & Lalumière, 2010; van Outsem, 2009). Multi-systemisk terapi (MST; Borduin et al., 2009) og funksjonell familierterapi (FFT; Erickson, 2008) tilpasset HSB-gruppen, kan derfor være nyttige supplement i tiltakskjeden. Dette gjelder særlig i alvorlige enkeltsaker der polikliniske og noe mer individorienterte og overgrepsspesifikke utrednings-/behandlingsformer som AIM2 (Griffin, Beech, Print, Bradshaw & Quayle, 2008) og G-MAP (Print & O'Callaghan, 2004), ikke viser seg tilstrekkelig.

Antallet utøvere i vårt utvalg som har erfart traumer generelt og egne seksuelle overgrep spesielt, er relativt lavt, og tallene er usikre. Mørketall (manglende eller utsatt avdekking og mangelfull kartlegging og registrering i klinikken) forklarer en del av dette bildet. Nyere forskning viser at ulike typer omsorgssvikt i barndommen (fysisk vold, seksuell vold/overgrep, emosjonell svikt) gir like stor prediksjonsverdi for «onset» av HSB (Forsman, Johansson, Santtila, Sandnabba & Långström, 2015), men er ikke dokumentert å øke risiko for gjentakelse av HSB (jfr. ERASOR; Worling & Curwen, 2001).

Majoriteten av guttene i vårt utvalg har utført HSB aleine. HSB utført av gjenger er lite representert i dette utvalget. At det er flest jenter som er fornærmede, samsvarer med internasjonale funn. I vårt utvalg er det imidlertid en relativt stor andel saker der utøver og fornærmet begge er gutter (likekjønnet HSB), noe som i ERASOR er inkludert som valid risikofaktor for gjentakelse (Worling & Curwen, 2001).

Majoriteten av de fornærmede er i førskole- eller barneskolealder når HSB skal ha funnet sted, og de er ofte nært beslektet med utøveren – dette samsvarer med tall fra internasjonale studier (Finkelhor, 2008; Tucker, Finkelhor, Turner & Shattuck, 2014).

Hvis vi sammenholder data som viser at majoriteten bor med sine biologiske foreldre, og at mange av familiene har omfattende vansker utover det overgrepsspesifikke, forsterker dette behovet for familieintervensjoner som inkluderer både utøver, fornærmet (særlig søsken) og deres foresatte (Pullman & Seto, 2012; Strange, Jørgensen, Sinnerup & Schröder, 2009).

Hele 62 % av guttene er sterkt mistenkt for eller har innrømmet to eller flere gjentatte HSB før henvisning til V27 (jf. risikofaktor i ERASOR). Dette sett sammen med tall som viser alvorligheten i type HSB utført, og at 19 % av guttene har gjentatt problematiske eller skadelige seksuelle handlinger i V27s kontaktperiode, indikerer at utøverne som henvises til V27, generelt har alvorlig problematikk, og at det således er viktig og riktig at de ble henvist til spesialisthelsetjenesten. At to av ti gutter har gjentatt HSB under V27s kontaktperiode, må ikke oppfattes som tall for behandlingseffekt. HSB som gjentas, kan være av annen form (f.eks. seksuell atferd eller handling) enn det som var bakgrunnen for henvisning (f.eks. seksuell omgang). Videre ligger det enkelte «høyrisiko»-saker bak disse tallene- saker der poliklinisk overgrepsspesifikt tilbud (slik V27 tilbyr) ikke er vurdert faglig forsvarlig eller tilstrekkelig, men har vært det «minst dårlige» som har vært mulig å få til. Bak tallet på 19 % ligger også det faktum at det kliniske utvalget består av pasienter som V27 har møtt over ulike perioder på ulike måter gjennom ti år. Noen har vært til utredning, blitt avbrutt og/eller er blitt fulgt opp av andre behandlingsinstanser. Tallet kan også være en indikasjon på at foreldre med flere fanger opp ungdommens atferd bedre etter oppstart ved V27.

KLINISKE IMPLIKASJONER

Majoriteten av guttene (71 %) har debutert før strafferettslig lavalder, som er 15 år i Norge. Dette betyr at majoriteten av utøverne BUP/V27 har kommet i kontakt med, er under den aldersgruppen som automatisk får mer systematisk oppfølging fra politi og konfliktråd (jf. ungdoms-oppfølging eller -straff). Unge under 15 år som utøver HSB, blir under nåværende forhold svært avhengige og sårbare overfor hvordan for eksempel lokalt politi, barnevern, barnehus og BUP tar imot, fanger opp, samhandler og har kompetanse på HSB-problematikk.

Til tross for at det foreligger mange studier og resultater om unge utøvere, er det liten skriftlig konsensus om praksis og retningslinjer for utredning og behandling (Bromberg & O'Donohue, 2014). Ulike definisjoner, operasjonaliseringer, utvalg og rapporteringsmetoder kan i tillegg gjøre det svært vanskelig å sammenligne funn fra ulike studier. Videre er forskningen fortsatt mangelfull, for eksem-



For 83 % av guttene er den sosiale fungeringen bekymringsfull



pel når det gjelder foreldre- og kontekstvariable, jenter og etniske minoriteter, beskyttende faktorer, misbruk av porno og sosiale medier og effekter av ulike behandlingsintervensjoner (Långström, Enebrink, Laurén, Lindblom, Werkö & Hanson, 2013; Priebe & Svedin, 2009; Worley et al., 2012).

I norsk helsevesen, barnevern, familievern, politi, justis og kriminalomsorg er det så langt ingen felles og samordnet måte å registrere, møte og hjelpe disse barna og deres familier på (BLID, 2013, 2014). Det er tilfeldig hvor man møter tilgjengelig kompetanse – både på seksualitet generelt (Træen & Schaller, 2013) og på HSB spesielt.

For klinikerer er det med andre ord en krevende oppgave å trekke ut, sjonglere og trans-

formere den til enhver tid tilgjengelige kunnskapen på HSB-fagfeltet til det beste for den enkelte ungdom og hans familie. Hva er forsvarlig praksis og konsensus på fagfeltet? Hvilket faglig verktøy og nettverk har man tilgjengelig? Hvor kan klinikerer få styrket sin kompetanse? Hvordan skape trygghet og stoppe gjentakelse av overgrep og nye offer? Hvordan skape håp og motivasjon hos denne utøveren og hans familie? Hvordan fremme denne unge guttens prososiale utvikling og seksualitet?

Vi har fortsatt ikke svar på alt dette, men utfra foreliggende resultater fra klinikken, mener vi at følgende elementer må utvikles for å bedre klinisk praksis med HSB-gruppen videre: å øke bevissthet og kunnskap om HSB generelt i befolkningen, å samordne hjelpeapparatets ansvar, forståelse og tiltak rundt utøver, å øke fokus på arbeid med familie/nettverk og sist, men ikke minst, å kartlegge, forstå og intervensere på sammenhengen mellom HSB-problematikk og andre mer «vanlige tema» i barnevernet og BUP, som fysisk og seksuell vold, emosjonell omsorgssvikt, tilknytningsvansker, familiebelastninger, sosiale vansker, svake kognitive evner og alvorlige atferdsproblemer. ✘

REFERANSER

- Barbaree, H. E. & Marshall, W. L. (2006). *The Juvenile Sex Offender. Second Edition*. New York: The Guilford Press.
- Birkhaug, P., Mæhle, M., Nielsen, G. H., Ingnes, E. K., Kleive, H. & Solberg, Ø. (2005). Unge overgripere: En kartleggingsundersøkelse i Hordaland. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 42, 987–993.
- BLID. (2013). Barndommen kommer ikke i reprise. *Strategi for å bekjempe vold og seksuelle overgrep mot barn og ungdom (2014–2017)*. Oslo.
- BLID. (2014). *En god barndom varer livet ut. Tiltaksplan for å bekjempe vold og seksuelle overgrep mot barn og ungdom (2014–2017)*.
- Boer, D. P., Eher, R., Craig, L. A., Miner, M. H., Pfafflin, F. (2013). *Handbook of child and adolescent sexuality; developmental and forensic psychology*. Wiley Blackwell.
- Borduin, C. M., Schaeffer, C. M. & Heiblum, N. (2009). A Randomized Clinical Trial of Multisystemic Therapy With Juvenile Sexual Offenders: Effects on Youth Social Ecology and Criminal Activity. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 77(1), 26–37.
- Bromberg, D. S. & O'Donohue, W. T. (2014). *Toolkit for working with Juvenile Sex Offenders*. UK/USA: Academic Press.
- Calder, M. C. (2011). *Contemporary practice with young people who sexually abuse. Evidence-based developments*. UK: Russell House Publishing.
- Chaffin, M., Berliner, L., Block, R., Johnson, T. C., Friedrich, W. N., Louis, D. G., Madden, C. (2008). Report of the ATSA Task Force on Children With Sexual Behavior Problems. *Child Maltreatment*, 13(2), 199–218.
- Creeden, K. (2009). How trauma and attachment can impact neurodevelopment: Informing our understanding and treatment of sexual behaviour problems. *Journal of Sexual Aggression*, 15(3), 261–273.
- Erickson, C. J. (2008). *The effectiveness of functional family therapy in the treatment of juvenile sexual offenders*. (3330801 Ph.D.), Indiana University, Ann Arbor.
- Finkelhor, D. (2008). *Childhood Victimization*. USA: Oxford University Press.
- Forsman, M., Johansson, A., Santtila, P., Sandnabba, K. & Långström, N. (2015). Sexually Coercive Behavior Following Childhood Maltreatment. *Archives of Sexual Behavior*, 44(1), 149–156.
- Griffin, H. L., Beech, A., Print, B., Bradshaw, H. & Quayle, J. (2008). The development and initial testing of the AIM2 framework to assess risk and strengths in young people who sexually offend. *Journal of Sexual Aggression*, 14(3), 211–225.
- Hall, S. (2011). Evidence for working holistically with young people who have sexually harmed. In M. C. Calder (Ed.), *Contemporary practice with young people who sexually abuse*. UK: Russell House.
- Hickey, N., McCrory, E., Farmer, E. & Vizard, E. (2008). Comparing the developmental and behavioural characteristics of female and male juveniles who present with sexually abusive behaviour. *Journal of Sexual Aggression*, 14(3), 241–252.
- Ingnes, E. K. & Kleive, H. (2011). *I møte med unge overgripere*. Gyldendal Akademisk.
- Kjellgren, C. (2009). *Adolescent sexual offending. Prevalence, risk factors and outcome*. (Doktoravhandling), Universitetet i Lund, Sverige.
- Kjellgren, C., Priebe, G., Svedin, C. G. & Långström, N. (2010). Sexually Coercive Behavior in Male Youth: Population Survey of General and Specific Risk Factors. *Archives of Sexual Behavior*, 39(5), 1161–1169.
- Kjellgren, C., Priebe, G., Svedin, C. G., Mossige, S. & Långström, N. (2011). Female Youth Who Sexually Coerce: Prevalence, Risk, and Protective Factors in Two National High School Surveys. *The Journal of Sexual Medicine*, 8(12), 3354–3362.
- Lewis, M. (2011). *Handbook of Child Sexual Abuse: Identification, Assessment, and Treatment*. Hoboken, NJ, USA: John Wiley & Sons.
- Långström, N. (2000). *Sexuella Övergrip mot barn: Unga som begår sexbrott. En forskningsöversikt. Expertrapport*. Stockholm: Socialstyrelsen.

- Långström, N., Enebrink, P., Laurén, E.-M., Lindblom, J., Werkö, S. & Hanson, R. K. (2013). Preventing sexual abusers of children from reoffending: systematic review of medical and psychological interventions. *British Medical Journal*, 347(7924), 12.
- NKVTS. (2011). *Seksuelle og fysiske overgrep mot barn og unge. Kunnskapsstatus. Revidert 2011*. (978–82–8122–040–9). Oslo: NKVTS.
- O'Reilly, G., Marshall, W. L., Carr, A. & Beckett, R. (2004). *The Handbook of Clinical Intervention with Young People who Sexually Abuse*. Hove, New York: Psychology Press.
- O'Callaghan, D. (2004). Adolescents with intellectual disabilities who sexually harm: intervention design and implementation. In G. O'Reilly, W. L. Marshall, A. Carr & R. Beckett (Eds.), *The Handbook of Clinical Intervention with Young People who Sexually Abuse* (pp. 345–368). USA og Canada: Brunner and Routledge.
- Priebe, G. & Svedin, C. G. (2009). Prevalence, Characteristics, and Associations of Sexual Abuse with Sociodemographics and Consensual Sex in a Population-Based Sample of Swedish Adolescents. *Journal of Child Sexual Abuse*, 18(1), 19–39.
- Print, B. & O'Callaghan, D. (2004). Essentials of an effective treatment programme for sexually abusive adolescents: offence specific treatment tasks. In G. O'Reilly, W. L. Marshall, A. Carr & R. Beckett (Eds.), *The Handbook of Clinical Intervention with Young People who Sexually Abuse* (pp. 237–274). New York: Brunner-Routledge.
- Pullman, L. & Seto, M. C. (2012). Assessment and treatment of adolescent sexual offenders: Implications of recent research on generalist versus specialist explanations. *Child Abuse & Neglect*, 36(3), 203–209.
- Radford, L., Corral, S., Bradley, C. & Fisher, H. L. (2013). The prevalence and impact of child maltreatment and other types of victimization in the UK: Findings from a population survey of caregivers, children and young people and young adults. *Child Abuse & Neglect*, 37(10), 801–813.
- Reitzel, L. R. & Carbonell, J. L. (2006). The effectiveness of sexual offender treatment for juveniles as measured by recidivism: A meta-analysis. *Sexual Abuse—a Journal of Research and Treatment*, 18(4), 401–421.
- Risberg, O. (2004). Vem vill vara ihop med mig då? Om behandling, sexuella övergrep och utvecklingsstörning. Sverige: Rädda Barnen.
- Ryan, G., Miyoshi, T. J., Metzner, J. L., Krugman, R. D. & Fryer, G. E. (1996). Trends in a National Sample of Sexually Abusive Youths. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 35(1), 17–25.
- Seto, M. C., Hermann, C. A., Kjellgren, C., Priebe, G., Svedin, C. G. & Långström, N. (2015). Viewing Child Pornography: Prevalence and Correlates in a Representative Community Sample of Young Swedish Men. *Archives of Sexual Behavior*, 44(1), 67–79.
- Seto, M. C., Kjellgren, C., Priebe, G., Mossige, S., Svedin, C. G. & Långström, N. (2010). Sexual Coercion Experience and Sexually Coercive Behavior: A Population Study of Swedish and Norwegian Male Youth. *Child Maltreatment*, 15(3), 219–228.
- Seto, M. C. & Lalumière, M. L. (2010). What is so special about male adolescent sexual offending? A review and test of explanations through meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 136(4), 526–575.
- Smallbone, S., Marshall, W. L. & Wortley, R. (2008). *Preventing Child Sexual Abuse. Evidence, policy and practice*. UK, USA, Canada: Willan publishing.
- Spice, A., Viljoen, J. L., Latzman, N. E., Scalora, M. J. & Ullman, D. (2012). Risk and Protective Factors for Recidivism Among Juveniles Who Have Offended Sexually. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, 25(4), 347–369.
- Strange, M., Jørgensen, B., Sinnerup, S. & Schrøder, N. (2009). Offer møder krænker. *Psykolog Nyt*, 1, 6.
- Søftestad, S. & Andersen, I. L. (2014). *Seksuelle overgrep mot barn. Traumebevisst tilnærming*.: Universitetsforlaget.
- Træen, B. & Schaller, S. (2013). Seksualitet som tema blant norske psykologer i klinisk praksis. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 50, 98–107.
- Tucker, C. J., Finkelhor, D., Turner, H. & Shattuck, A. M. (2014). Sibling and peer victimization in childhood and adolescence. *Child Abuse & Neglect*, 38(10), 1599–1606.
- van Outsem, R. (2009). *Exploring Psychological Characteristics of Sexually Abusive Juveniles*. Universitetet i Amsterdam, De Vrije.
- van Outsem, R., Beckett, R., Bullens, R., Vermeiren, R., van Horn, J. & Doreleijers, T. (2006). The Adolescent Sexual Abuser Project (ASAP) Assessment Measures—Dutch Revised Version: A comparison of personality characteristics between juvenile sex offenders, juvenile perpetrators of non-sexual violent offences and non-delinquent youth in the Netherlands. *Journal of Sexual Aggression*, 12(2), 127–141.
- Vizard, E. (2013). Practitioner Review: The victims and juvenile perpetrators of child sexual abuse – assessment and intervention. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 54(5), 503–515.
- Worley, K. B., Church, J. K. & Clemmons, J. C. (2012). Parents of adolescents who have committed sexual offenses: Characteristics, challenges, and interventions. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 17(3), 433–448.
- Worling, J. (2004). The Estimate of Risk of Adolescent Sexual Offense Recidivism (ERASOR): Preliminary Psychometric Data. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, 16(3), 235–254.
- Worling, J. (2011). The assessment and treatment of deviant sexual arousal with adolescents who have offended sexually. *Journal of Sexual Aggression*, 18(1), 36–63.
- Worling, J. (2013). *DASH-13. Desistence for Adolescents who sexually harm. 13-items*. www.erasor.org/new-protective-factors.html.
- Worling, J. & Curwen, T. (2001). Estimate of Risk of Adolescent Sexual Offense Recidivism (Version 2.0: The «ERASOR»). In M. C. Calder (Ed.), *Juveniles and Children who Sexually Abuse: Framework for Assessment*. (pp. 372–397). Lyme: Russel House.
- Worling, J. & Långström, N. (2003). Assessment of Criminal Recidivism Risk with Adolescents who have Offended Sexually: A Review. *Trauma, Violence & Abuse*, 4(4), 341–362.

En skjev dans

Vi må begynne å forstå annerledeshet på andre måter enn vi har gjort tidligere.

TEKST

Marius Veseth
Psykolog og
førstemanuensis,
Høgskolen i Bergen

ILLUSTRASJON

OpenClipartVectors
(modifisert)

De er kledd i svart, John River og Jackie Stevenson, idet de svinger den gamle Mercedesen ut av Burger Home etter et heller middels måltid med hurtigmat. På radioen spilles en pulsevende slager, *I love to love (but my baby loves to dance)*, mens de ruller videre i Londons gater. I åpningsscenen har Stevie, som hun kalles, slått fast at River virkelig behøver en ferie nå.

«I was thinking of a week in Ibiza.»

«I hate holidays», svarer River, gnistrende portrettert av en lavmælt og noe eksentrisk Stellan Skarsgård. I seks episoder av serien *River* formidler han med presisjon og varme hovedpersonens kontinuerlige innsats mot å gå til grunne på samme tid som han arbeider hardt for å løse en komplisert drapsgåte.

«A bit of sun. A bit of karaoke.», erter Stevie, spilt av Nicola Walker.

«I don't sing.»

«All Swedish people sing. ABBA. Roxette. A-ha.»

«A-ha? They're Norwegian», stønner River før han stillfarende kjører videre mens Stevie skråler til Tina Charles' klassiske diskolåt fra passasjeret.

«Sing, you nutter!» skriker hun til ham, «Sing!»

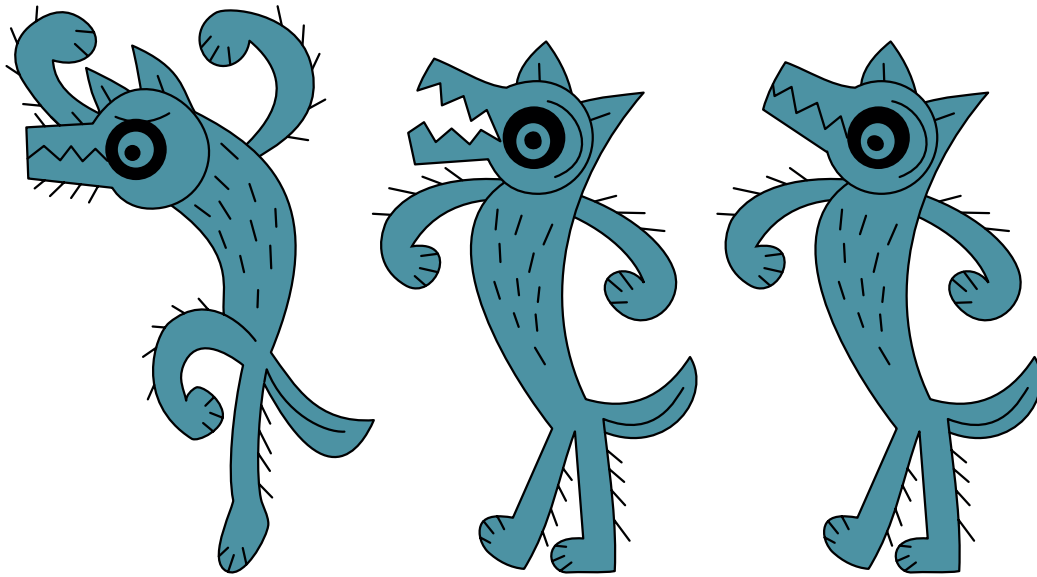
Vi har hørt den før, historien om politimannen som jaget av indre demoner forsøker å løse en drapssak han egentlig er litt for tett på. Men noe er annerledes her. I denne kritikerroste

BBC-serien kretser nemlig fortellingen rundt det vi kan forstå som psykoseerfaringer. River har underlige sanseopplevelser der han både ser og hører ting andre ikke gjør. På skjermen kaller han det for *manifestasjoner*. Dette er erfaringer han har hatt siden han var liten, men som samtidig kan ses i sammenheng med et rått drap på makkeren hans, som han nylig var vitne til. Bilder som ikke slipper tak i ham. Scener som spilles om og om igjen. I tv-serien er disse manifestasjonene til hjelp i politiarbeidet, men også betydelige hindringer for hans livsutfoldelse. Som en av hans mistenkte snerrer til ham:

«You don't see the world straight, River. That's your problem. That's your blessing and your curse.»

Mange jeg har møtt som kliniker og forsker beskriver psykose nettopp som at virkeligheten ikke kjennes rett-frem lenger. Verden er blitt et fremmed sted der merkelige og skremmende opplevelser lammer hverdagslivet. På samme tid er dette også *virkelig*; å høre stemmer eller se skikkelser er reelle og meningsfylte opplevelser for dem som erfarer dem. Psykose setter således ikke bare virkeligheten på spill for folk som sliter med denne typen plager. Det er like mye vår verden som utfordres, et verdensbilde som kan bli smalt og ha liten toleranse for folk som er annerledes:

«I'm a ... I'm a good officer», sier River da han konfronteres med sine underlige erfaringer,



«but in this world, that's not enough. In this world, you have to be able to ... Nod and smile and drink a pint and say, 'How was your day?' In this world, no one can be different or strange or damaged ... Or they lock you up.»

Det vi kaller psykose, avspeiler seg ikke bare i opplevelser av at virkeligheten bryter sammen. Mange med slike plager forteller også at det er som om de har mistet seg selv, som om de bokstavelig talt er blitt en annen person eller ikke lenger eier sine egne tanker og følelser. Arnhild Lauveng, for eksempel, beskriver det å ikke lenger kjenne seg som en ekte person, som noe av det mest skremmende ved psyko-seerfaringene hennes. Vanligvis kan vi handle på problemene våre, prøve å løse dem eller be om hjelp. Men når det er selvet man har mistet, personen bak lidelsen, han eller hun som er aktør og faktisk kan gjøre noe, da kjenner man seg virkelig forlatt, som Lauveng uttrykker det.

Tradisjonelt har mange fagfolk forstått slike psyko-seerfaringer som en *kjemisk ubalanse* eller som at *hjernen spiller folk et puss*. Problemet med disse beskrivelsene er ikke bare at de er upresise, det er eksempelvis ikke forskningsmessig belegg for å beskrive psykose som en *kjemisk ubalanse* i hjernen, men de er også lite nyttige. De hjelper ikke han eller hun som sliter med psyko-seplager, med å forstå og integrere disse erfaringene som

en del av sin virkelighet. I tillegg har beskrivelsene ofte vært ledsaget av (feilaktig) informasjon om at de lider av kroniske sykdommer som vil kreve livslang behandling. Mange har fått beskjed om å sette sine liv på vent mens fagpersoner har sett behandlingseffektene an. Ikke bare opplever folk å miste seg selv og det livet de ønsker å leve, gjennom sine psyko-seplager, men i møter med hjelpeapparatet mister mange således også håpet om bedring, håpet om en gang å finne igjen personen bak lidelsen.

Så hvordan kan man hjelpe noen med å gjenvinne seg selv? På hvilke måter kan vi bidra til at folk gjenlærer det å være en person? Larry Davidson, professor i psykologi ved Yale og en av de sentrale skikkel-sene innenfor et *recovery-perspektiv*, har understreket hvordan dette først og fremst handler om å behandle dem som om de er og alltid har vært folk. Dernest om ikke å forsterke den kultur eller praksis som bidro til at de mistet følelsen av å være en person i utgangspunktet – eksempelvis gjennom å ta beslutninger for dem eller gjøre ting mot eller med dem uten å spørre.

Og her er vi tilbake hos River. Uten å røpe for mye kan jeg vel si at det slutter som det må. *Sing, you nutter! Sing!* Og nå synger han. Og danser. Ærlig, sårt og rørende. En håpefull dans som understreker at dette dreier seg vel så mye om å justere vår virkelighet som om å forandre folk. Det handler om de små tingene. Fagfolk som holder det de lover, medmen-nesker som spør om han eller hun har noen å spise med, folk som aner-kjenner dem som ekte personer. Og det handler om de store linjene. Med klossete diskobevegelser minner River oss om at vi trenger en rausere verden, der vi forstår annerledeshet på helt andre måter enn vi har gjort tidligere. Der det ikke er menneskene som er forstyrret, men kanskje heller vår virkelighet, en virkelighet som ikke gir tilstrekkelig rom for underlige og annerledes erfaringer.

For i en grunnleggende aksept fra omgivelsene ligger det et stort bedringspotensial for folk som sliter med psykose. ✕

Fra arkivet: 1992

Forskerrekrutter i psykologi

Vi har allerede merket oss at det store flertallet av prosjektene hadde et anvendt tilsnitt. I dette ligger det at forskerens interesser gjelder en spesiell gruppe mennesker i en spesiell livssituasjon, f.eks. løsemiddel-skadde, adoptivbarn, barn med kommunikasjonsvansker, dykkere, småbedriftsledere i en omstillingsprosess, etc. Mens man i grunnforskning starter med en teoretisk interessant problemstilling og kan velge mer fritt *hvem* man vil studere nærmere, vil den anvendte forskeren være bundet av en bestemt, avgrenset populasjon og kanskje ha mindre bestemte oppfatninger av hva som er forskningshypotesen. Dette kan i sin tur føre til at undersøkelsen blir ganske bredspektret, man vil søke å lære den valgte populasjonen å kjenne så godt som mulig.

Dette stemmer godt med inntrykket av at våre forskere har en utpreget empirisk, for ikke å si *empiristisk* innstilling. De følger gjerne en «bottom up»-strategi: La oss komme på talefot med og samle fyldig informasjon om dem vi studerer, gjerne gjennom intervjuer og andre data-rike tilnæringer. Så får man håpe at regelmessigheter av teoretisk betydning etter hvert krystalliserer seg ut.

Begge trekk passer godt med psykologrollen slik de unge forskerne har lært den å kjenne fra embetsstudiet, og med stor sannsynlighet vil inngå i senere. De passer antagelig også inn i en vanlig søknads- og bevilgningstradisjon: Prosjekter bør kunne si noe om bestemte, gjerne hjelpetrengende grupper i samfunnet. Og de bør inneholde gode argumenter for bruk av tid og ressurser. Hvis f.eks. intervjuing inngår, er det temmelig innlysende at for enhver at det trengs tid og personell.

Men hva som styrker en plan i søknadsøyeblikket, gjør den ikke nødvendigvis lettere i gjennomføringen. Empirisk baktunge prosjekter med anvendt siktemål er ikke de enkleste å manøvrere. (...) Og nettopp fordi så mange av prosjektene var forsøkt knyttet til praktisk psykologi, ble kanskje det praktisk psykologiske aspektet i dem, selve klientkontakten, også oppfattet som det mest meningsfulle. Ikke gjennomsnittsresponsen fra et større antall familier, men interaksjonen i og med hver enkelt av dem. Mange av stipendiatene uttrykker også at møtet med enkelttilfeller var noe av det mest lærerike.

(...)

Vi får altså inntrykk av at forskerrekruuttene i psykologi ut fra sin orientering og sitt prosjektvalg prøver å forene psykologrollen med psykologrollen, bare for å oppdage at den siste er mer tilfredsstillende enn den første. Hvis man seiler langsmed kysten kan man komme til å lure på om man ikke like gjerne tar landveien. Kanskje forskeridentiteten forutsetter større villighet til å krysse åpne havstrekninger, mer ledet av kartet enn av landmerkene

Wibecke Brun og Karl Halvor Teigen i artikkelen «Prosjektet og vitenskapen: 31 forskerrekruutter i psykologi ser på seg selv», januar 1992

Vi får altså inntrykk av at forskerrekruuttene i psykologi ut fra sin orientering og sitt prosjektvalg prøver å forene forskerrollen med psykologrollen, bare for å oppdage at den siste er mer tilfredsstillende enn den første

Meninger



FOTO: RONDELMELLING/PIXABAY.COM

Diagnoser i hardt vær

Vi trenger ikke diagnosene, skriver psykologspesialist Birgit Valla, mens instituttleder Pål Kraft mener diagnosene fortsatt skal være sentrale i psykologers virke. Les debattinnleggene 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.



Motvind fra alle kanter

Diagnosesystemene utsettes for kraftig kritikk fra flere hold. Hvor berettiget er den?

ETTER LANSERINGEN AV DSM-5 har diskusjonen om diagnosesystemene DSM og ICD blusset kraftig opp igjen. Kritikken av diagnosesystemene kommer fra ulike kilder og har mange fasetter. Noen mener at diagnosesystemene bidrar til økt sykeliggjøring av normale varianter av menneskelige problemer og psykologisk smerte, samt legitimerer et overforbruk av psykofarmaka. Andre er mer opptatt av at diagnosesystemene står i veien for integrering av ny forskning som kan avdekke mekanismeforklaringer på hvordan psykiske lidelser oppstår og forløper, og best kan behandles.

I Norge har kritikken blitt næret av at bøkene til James Davies (Davies, 2016) og Peter Kinderman (Kinderman, 2016) har kommet ut på norsk. Dette har gitt ny inspirasjon til fagfolk som er kritiske til diagnoser. Samtidig har det gitt ny vind i seilene til den antipsykiatriske grasrotbevegelsen. Kritikken slår i mange retninger: mot

psykiaterne og psykiatrien (faglige organisasjoner og helsemyndigheter), mot legemiddelinindustrien, men også mot kliniske psykologer som utreder og behandler med en sykdomsmodell som forståelsesramme for psykiske plager.

James Davies beskriver i sin bok hvordan diagnosene og diagnosekriteriene i DSM har blitt til ved at en gruppe psykiatere diskuterte seg fram til enighet, og tidvis løste uenighet ved håndsopprekking. Som grunnlag for psykiaternes oppfatninger lå deres kliniske erfaringer og faglige skjønn. Forskning var i liten grad et kunnskapsgrunnlag. Diagnosene ble beskrevet i form av hvordan tilstanden fremsto klinisk, og diagnosekriteriene representerte tegn og symptomer som disse pasientene ofte kunne rapportere om eller ble observert med. Fastsettelsen av hvor mange symptomer som måtte være til stede for å tilfredsstille en diagnose, ble avgjort ved felles skjønn eller forhandlinger.

TEKST

Pål Kraft
Instituttleder ved
Psykologisk institutt,
Universitetet i Oslo

ILLUSTRASJON

Åshild Irgens



Diagnosene i diagnosesystemene ICD og DSM er altså polytetiske. Dette innebærer at et visst antall kriterier (symptomer), men ikke alle, må være oppfylt for at diagnosen skal gis. For eksempel brukes elleve kriterier i DSM-5 for å avklare om pasienten har diagnosen rusmiddelavhengighet (*substance use disorder*). På bakgrunn av antall symptomer som er til stede, foretas en vurdering av alvorligheten av avhengigheten. To-tre symptomer tilsier en *mild* avhengighet, fire-fem symptomer en *moderat avhengighet* og seks eller flere symptomer en *alvorlig avhengighet*. To pasienter som begge har fått en avhengighetsdiagnose knyttet til for eksempel alkohol, behøver således ikke å ha noen overlappende symptomer. Pasienter med en avhengighetsdiagnose er med andre ord en svært heterogen gruppe. Dette bildet forsterkes ytterligere ved at veiene frem til en avhengighet er svært mange, de kliniske forløpene svært forskjellige samt at prognosen for ulike pasienter varierer mye. Noen personer med diagnosen (forskning indikerer en stor majoritet) kommer seg ut av avhengigheten helt på egen hånd, uten noen form for hjelp. Andre blir sittende fast i livslang avhengighet til tross for flere omfattende og langvarige behandlingsforløp (se f.eks. Heyman, 2009). Variasjonen innad i diagnosegruppen fremkommer også når man undersøker pasientenes nevralt nettverk og atferdssystemer. Pasienter med avhengighetsdiagnoser for samme rusmiddel utviser for eksempel betydelig variasjon når det gjelder grad av forstyrrelser i belønnings- og kontrollsystemene (se f.eks. Kalivas & Volkow, 2005; Nutt et al., 2015).

TINGLIGGJØRING

Diagnosen avhengighet (og andre psykiatriske diagnoser) er altså ingen direkte refleksjon av en underliggende tilstand. Den gir ingen indikasjon på hvordan tilstanden har oppstått, eller hvordan den kausale relasjonen mellom den underliggende tilstanden og de observerte tegnene og symptomene er. De tegnene og symptomene som en diagnose bygger på, er ment å være empiriske (teoriløse) indikatorer for at et antatt fenomen – diagnosen – forekommer. Diagnoser gir svært få mekanismeforklaringer på sammenhengen mellom tilstanden og symptomene, og ingen sannsynliggjøring av diagnosens psykologiske eller biologiske faktiske eksistens fremlegges. Likevel fremstilles ofte diagnoser som enheter som eksisterer i seg selv på et biologisk plan. Diagnosen blir en slags tingliggjøring av noe som egentlig bare er en teoretisk konstruksjon. Dette problemet løses ikke ved at diagnosene teoretisk kan ha (noe de riktignok ofte ikke har) høy grad av samsvar ved gjentatt testing (test-retest/inter-rater reliabilitet). Hovedproblemet er at man ser konturene av et validitetsproblem: De tegnene og kriteriene som man observerer og begrepslegger med for eksempel *avhengighet*, *depresjon* eller *ADHD*, representerer bare en tingliggjøring av fenomener som ikke har en naturlig, enhetlig eksistens. Psykiatriske diagnoser skiller seg her radikalt fra de fleste somatiske diagnoser, der det som hovedregel foreligger et underliggende biologisk-patologisk fenomen som *er* diagnosen. I tillegg er det også oftest en etablert kausal relasjon mellom det patologiske fenomenet og de diagnostiske kriteriene som benyttes for å identifisere det.

PATOLOGISERING

De fleste kritikere av diagnosesystemene er enige om denne beskrivelsen, men herfra tar kritikken ulike veier. Noen vektlegger at fordi psykiatriske diagnoser bare er konstruerte merkelapper på menneskelige lidelser eller

avvikende atferd, kan antallet diagnoser øke i det uendelige. For eksempel som en følge av at samfunnsmessige og sosiale endringer medfører endringer i hva som oppfattes som *normale* menneskelige reaksjoner og atferd. Antallet diagnoser har da også ganske riktig økt kraftig de siste tiårene, og mange mener at flere av de nye diagnosene bare representerer varianter av normale menneskelige reaksjoner. Dette representerer således en patologisering av det som er smertefullt, uvanlig eller avvikende, hvilket legitimerer behandling – ofte i form av psykofarmaka. Det oppstår et press fra legemiddelindustrien for å opprette nye diagnoser fordi de har kjemikalier som kan ha en positiv effekt. Og det oppleves av mange som legitimt å tilby behandling fordi pasienten lider av en *sykdom*, noe som også skaper forventninger fra pasienter om at de er behandlingstrengende.

Diagnosesystemene fører ifølge dette perspektivet til stadig flere psykiske lidelser, flere psykiatriske pasienter, flere nye psykofarmaka, og ny og kreativ utvidelse av indikasjonsområdet for gamle psykofarmaka. Fordi psykofarmaka påvirker kjemiske prosesser i hjernen, leder dette i sin tur lett til den slutningen at psykiske plager har sin *opprikkelse* i hjernens biologi, og at de kan få sin løsning ved biologiske intervensjoner. Peter Kinderman mener psykologene har støttet denne utviklingen ved å bruke (og dermed legitimere) diagnosesystemene. Kinderman mener at psykologene skal slutte å sette diagnoser og heller beskrive klientenes problemer i et normaliserende språk (f.eks. *trist* i stedet for *deprimert*). Han mener også at man skal slutte å omtale klientene som syke. Dermed trenger de heller ikke behandling, men kan i stedet tilbys interesse, forståelse, omsorg, hjelp og praktisk støtte til å løse de utfordringene livet har å by på, samt lindring av den psykologiske smerten som de opplever.

KRITIKK FRA NEVROBIOLOGISK STÅSTED

Det vil være overraskende for mange å høre at også forskere med et nevrobiologisk sykdomsperspektiv på psykiske lidelser er svært kritiske til diagnosesystemene. Kritikken ble lansert av det statlige National Institute of Mental Health (NIMH) i USA. NIMH er det største forskningsmiljøet innenfor psykisk helse i verden. Det fungerer også som et forskningsråd som finansierer svært mye forskning på psykiske lidelser. I 2013 lanserte NIMH et initiativ som heter

Research Domain Criteria (RDoC) (for oversikt se Kozak & Cuthbert, 2016). Begrunnelsen for dette initiativet var at diagnosene står i veien for en bedre forståelse av psykiske lidelser. Dette skjer særlig på tre måter: 1. Diagnosene er ikke hensiktsmessige for å integrere den nye kunnskapen fra genetikk og nevrovitenskap, og kanskje særlig fra epigenetikk, i vår forståelse av psykiske lidelser. 2. Diagnoser (som er kategoriske) står i veien for en forståelse av hvordan *kvantitative* variasjoner i atferdssystemer og nevralt nettverk, som ligger under *all* normal menneskelig atferd, kan manifestere seg i psykiske problemer. 3. Diagnoser hindrer presis evaluering av behandlingsmetoder og identifisering av spesifikke terapeutiske ingredienser.

Ambisjonen i RDoC er å avdekke de medierende mekanismer for alle psykiske problemer og lidelser i et transdiagnostisk perspektiv (Kozak & Cuthbert, 2016). Foreløpig har man identifisert 23 slike nettverk eller systemer (det kan vise seg å være flere eller færre, det er et empirisk spørsmål), som er grovt kategorisert i fem hovedsystemer: de positive og de negative valenssystemene, de kognitive systemene, systemer for sosial prosessering og de modulerende systemene. Dette er systemer som er virksomme i alle hjerner, enten det foreligger psykiske problemer eller ikke. Det er *kvantitative* endringer i disse systemenes struktur og/eller funksjon, ofte i flere av dem samtidig og i samspill, som manifesterer seg som psykiske problemer. Det vil imidlertid være store individuelle variasjoner i hvordan dette manifesterer seg hos den enkelte pasient. Alle pasienter vil representere en unik kombinasjon av samspillet mellom arv og miljø i et utviklingsperspektiv, selv om det selvfølgelig vil finnes likhetstrekk.

MEKANISMEFORKLARINGER

For eksempel er det godt dokumentert at barn som opplever grov omsorgssvikt, mishandling og seksuelt misbruk, har økt risiko for en rekke psykiske problemer senere i livet (se Vasilevski & Tucker, 2015). Denne risikoen er altså knyttet til eksponering for et miljø. Noen barn tar mer skade enn andre, så genetiske og individuelle forskjeller spiller også en rolle. Det er viktig kunnskap *at* slik miljøpåvirkning kan medføre økt risiko for en rekke negative utfall og psykisk lidelse. Et viktig spørsmål for psykologisk forskning er imidlertid *hvordan* slik miljøpåvirkning kan manifestere seg i senere

problemer. Man spør seg da hva som er mekanismeforklaringene.

Innenfor RDoC anses psykiske lidelser som nevroutviklingsforstyrrelser i spesifikke hjerne-nettverk, som innebærer påvirkning fra alt fra gener og fysiologi til atferd og opplevelser, og at disse må forstås i konteksten av et psykososialt miljø. NIMH snakker altså ikke her om at *årsakene* til psykiske lidelser er å finne i hjernen, men at hjernen formidler mellom årsaker og senere problemer. For eksempel viser forskningen at sterkt traumatiserende og stressende hendelser i kombinasjon med manglende omsorg påvirker barns nevrokognitive ferdigheter i et varig perspektiv (se f.eks. Vasilevski & Tucker, 2015). Miljøpåvirkningen (i samspill med genetikk) kan således observeres som endringer i hjernens nevralt nettverk og atferdssystemer. Disse endringene (f.eks. nedsatt kognitiv funksjon) representerer i neste omgang risikofaktorer for problemer med å etablere trygge relasjoner, dårlige skoleprestasjoner, utstrakt rusmiddelbruk, både eksternaliserende og internaliserende mestingsstil, redusert stresstoleranse, økt risiko for en rekke psykiske lidelser, og så videre. Innenfor RDoC-terminologien kan vi si at vår kunnskap har økt fordi vi har identifisert *hvordan* negativ miljøpåvirkning gir økt risiko for en rekke psykiske lidelser.

RDoC-perspektivet er også knyttet til hvordan psykologiske intervensjoner (inklusive psykoterapi) kan tenkes å ha effekt. For eksempel er det nyttig å vite *at* kognitiv atferdsterapi har effekt på depresjon eller avhengighet. I forskningsøyemed er det imidlertid like interessant å vite *hvorfor* og *hvordan* slik terapi virker. Kognitive intervensjoner virker først og fremst på kognisjoner, som genereres av hjernen (selvfølgelig finnes også andre typer intervensjoner som virker på par, familier, miljøer, intervensjoner som ikke retter seg mot de kognitive systemene osv., men disse diskuteres ikke i denne sammenheng). Hos personer med et avhengighetsproblem er det for eksempel vist at kognitive intervensjoner synes å kunne gi positive endringer i de nevralt nettverk og atferdssystemer som omtales som kontrollfunksjonene, og som (sammen med endringer i andre systemer) ofte er sterkt involvert ved vedvarende avhengighet (Zilverstand et al., 2016). Det er interessant at slike positive effekter finnes nesten uavhengig av behand-



Også forskere med et nevrobiologisk sykdomsperspektiv på psykiske lidelser er svært kritiske til diagnose-systemene



lingsmodalitet, så lenge behandlingen klarer å aktivere og stimulere kognitive prosesser. Dette gjelder moderne behandlingsmetoder som for eksempel kognitiv trening, mindfulnessbasert terapi (oppmerksomt nærvær) og kognitiv bias-modifisering, men også tradisjonelle behandlingsformer som kognitiv atferdsterapi, motivasjonsintervjuing o.l. Hovedpoenget er at man i RDoC-inspirerte behandlingsstudier skal kunne forklare og evaluere behandlingens effekt på et nivå «under» diagnosene.

REKRUTTERING TIL FORSKNING

Et tilleggsproblem som diagnosene påfører videre utvikling av kunnskap om terapienes effekter, er knyttet til at man i behandlingsstudier har rekruttert forsøkspersoner med utgangspunkt i deres diagnose. I en studie der man skal studere effekten av en bestemt type behandling mot for eksempel depresjon, rekrutterer man personer som har diagnosen. Problemet er imidlertid at dette er en svært heterogen gruppe personer, fordi depresjon er et syndrom av underliggende symptomer, og ikke en beskrivelse av en klart avgrenset tilstand. Teoretisk sett kan man tenke seg at alle personer med depresjon er tilfeller der arv og miljø har medført en unik sammensetning av endringer i de underliggende nevralt nettverkene og atferdssystemene. Slike endringer ses for eksempel i to identifiserte undersystemer: tapskonstruktet innenfor den negative valensdimensjonen og belønningskonstruktet innenfor den positive valensdimensjonen (se f.eks. Woody & Gibb, 2015). Tenk deg at denne heterogene gruppen av deprimerte skal eksponeres for samme behandlingsintervensjon. Det vil ikke være overraskende dersom den samme behandlingen viser seg å ha ulik effekt på ulike pasienter. Årsaken kan være at behandlingen virker på ett eller flere av de underliggende nevralt nettverkene eller atferdssystemene, mens pasientene derimot representerer en stor og heterogen gruppe med alle varianter av disse problemene. Derfor vil man heller ikke kunne ha forventninger om noe annet enn at behandlingen gjennomsnittlig synes å kunne gi en moderat effekt, med store individuelle variasjoner. Til tross for at selve behandlingsintervensjonen kanskje har betydelig effekt på enkelte av de underliggende prosessene (og enkelte pasienter), vil denne spesifikke effekten bli kamuflert når intervensjonen under-

søkes på personer som representerer en heterogen gruppe når det gjelder underliggende psykopatologiske prosesser.

KOMORBIDITET, FELLEFAKTORER OG EKSPERTISEPROBLEMET

Diagnosesystemene ICD og DSM mottar altså kritikk fra en rekke kanter. Karikert kan vi si at på den ene siden står mange av dem som gjerne vil ha mer *humanisme* og *samfunn* inn i psykologien. På den andre siden står de som gjerne vil ha mer *naturvitenskap* inn i psykologien. Logisk sett er ikke disse perspektivene gjensidig utelukkende. En bedre forståelse av de nevrokognitive mekanismene bak psykiske problemer og hvordan behandling virker, utelukker ikke en større vekt på å forebygge de miljømessige årsakene til psykiske problemer, eller en økt vektlegging av omsorg og støtte for dem som rammes. Dagens diagnosesystemer synes imidlertid å stå i veien for en videreutvikling av begge disse utviklingssporene.

Hvis man trekker dette virkelig langt, kunne man kanskje si at diagnosesystemene i bunn og grunn også er relatert til tre problemer som etter min oppfatning rir den kliniske psykologien: a) Komorbiditetsproblemet: at «alle» pasienter får «alle» diagnoser. Årsaken kan være at diagnosene er definert ved tegn og symptomer som ikke reflekterer virkelige underliggende fenomener. Disse tegnene og symptomene er overlappende for en rekke forskjellige diagnoser. B) Fellesfaktorproblemet: at «alle» behandlinger har «samme» moderate effekt. Dette tilskrives ofte tilstedeværelse av fellesfaktorene allianse, empati og forventninger. En alternativ eller supplerende forklaring kan være at effekten av spesifikke faktorer kamufleres (se over). I tillegg kommer den placeboeffekten som terapi ofte har (for oversikt se Cuijpers & Cristea, 2015), og som vil kunne fremtre som en «fellesfaktoreffekt» over ulike typer av terapier. I dette perspektivet blir det et problem at behandlingsstudier ofte ikke redegjør for *hvordan* behandlingen har virket (hvilke psykopatologiske prosesser som ble endret). C) Ekspertiseproblemet: at noen mener at psykologer i for liten grad blir flinkere klinikere med erfaring (for oversikt se Hoffart, 2015). Dersom behandlingen av en psykisk lidelse retter seg mot de faktiske underliggende psykopatologiske prosessene, vil det også gi muligheter for å evaluere behandlingen underveis ved syste-

matisk innhenting av objektive data om endringer i disse prosessene. Dette kan gi et grunnlag for justering av behandlingsforløp, erfaringslæring, og over tid utvikling av ekspertise. Dette er vanskeligere å oppnå dersom behandlingen kun blir evaluert ved terapeutens eller pasientens subjektive opplevelser (åpner for en rekke vurderings- og slutningsfeil), eller med basis i endringer på symptom- eller diagnosenivå som ikke presist nok reflekterer de underliggende psykopatologiske prosessene.

DIAGNOSENE FORTRINN

Har så diagnosesystemene ingen fortrinn? Jo, ellers ville de nok ha vært forkastet for lengst. Det blir for konspiratorisk å hevde at de bare opprettholdes av den amerikanske psykiaterforeningen fordi de vil selge stadig nye DSM-manualer, eller av legemiddelindustrien som vil selge mer psykofarmaka. Diagnose representerer kategorier, og all kategorisering minsker kompleksitet og er både kognitivt økonomiserende og letter kommunikasjonen om disse fenomenene (f.eks. diskusjoner, henvisninger, journalnotater, epikriser o.l.). Denne kommunikasjonen oppleves av mange som nyttig, kanskje fordi diagnosene i noen grad reflekterer *noe* som til en viss grad *finnes*. Diagnose er også viktige helseadministrative verktøy fordi de definerer rettigheter til behandling, prising av behandling o.l. De har også vært til nytte i epidemiologiske studier for å beskrive utbredelse, endringer over tid, forskjeller mellom grupper, identifisere risikofaktorer samt studere effekter av behandling. Den gang DSM-III ble lansert, tilbød den et system som gjorde at man kunne være litt mer sikre på at man forsket på «det samme» i ulike forskningsmiljøer.

I løpet av de siste 20–30 årene har psykologene hatt en seiersmarsj inn i norsk psykisk helsevern. Psykologenes bedring i lønn, prestisje og tilgang til lederposisjoner har vært en suksesshistorie uten like i psykiatrien. Psykologene er den eneste yrkesgruppen som på disse områdene (nesten) er på nivå med psykiaterne. Jeg mener denne utviklingen skyldes at psykologene har skaffet seg kompetanse og rett til å utrede, diagnostisere og behandle psykiske lidelser. Dette har gitt dem en medisinsk og biologisk kredibilitet som ingen annen yrkesgruppe (enn psykiaterne) innenfor psykisk helsevern har. Ved siden av rett til å fore-

skrive medisiner og utstede sykemeldinger (retter som psykologer tilsynelatende gjerne vil ha) og rett til å henvise (som psykologer nylig har fått) er det å ha rett til å diagnostisere og behandle sykdommer trolig viktige elementer i en maktbase for en helseprofesjon. Hvis psykologene forlater denne maktbasen, kan det redusere innslaget av psykologisk kompetanse innenfor psykisk helsevern, noe som vil være til ugunst både for psykisk helsevern og psykologprofesjonen, og da kanskje også for pasientene?

Mitt syn er at psykologene bør arbeide for å øke mekanismeforståelsen for *hvordan* faktorer i individet og samfunnet hver for seg og i samspill kan medvirke til psykologiske problemer. Samfunn må i denne sammenheng inkludere det interpersonlige og sosiale miljøet, sosioøkonomiske faktorer samt det fysiske miljø (klima, forurensninger, mat, støy osv.). Samtidig må man arbeide for å øke mekanismeforståelsen for *hvordan* psykologisk terapi virker. Dette vil styrke psykologenes rolle som den profesjonen som har særlige kunnskaper om samspillet mellom individ og samfunn, og der hjernens medierende rolle også vil være i fokus. I dette arbeidet må psykologene arbeide for å integrere både i forskning og praksis den ekstreme kunnskapsveksten man ser innenfor genetik og nevrovitenskap. For å kunne gjøre dette trenger man imidlertid et empirisk og teoretisk adekvat begrepsapparat, noe dagens diagnosesystemer ikke representerer. RDoC er en lovende start, men er foreløpig nyttigere i forskning enn i klinisk anvendelse. ✕

REFERANSER

- Cuijpers, P. & Cristea, I.A. (2015). What if placebo effect explained all the activity of depression treatments? *World Psychiatry*, 3, 310–311.
- Davies, J. (2016). Sammenbrudd. Hvorfor psykiatri gjør mer skade enn gagn. Oslo: Abstrakt forlag.
- Hoffart, A. (2015). Betydningen av intensjonale og funksjonelle forklaringer for utvikling av klinisk ekspertise. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 12, 1056–1065.
- Heyman, G.M. (2009). *Addiction. A disorder of choice*. London: Harvard University Press.
- Kalivas, P.W. & Volkow, N.D. (2005). The neural basis of addiction: A pathology of motivation and choice. *American Journal of Psychiatry*, 162, s. 403–413.
- Kinderman, P. (2016). Fra sykeliggjort til aktiv deltaker – i stedet for dagens psykiatri. Oslo: Abstrakt forlag.
- Kozak, M. & Cuthbert, B.N. (2016). The NIH Research criteria initiative: Background, issues, and pragmatics. *Psychophysiology*, 53, 286–297.
- Nutt, D.J., Lingford-Hughes, A., Erritzoe, D. & Stokes, P.R.A. (2015). The dopamine theory of addiction: 40 years of highs and lows. *Nature*, 16, 305–312.
- Vasilievski, V. & Tucker, A. (2015). Wide-ranging cognitive deficits in adolescents following early life maltreatment. *Neuropsychology*, 2, 239–246.
- Woody, M.L. & Gibb, B. (2015). Integrating NIMH Research domain criteria (RDoC) into depression research. *Current Opinions in Psychology*, 4, 6–12.
- Zilverstand, A., Parvaz, M.A., Moeller, S.J. & Goldstein, R.Z. (2016). Cognitive interventions for addiction medicine: Understanding the underlying neurobiological mechanisms. *Progress in Brain Research*, 224, 285–304.

Begynnelse på slutten for diagnosene



Den viktigste grunnen til at vi har lagt bort diagnosene på min arbeidsplass, er at brukerne ikke er interessert i dem.

BIRGIT VALLA

Psykologspesialist og leder ved Stangehjelpa i Stange kommune

DIAGNOSER

I EN KRONIKK på NRK Ytring i mars i år tar jeg til orde for at det er på tide å legge vekk de psykiatriske diagnosene. Å komme frem til et slikt standpunkt har tatt tid, fordi feltet vårt er fylt med så mye motstridende kunnskap. Men tvilen omkring diagnosene og praksisen knyttet til dem, begynte allerede på psykologutdanningen. Jeg opplevde at det var noe som ikke var helt riktig ved det vi lærte, og jeg begynte å tvile på om dette var den beste måten å hjelpe folk på. Jeg fikk tidlig negative tilbakemeldinger fra klienter, noe som fikk meg til å tenke mer på hva jeg burde gjøre annerledes. Jeg tenkte at det måtte være noe mer, en bedre måte å tilby psykisk helsehjelp på. For til tross for at jeg la ned så mye innsats, var resultatene så nedslående.

Så jeg fulgte min mors råd, som også var psykolog. Hun sa at jeg måtte frigjøre meg fra det akademiske språket og lære å snakke så folk forstod meg, og lære å lytte slik at jeg forstod hva de prøvde å fortelle meg. Denne nysgjerrige utforskningen har ført meg dit jeg er i dag. Jeg er nå leder av en kommunal psykisk helse-tjeneste for barn, ungdom, familier, voksne og eldre. Tjenesten er bygd opp med utgangspunkt i tilbakemeldinger fra dem vi skal hjelpe, om hva som er viktig for dem, og hva som gir resultater. Teori og metoder for hvordan man jobber med idéarbeid og tjenesteinnovasjon, står sterkt hos oss, en type kunnskap som ellers er lite til stede i psykisk helsefeltet.

I Stangehjelpa diagnostiserer vi ikke, og vi anvender heller ikke kartleggingsverktøy som

er designet for å komme frem til en diagnose. Den viktigste grunnen til at vi har lagt bort diagnosene, er at folk ikke er så veldig interessert i dem. Dessuten ser vi at på lang sikt gjør det noe med folk å få en diagnose, noe som igjen gir resultatene knyttet til identitet, mestring og livskvalitet dårligere vilkår. For å forstå dette må man jobbe i en kommune, der man ser folk over et livsløp.

FRAVÆRENDE I AKADEMIA

Men er vår erfaring i Stangehjelpa god nok grunn til å sette diagnosene til side? For å ha trygghet i våre faglige valg støtter vi oss til aktuell forskning og teori i takt med at nye ideer utvikles. Jeg begynte derfor for noen år siden å lese mer inngående den litteraturen som ser mer kritisk på diagnosene og hva disse fører til. Dette var kunnskap jeg aldri hadde fått presentert på studiet eller i løpet av spesialiseringen etterpå. Forfattere som Paula Caplan, Ethan Watters, Robert Whitaker, James Davies og Robert Kinderman mfl. skriver grundig og reflektert om problemene med diagnostisering. Utviklingen av diagnosemanualene hadde nok de beste hensikter, men etter utallige revisjoner er diagnosene verken blitt mer presise, pålitelige eller meningsfulle. Det har bare blitt så veldig mange flere av dem, uten at det har betydd fremgang innenfor feltet vårt.

Kunnskapen om diagnosenes tilblivelse, uvitenskapelighet og til dels skadelige virkninger er imidlertid forbausende fraværende

på studiene den dag i dag. Etter kronikken på Ytring deltok jeg i en debatt på Litteraturhuset i anledning boklanseringen av James Davies' *Sammenbrudd. Hvorfor psykiatri gjør mer skade enn gagn* og Peter Kindermans *Fra sykeliggjort til aktiv deltaker – i stedet for dagens psykiatri* på norsk. Arrangementet vakte så stor interesse at man måtte ta i bruk de to største salene, og innleggene og debatten ble videooverført fra Wergelands-salen til Amalie Skram. Rundt 400 mennesker deltok, og da var det enda noen som ble avvist i døren. Folk med egne erfaringer, pårørende og en god blanding av profesjonelle yrkesgrupper var til stede.

Arrangementet på Litteraturhuset stod i skarp kontrast til Davies og Kindermans gjesteforelesninger på Psykologisk institutt ved Universitet i Oslo tidligere samme dag. Bare rundt 30 personer kom på foredragene. Dette var likevel dobbelt så mange som da Robert Whitaker foreleste om forskningen som ser kritisk på psykiatriske legemidler, halvannet år tidligere. Er ikke academia interessert i denne kritiske litteraturen? En venn av meg fortalte om en professor som hadde tilbudt seg å forelese om de mer ubehagelige sannhetene ved diagnosene ved det psykologiske instituttet på eget universitet. Instituttet drøyde med å gi et svar fordi de var bekymret for at studentene skulle bli «forvirret» av hva de da lærte. Med andre ord ønsket ikke instituttet kritikk mot legitimiteten av den medisinske modellen som resten av undervisningen deres hviler på. Til slutt gikk de likevel med på å tilby studentene kurset, fordi de innså at universiteter ikke er et sted for indoktrinering, men et sted for kritisk tenkning.

BEHOV FOR REORIENTERING

Psykologutdanningen i Norge legger stor vekt på å lære studentene å utrede og diagnostisere, for så å iverksette riktig behandling. Noen psykologer reagerer med usikkerhet på mitt utspill om å legge vekk diagnosene. Hvis vi ikke har diagnosene, hvordan vet vi da hva vi skal gjøre? Mange er enige i at diagnosene ikke fungerer optimalt, men har en rekke praktiske argumenter for hvorfor de likevel bør opprettholdes. Diagnostiser sikrer folk rettigheter, fagfolk får et felles språk, vi har behov for en viss kategorisering, og vi trenger diagnoser som utgangspunkt for forskning. Men hvorfor legge til grunn noe som fungerer så dårlig som de psykiatriske diagnosene? Da vil jo praksisen som følger, bli av tilsvarende dårlig kvalitet.

Heldigvis finnes det mange som ser for seg feltet uten diagnoser. Jeg har fått en mengde e-poster og meldinger fra psykologer (og andre) som takker meg for at det endelig er noen som tar til orde for en ny retning. I snart tre år har jeg vært en del av en prosjektgruppe i KS som har organisert kommunale læringsnettverk innenfor psykisk helse både for barn og voksne over hele landet. Etter to år med arbeid i nettverkene er det en unison enighet om at man ønsker seg bort fra diagnose- og sykdomsforståelse og mot en retning mer preget av bedringsprosesser og sosiale og psykologiske forståelsesmåter. Hvis psykologene skal gjøre seg relevante i fremtidens utforming av psykisk helsetjenester i kommunene, er det på tide med en reorientering.

Det er mulig å gjøre ting annerledes. Først må vi erkjenne at det vi gjør nå, ikke fungerer godt nok. Heldigvis er det allerede mange som arbeider uten diagnoser, og har gjort det i årevis. Begrensningene sitter mest i hodet til fagfolk og i systemenes krav. Men dette kan man gjøre noe med og endre på. Det krever bare litt fantasi og mot. Og så er vi i gang. ✖

Debattert

Twittertvang

Er spent på om det blir lovendringer vi som har kjempet lenge mot psykiatrisk tvangsbehandling kan leve med

Merete Nasset på Twitter kl. 22:46, 11 april

Blir urolig når helseminister [@BentHHoyre](#) ikke nevner menneskerettighetene

Sigrunn Tømmerås på Twitter kl. 22:50, 11. april

Digger at [@BentHHoyre](#) siterer [@ALauveng](#) og vil ha ned tvangsbruk i [#psykisk](#) helse. Fagfolk må tilpasse seg.

Jørgen Flor på Twitter kl. 06:12, 12. april

Tvang må være siste utvei

Bent Høie på Twitter kl. 07:14, 12. april

Tommel opp for [@BentHHoyre](#) forslag om revurdert [#psykisk](#) helsevernlov.

Tor Levin Hoffgaard på Twitter kl. 08:11, 12. april

Vet ikke Høye at tvang pga [#funksjonsnedsettelse](#) er forbudt etter FN konv [#CRPD](#) som Norge er forpliktet av?

Stopp diskrimineringen på Twitter kl. 11:57, 12. april

Forstår jeg dette riktig, vil [@BentHHoyre](#) tvinge psykiaterne til å bruke mindre tvang?

Bård Fossli Jensen på Twitter kl. 17:40, 12. april

«Tvangsmiddelbruk i [#psykisk](#) helse i seg selv ikke er brudd på menneskerettigheter hvis godt faglig begrunnet» – E. Møse, dommer EMD

Tor Levin Hoffgaard på Twitter kl. 08:59, 13. april

Medisinfrie tilbud må være like tilgjengelig i både sivil og kriminell kontekst. Ingen skal kobles med tvang til psykiatri [#CRPD](#)

Anne Grethe Teien på Twitter kl. 10:16, 15. april

UTENLANDSK UTDANNING

I aprilutgaven i Psykologtidsskriftet skrev Kristine Tofte og Joanna Rzadzowska at Psykologforeningen svikter de utenlandske utdannede psykologene.



Alle medlemmer blir fremmet

Psykologforeningen har blitt kritisert for å mistenkeliggjøre den psykologutdanningen norske utenlandsstudenter tar.



TOR LEVIN HOFGAARD
President i Norsk psykologforening

PSYKOLOG- UTDANNINGEN

UNDER TITTELEN «ALLE medlemmer bør fremmes» i Psykologtidsskriftets aprilnummer kritiseres Norsk psykologforening for å mistenkeliggjøre utenlandsutdannede psykologer. Etter reaksjoner som er kommet, har vi sett at uttalelsen i Dagens Næringsliv 28.2.16, «Ingen er i nærheten av å tilby en utdanning som er jevn god med den norske», kunne vært mer nyansert. Vi beklager at vi ikke sikret en tydeligere nyansering.

I artikkelen i Dagens Næringsliv heter det at ingen utdanning er jevn god med det norske profesjonsstudiet. Spesielt begrepet «jevn god» utfordrer, fordi det lett kan oppfattes som en kvalitetsvurdering av studiene. I EU-lovgivningen har det en annen betydning. «Jevn god» er et begrep som brukes for å slå fast om utdan-

ningen matcher en nasjonal utdanning som for eksempel gir autorisasjon til å praktisere et yrke. Kvalifikasjonsdirektivets regler gir med andre ord ikke grunnlag for å rangere studier, men skal sikre at stater kan regulere praktiseringen av et yrke (og bruk av en tittel) i henhold til spesifikke utdanningskrav. Det betyr at du kan ha en lang psykologiutdanning et sted i verden som i antall år langt overstiger profesjonsstudiet i Norge, uten at det innholdsmessig matcher det studiet som gir autorisasjon for helsepersonell i Norge.

Denne ordningen er ikke unik for Norge. For psykologer er utdanningskrav og autorisasjonssystemer forskjellige i alle europeiske land. I USA har de sågar ulike krav og ordninger i de ulike statene.



Vi beklager at vi ikke sikret en tydeligere nyansering

Vi har registrert at flere europeiske læresteder i beste fall underkommuniserer dette. Langt de fleste som utdannes i utlandet og returnerer til Norge, blir pålagt en lisensperiode av myndighetene på ett til to år før søknaden om autorisasjon eventuelt blir innvilget. Det betyr altså at *norske myndigheter* anser at de utenlandske studiene ikke er jevn gode.

Dagens Næringsliv henvendte seg til oss med spørsmål om arbeidsmarkedet for dem som studerer psykologi i utlandet. Ett av eksemplene var en bakeribedrift i Vestfold som driver formidling av studenter til psykologiutdanning i Spania. Beskrivelsen av denne virksomheten ga grunn til å tro at de ikke var tydelige på skillet mellom en spansk autorisasjon og en norsk autorisasjon. Dette kunne være villedende, og kunne forlede studenter.

På direkte spørsmål om dette fra Dagens Næringsliv er det rimelig at vi svarer. Det er naturlig at vi refererer norsk lovgivning. Det er naturlig at vi viser til den norske profesjonsutdanningen som er utgangspunktet for jevn godhetsvurderingene, og det spesielle ved denne utdanningen, som altså gir automatisk autorisasjon for dem som tar den. Det er også naturlig at vi understreker at ikke alle studier i utlandet vil bli vurdert som jevn gode av myndighetene, og påpeker at antallet egnede lisensplasser, for dem som vil trenge det, er begrenset. Dette er nødvendige opplysninger.

I Lover for Norsk psykologforening står det: «Den som har fått autorisasjon eller lisens som psykolog etter Lov om Helsepersonell av 16. juni 2000 kan opptas som medlem.» Psykologforeningen har et tusentalls autoriserte psykologmedlemmer som er utdannet utenfor landets grenser. Ikke i noen sammenheng er disse blitt forskjellsbehandlet. Et medlem er et medlem. Alle medlemmer blir fremmet. Vi har ikke, og skal aldri ha, et A-lag og et B-lag. ❌



Tysk spesialistutdanning er grundigere enn den norske

Jeg har utdanning fra Tyskland, og jeg opplever det fornærmende at den ikke skulle være bra nok for Norge.

TINA BOER-LÜHR

Psykolog

PSYKOLOGUTDANNINGEN

JEG VIL GJERNE si noe til debatten om utenlandsk psykologutdanning er godt nok for Norge eller ei. Jeg kom til Norge kort tid etter at jeg var ferdig med den tyske psykologutdanningen min. Det var overhodet ingen problem å få norsk autorisasjon som psykolog. I det daglige arbeidslivet har jeg alltid hatt inntrykk av at jeg var minst like godt utdannet som mine norskutdannede kollegaer.

Etter noen år i Norge måtte jeg dessverre flytte tilbake til Tyskland av private årsaker. Jeg hadde begynt med spesialistutdanning i Norge, men ble ikke helt ferdig. Nå fortsetter jeg med spesialistutdanning i Tyskland.

Den tyske spesialistutdanningen er regulert ved lov. Den omfatter minst 4200 timer undervisning, derav minst 600 timer teorikurs, altså nesten dobbelt så mye som i Norge. Man har forskjellige typer praksis, veiledning, selverfaring alene og i gruppe, for å nevne noe. Hvis du tar denne utdanningen på fulltid, tar det minst 3 år å bli spesialist. Fulltid betyr 40 timer per uke. De fleste tar utdanningen på deltid, siden de ønsker å jobbe eller må tjene penger. I Tyskland må nemlig spesialistutdanningen betales av psykologene selv.

Det er strenge krav til praksis og veiledning, etter min mening strengere krav enn i Norge. Til slutt må du bestå eksamen, både muntlig og skriftlig, og hvis du stryker tre ganger, kan du ikke bli spesialist, heller ikke senere i livet.

Jeg synes det er mye mer krevende å bli spesialist i Tyskland enn i Norge, og mitt inntrykk er at den tyske spesialistutdanningen ligger på et høyere nivå enn den norske. ❌

Ikke god nok?

Det er navlebeskuende og bakstreversk fra Psykologforeningen å nedvurdere psykologkompetanse fra utlandet.



HILDE REITAN

Psykolog, utdannet ved NTNU og ELTE

PSYKOLOG- UTDANNINGEN

DEBATTEN OM PSYKOLOGISTUDIER i utlandet har pågått så lenge det har eksistert studenter som ikke ønsker å bruke flere semestre eller år på å forsøke å komme inn på den norske profesjonsutdanningen. Det burde ikke overraske noen at tendensen er økende. Vi har derimot sett lite til et offisielt standpunkt fra fagforeningen.

Forhandlingsjef i Psykologforeningen, Christian Zimmermann, kritiserer i Dagens Næringsliv 01.03. enkelte utenlandske utdanninger for å være for teoretiske og undres om denne kompetansen gir praktiske ferdigheter etter endt studium. Det er uklart hvilke utdanningsløp Zimmermann sikter til, men det er i samme meningsutveksling at Eötvös Loránd Universitet i Ungarn (ELTE) nevnes. Det må derfor presiseres at det *er* tilrettelagt for integrert praksis (f.eks. i Norge) i løpet av studiet ved ELTE.

På Psykologforeningens nettsider argumenterer Tor Levin Hofgaard for hvorfor psykologstudier i Norge anses som «gullstandarden» (oppdatert 15.03.). Han presiserer her at det finnes psykologstudier utenfor landegrensene som gir et tilstrekkelig grunnlag for å jobbe som psykolog i Norge. Han påpeker imidlertid at det finnes mangler ved disse tilbudene og vurderer dem dermed som ikke jevnbyrdige sammenlignet med de norske.

Jeg tror de fleste norske studenter som har vurdert eller vurderer å utdanne seg til psykolog i utlandet, er orientert om at dette ikke er en snarvei dersom målet er å arbeide som psykolog i Norge. For å jobbe på for eksempel sykehus kreves det tvert imot mer, sammenlignet med dem som studerer i Norge. Blant annet vil det innebære å sette seg inn i forskrifter, lovverk og etiske prinsipper en ikke har fått kjennskap til i det landet en har studert i. Vi må samtidig ikke glemme at det finnes studenter som frivillig velger en utenlandsk utdanning fremfor en norsk. Og ikke alle ser for seg å jobbe på et norsk sykehus.

TYDELIGERE KOMMUNIKASJON

Det er Helsedirektoratet som er satt til å vurdere om utenlandsk utdanning er ekvivalent

med den norske, og om den leder fram til lisens. Praksisløp sikres gjennom ett- eller toårig veiledet lisensperiode og settes som premiss for å oppnå autorisasjon etter endt utdanning.

Autorisasjon er autorisasjon – uavhengig av *hvor* og *hvordan* den er oppnådd. Eller? Uttalelser fra fagforeningen gjør at jeg blir usikker på om det er enighet om dette eller ikke, og om jeg betaler kontingent til riktig forening. Ønsker Psykologforeningen virkelig å konstruere et skille mellom psykologer som har utdannet seg i Norge, og psykologer som har utdannet seg i utlandet?

En mer alvorlig konsekvens av utspillene er at det sås tvil om utøvelse av faget for dem som har utdanning fra utlandet som grunnlag. Jeg stiller meg undrende til om dette er gjengs holdning i Norsk psykologforening. I så fall forventer jeg at det kommuniseres tydeligere framover. Dersom hensikten derimot er å underbygge de fordømmene som dessverre ser ut til å eksistere knyttet til studier fra andre universitet enn våre egne, forstår jeg retorikken bedre.

Å nedvurdere utdanning fra utenlandske utdanningsinstitusjoner slik jeg oppfatter at både Zimmermann og Hofgaard gjør, er og blir arrogant og navlebeskuende. I en tid med økende globalisering og internasjonalisering av utdanning er det ikke unaturlig at også vår faggruppe får økt tilstrømming utenfra. Det krever en tilpasning, også fra fagforeninger. Jeg setter spørsmålsteget ved om Norsk psykologforening anser det som løsningen på utfordringen å forsøke å skremme vekk flere fra å studere i utlandet? Jeg hører lite om de positive ringvirkningene av mangfold i psykologstaben.

Ser vi ikke et gryende behov for et rikere bidrag av bredere flerkulturell forståelse, språkferdigheter og krysskulturell kompetanse enn noen norsk profesjonsutdanning per i dag kan tilby? Jeg stiller meg bak innlegget til Tofte og Rzadkowska i aprilutgaven av Psykologtidsskriftet og ber Norsk psykologforening ta stilling til hvordan de fremover har tenkt å forholde seg til sine medlemmer med utenlandsk kompetanse. ❌



PSYKOSE OG TILREGNELIGHET

Professor Kirsten Rasmussen kritiserer Stål Bjørkly og Pål Grøndahls presentasjon av utilregnelighetsregelen i en vitenskapelig artikkel fra marsutgaven av Psykologtidsskriftet.

Bidrar til misoppfatning

Bjørkly og Grøndahls fremstilling gir et uriktig bilde av hva den norske utilregnelighetsregelen innebærer.

STÅL BJØRKLY og Pål Grøndahl har i Psykologtidsskriftets marsnummer en vitenskapelig artikkel om psykose og vold og om forskningens mulige relevans for utredning av tilregnelighet. Artikkelen gir en oppdatert oversikt over forskningen omkring sammenhenger mellom psykotiske lidelser og vold. Oppdatering av kunnskap er alltid nyttig, selv om de siste 15–20 års mer eller mindre systematiske kursing i voldsrisikovurderinger nok har ført til at mange som jobber i psykisk helsevern, og spesielt innenfor rettspsykiatri, har ganske god kjennskap til relevante risikofaktorer, også viktigheten av dynamiske risikofaktorer. For psykologer utenfor disse spesialområdene vil denne delen av artikkelen være informativ og opplysende.

Artikkelen tar i neste omgang til orde for å ha større fokus på en fenomenologisk utredning av de psykotiske symptomenes effekt på motiv og intensjon for voldelige handlinger. Som artikkelforfatterne selv nevner, så etterspørres ikke motiv og intensjon i utredninger av tilregnelighet i norsk rettspsykiatri. Derimot er det svært relevant å utrede symptomenes effekt på virkelighetsforankringen, som er det vesentlige poenget for å bedømme om en person var/er psykotisk i rettspsykiatrisk forstand. Det er synd at artikkelen bidrar til å utbre en relativt hyppig misoppfatning om hva den norske util-

regnelighetsregelen innebærer. I artikkelen sies følgende: «At tilstedeværelse av en psykoselidelse automatisk gir utilregnelighet i forhold til voldsatferd, kan lett medføre at en overser andre faktorer innvirkning.» Og litt lenger nede: «Det hele handler om å gå fra en generell diagnostisk forankring til en spesifikk utredning av psykosens innvirkning på handlingen.»

Det medfører ikke riktighet at en psykoselidelse automatisk gir utilregnelighet, og at utilregnelighet begrunnes i en generell diagnostisk forankring. De juridiske begrepene er funksjonelle begreper. Graden av virkelighetsforankring / evne til realistisk oppfatning av sitt forhold til omverdenen er det springende punktet. Symptomene må være av en viss styrke. Dette medfører at for eksempel personer med en godt behandlet schizofreni ikke vil bli vurdert som psykotisk i rettspsykiatrisk forstand. På den annen side forekommer det også andre tilstander enn psykoselidelser, som for eksempel Asperger syndrom og nevrodegenerative lidelser, der realitetsbristen er så stor og funksjonsnivået så lavt at de kan bli bedømt som psykotisk i rettspsykiatrisk forstand.

Jeg skal ikke her gjøre meg til talskvinne for verken det ene eller andre prinsippet, men et utgangspunkt for veivalg bør være en korrekt oppfatning av hva gjeldende prinsipp innebærer. ❌



KIRSTEN RASMUSSEN

Professor ved Psykologisk institutt, NTNU, og prosjektmedarbeider ved Brøset kompetansesenter

UTILREGNELIGHET

BRUKERMEDVIRKNING

Heidi Tessand fikk kritikk av Odd Volden i innlegget om brukerperspektiv i aprilutgaven.



Behov for profit samarbeid

Hvis kvaliteten på arbeidet med brukermedvirkning skal heves, bør vi ha en overordnet strategi basert på kunnskap om risiko- og suksessfaktorer for samarbeid.



HEIDI TESSAND
Psykologspesialist

BRUKERKRITIKK

ODD VOLDEN BRUKER min tekst «Proffe brukerstemmer» fra 2014 som innledning til innlegget «Hvem kan stille krav til brukerorganisasjoner?» i aprilnummeret av Psykologtidsskriftet. Jeg er enig med Volden i at innlegget mitt inneholder for mange sleivspark til brukerrepresentantene.

Deretter retter Volden et kritisk blikk på egne rekker, og skriver godt om at evnen til å tåle og håndtere kritikk er en forutsetning for kunnskapsutvikling på brukerfeltet. Han ønsker at alle kan og bør stille krav til brukerstemmer. Det er en svært modig oppfordring.

Det samme prinsippet bør gjelde for det psykiske helsevernet. For er hjelperne proffe på samarbeid? Den erfarne brukerrepresentanten Christine Rosenqvist skrev i en kommentar på psykologforeningen.no at hennes CV måtte godkjennes, og at hun deltok på tre kurs for å bli brukerrepresentant. Hun mener at fagfolk

mangler skoling i brukermedvirkning på systemnivå. Så vidt jeg vet, har hun rett i at det eneste kravet som stilles til en fagperson som skal bidra i arbeid med brukermedvirkning, er at fagpersonen er interessert i slikt arbeid.

SINTE BRUKERE, MATTE HJELPERE

Når brukere og hjelperne møtes på større arenaer, er vi ofte på hver vår planet. Jeg har hørt innlegg der brukerrepresentantene foreslår å legge ned hele det psykiske helsevernet. Fagfolkene svarer at det er et utopisk utgangspunkt for en diskusjon. Det er også mange meninger på tvers av utgangsposisjonene. Jeg understreker at jeg ikke tar stilling i eksemplet over, og det er også poenget: Vi bør finne en *måte* å snakke sammen på før vi tar stilling til det operative nivået, altså hva vi mener om sakene vi skal diskutere.

Hvis vi ser til dialog mellom ulike interesser for øvrig, er ikke ulike planeter et ukjent

fenomen. Det er vanlig med tidvis vanskelig samarbeid mellom psykisk helsevern og kommunale instanser, eksempelvis mellom barnevern og BUP. Det er svært mange brukere som med rette er forbannet på grunn av uverdigg behandling. De ønsker å si fra om denne uretten. Når brukerrepresentantene kritiserer det eksisterende hegemoniet, kan ansatte ha behov for å forsvare det samme. Motstand avler som kjent motstand. Dermed blir *oss* mot *dem* tydeligere enn *vi* i den offentlige debatten. Det er forståelig. Kanskje bør vi i større grad tørre å peke på elefanten som alle vet står i rommet, men som ingen snakker om: hvordan vi skal unngå at offerdiskursen blir hengende ved brukerrollen, og hvordan vi skal jobbe med fagfolks håndtering av kritikk på en konstruktiv måte uten å fremstå som offer selv.

STRATEGISK TOPPFORANKRING

Brukermedvirkning er en rettighet nedfelt i lovverket. Det er flere pågående samvalgsprosjekter som skal øke graden av pasientenes involvering og påvirkning på individnivå. Men det finnes ingen nasjonale kvalitetsindikatorer for hvordan man skal definere gode resultatmål og kvalitet på behandlingen, eller brukernes opplevelse av medvirkning. Kunnskapssenterets innlegg på Helsekonferansen i 2014 viste også at det er svært manglende forskning på effekten av brukermedvirkning på systemnivå.

Så selv om myndighetene ønsker at brukermedvirkning skal skje både i politikktutforming, på systemnivå og individnivå, er det svært lite omtale av hvordan dette arbeidet skal organiseres. Helseforetakene og kommunene må selv utvikle strategier for arbeidet, og er dermed prisgitt den kompetansen som finnes om brukermedvirkning på det enkelte tjenestestedet.

Hvis vi skal lage strategier for å profesjonalisere brukermedvirkningen, trenger vi dialog med brukerne om hvordan dette skal foregå, og arenaer som er egnet for dette.

DIALOG MED BRUKERNE

Da jeg nylig snakket med tre brukerrepresentanter om forutsetninger for godt samarbeid, var de blant annet opptatt av følgende tre punkter, som jeg mener er gode innspill:

– Vi bør avklare hvem som skal være «vertskap» for dialogen. Hvis en «part» inviterer den

andre inn på sin arena, er deler av premissgrunnlaget for dialogen allerede etablert. Kanskje det er klokere at en mer nøytral part leder dialogen, for eksempel en tankesmie.

– Vi bør basere samarbeidet på en dialogform der det settes av nok tid, og der prosessen drives av en fasilitator som har kompetanse på konflikthåndtering.

– Vi bør være mest opptatt av å se på vårt eget bidrag inn i prosessen, og mindre opptatt av å snakke om de andres manglende forståelse.

KJENNETEGN VED GODT SAMARBEID

Organisasjonspsykologisk forskning kan brukes for å identifisere suksessfaktorer og fallgruver i samarbeid. Ved å forberede prosessen kan vi øke sjansen for tidlig etablering av god samarbeidskultur. Dette innebærer for eksempel å sette tydelige rammer for hvordan samarbeidet skal foregå, bestemme retning eller mål for det som skal diskuteres, gjøre rolleavklaringer mellom deltakere, lage regler for kommunikasjon og tematisere hvilke relasjonelle forhold som kan skape utfordringer underveis. En slik «uværsmoell» tar høyde for historien som viser at samarbeidet kan bli utfordrende.

Hvis man i tillegg inkluderer en risikoanalyse for antatte humper i veien, kan man lage tiltak for å unngå for mange punkteringer. Hvis partene opplever å bli tatt på alvor, får de økt eierskap til prosessen. Dette øker sannsynligheten for at man ønsker å oppsummere erfarte suksessfaktorer i samarbeidet, noe som igjen bedrer forutsetningen for neste runde med samarbeid. Forholdet mellom forutsetning, prosess og resultat er godt dokumentert i doktorgradsarbeidet til organisasjonspsykologen Henning Bang om effektivitet i ledergrupper. Det finnes annen forskning som antar at de samme prinsippene gjelder for andre samarbeidende grupper.

Hvis kvaliteten på arbeidet med brukermedvirkning skal heves, bør vi ha en overordnet strategi som baseres på blant annet kunnskap om risiko- og suksessfaktorer for samarbeid. Selv om noen av punktene i den nasjonale strategien for kvalitetsutvikling i helsetjenesten (2005–2015) handlet om brukermedvirkning, er det fortsatt for lite fokus på metode og resultatanalyse av hvordan samarbeidet skal foregå. Arbeidet med reell brukermedvirkning på alle nivåer har fortsatt en lang vei å gå. ✕



Vi bør finne en *måte* å snakke sammen på før vi tar stilling til hva vi mener om sakene vi skal diskutere



TOR LEVIN HOFGAARD er president i Norsk psykologforening. Sammen med Gerd Kristiansen, Bent Høie og Kerstin Söderström er han fast kronikør.

Psykologer står foran en revolusjon

Visste du at vi som lever akkurat nå, er med på den fjerde industrielle revolusjon? Hverdagen blir helt ny både hjemme og på jobb – også for oss som er helsearbeidere.

FOR 20 ÅR siden satt jeg i vårsolen på trappen på SV-fakultetet ved Universitetet i Oslo sammen med kullinger og snakket meg varm om en fremtid der vi ville komme til å bestille reiser og kinobilletter og holde kontakt med venner via internett – til og med gjennom telefoner og klokker. Alle lo, og mente at jeg var en supernerd. Ingen trodde meg. Dette skjedde samtidig med at Dagens Næringsliv trykket en kronikk som kategorisk slo fast at «Internett er en flopp». Mine venner var ikke alene i sin skepsis.

Mitt poeng er ikke nå å hovere med den sedvanlige kommentaren «Hva var det jeg sa?». Men fortellingen illustrerer hvor fort utviklingen har gått. Vi står ved begynnelsen av det som er kalt den fjerde industrielle revolusjon. Roboter og stadig mer avanserte algoritmer – og snart også kunstig intelligens – kommer til å dominere samfunnet. Helt sikkert også helsetjenestene.

BLI KJENT MED WATSON

Har du hørt om WATSON? Hvis ikke, tar det nok ikke lang tid før dere blir kjent. Hos IBM har de utviklet en maskin med dette navnet. Jeg skal ikke gå i detalj, men oppfordrer alle til å søke det opp på nett. IBM har laget gode animerte videoer som alle kan forstå, for å forklare prosjektet. I nettverk med andre maskiner og i samarbeid med mennesker vil WATSON etter hvert ha så sammensatt kunnskap og så god evne til å se mønstre at den vil overstige alt det noen lege eller psykolog kan besitte av diagnostiske eller prognostiske evner til å vurdere riktige behandlingstiltak. Denne typen maskiner vil fullstendig revolusjonere våre muligheter til helsefremming, forebygging og tidlig hjelp.

Våre maskinhjelpere vil kunne fortelle oss i detalj hvordan kroppen vår rent biologisk har det, og hvordan den reagerer på våre valg i livet. Vi vil da få tips og veiledning til å foreta bedre valg direkte fra dingsene vi omgir oss med, på jobben, i butikken eller hjemme. For dem som allerede har kroniske sykdommer eller helseplager, vil teknologien bidra til å motivere til å ta medisiner, være aktive. Den vil kunne varsle oss, samt helse- og omsorgspersoner, ved behov. I akutte tilfeller vil teknologien raskt kunne stille komplekse diagnoser basert på personens helsedata – sett opp mot millioner av variabler fra stordataservere og algoritmer.

Alt dette vil kunne skje uten at vi egentlig trenger å gjøre noe annet enn å fortsette vårt liv som vanlig. Vi vil ikke måtte legge inn data selv, ikke fylle ut noe skjema eller ha fokus på teknologien. Monitoreringstek-

nologi koblet til store dataservere og stordata vil operere i periferien av vår bevissthet, og vil antagelig føles som en forlengelse av oss selv. I dag jobber selskaper som Apple, Google IBM og Microsoft alle med løsninger som skal bidra til bedre liv og bedre helse, og til forskning på helse, gjennom bruk av slik teknologi. Utgangspunktet er noe nesten alle allerede har – smarttelefonen.

SKREDDERSYDD OPPFØLGING

Det viktige med all denne teknologiseringen vil ikke være å erstatte behandlerne. Fortsatt vil det være behov for psykologer, leger, sykepleiere og mange andre i helsetjenestene. Men en absolutt driver i utviklingen er at flest mulig skal få evidensbasert og individtilpasset veiledning og råd i det daglige uten å måtte oppsøke offentlige tjenester. Utviklingen vil også bidra til at de med alvorlige lidelser kan leve så fullverdige og selvstendige liv som mulig – på den måten de selv ønsker.

I dette perspektivet vil det å være helsepersonell i fremtiden bety å kunne tilby skreddersydd oppfølging, og tilpasse avanserte teknologiske løsninger til pasientenes behov. Derfor er det overveiende sannsynlig at fremtidens helsepersonell må ha høy grad av dataprogrammerings- og computerforståelse før de kan starte profesjonsutdannelsen. Dette for at de skal kunne gjøre en god jobb i møtet med dem som søker hjelp. Programmering kan bli ansett som like grunnleggende som å kunne lese, skrive og regne.

Er det virkelig sannsynlig at vi kommer dit, spør du kanskje? Det vi vet, er at drivkreftene for denne utviklingen er der. Teknologien begynner allerede å bli tilgjengelig. Det som først og fremst sannsynliggjør en slik utvikling, er at helsekostnadene vokser i alle land, og at vi stadig blir eldre. Det betyr at stadig flere vil trenge hjelp, og at samfunnet ikke kan takle dette dersom vi ikke får et paradigmeskifte i måten vi driver helsehjelp på.

SMARTTELEFON TIL ALLE

Å utstyre alle i Norge med en smarttelefon, koble dette mot stordata, algoritmer og motivasjons- og varslingssystemer for å sikre helsefremming, tidlig hjelp og god omsorg for folk med alvorlige kroniske lidelser, vil da være nærliggende. På et møte jeg deltok på i Stortinget for litt siden skjønte jeg at dette allerede er på tegnebrettet. Der sa lederen av Teknologirådet at å koble seg opp mot et slikt monitoreringsopplegg diskuteres som fremtidens «egenandel» for å få dekket helsekostnadene av felleskassen.

Den virkeligheten helseprofesjonene og pasientene vil møte, er med andre ord ikke bare en verden der vi bruker teknologi til å fortsette det vi allerede gjør, bare mer effektivt, men en verden der vi gjør nesten *alt* annerledes, og der grensen mellom teknologi og menneske stadig viskes mer ut.

Jeg er overbevist om at ryggmargsrefleksen til mange er at dette er en verden de ikke vil leve i. At dette er noe vi bør advare mot og kjempe imot. Det jeg samtidig er rimelig sikker på, er at om 10–15 år vil den daværende helseministeren hevde at regjeringen går inn for slik teknologi nettopp for å lage «pasientens helsetjeneste». Dersom vi psykologer da fremstår som teknologimotstandere, vil nok ministeren hevde at vi er det for å bevare våre gammeldagse og utgatte privilegier.

Vårt viktigste bidrag når vi nå trer inn i den fjerde industrielle revolusjon, må fortsatt være godt fag, etisk refleksjon og gi det beste til folk. Men vi må gjøre det offensivt, og ikke med ryggen mot fremtiden. ✕



Dersom vi psykologer fremstår som teknologimotstandere, vil nok ministeren hevde at vi er det for å bevare våre gammeldagse og utgatte privilegier

Inntrykk



På pasientenes side mot psykiatrien

Den danske legen Peter C. Gøtzsche har skrevet en knusende kritikk av psykiatrien i en bok som bør leses av alle med interesse for psykisk helse og dagens behandling av dem som sliter.



PETER C. GØTZSCHE
Dødelig psykiatri og organisert fornektelse
 Abstrakt forlag 2015,
 378 sider

ANMELDT AV

Iver Mysterud
 Dr.philos. i biologi fra
 Universitetet i Oslo
 og faglitterær forfatter
 og fagredaktør for
Helsemagasinet
vitenskap og fornuft

Dødelig psykiatri og organisert fornektelse er en videreføring av Gøtzsches kritikk av farmasøytisk industri i *Dødelig medisin og organisert kriminalitet*, som fikk den prestisjetunge bokprisen fra Den britiske legeföreningen (BMA) i 2014 under kategorien «Basis of medicine». I den nye boka står imidlertid ikke bare farmasøytisk industri i fokus, men også faget psykiatri, som er en spesialitet innenfor medisinen.

Gøtzsche har ikke mye godt å si om psykiatrien og dens behandling av pasienter, og han maner til revolusjon i dette faget. Kritikken går på psykiatrien som system, slik det styres av toneangivende psykiatere i tett kontakt med farmasøytisk industri. At psykiatri er et slags stebarn i medisinen, har lenge vært klart for meg, men at situasjonen er så ille som Gøtzsche møysommelig dokumenterer, er overraskende. Han er selvsagt ikke kritisk til enhver psykiater eller person som arbeider i psykiatrien, og trekker fram en rekke unntak det varmer å lese om. Problemet er hele tankegangen bak bruk av syntetiske medikamenter for å «normalisere» det som antas å være «kjemiske ubalanser» i hjernen. Ifølge Gøtzsche er denne forestillingen grunnleggende

gal, og resultatene av en terapi som skal «gjenopprette» ikke-eksisterende ubalanser, kan følgelig bli katastrofale.

EVIDENSBASERT MEDISIN

Som leder av det nordiske Cochrane-senteret er Gøtzsche opptatt av evidensbasert medisin og dokumenterer at bruken av psykofarmaka (psykiatriske medikamenter) gjør langt større skade enn nytte. Han har beregnet at psykofarmaka er ansvarlig for over en halv million dødsfall hvert år i USA og Europa blant personer over 65 år. Dette gjør psykofarmaka til den tredje hyppigste dødsårsaken etter hjertesykdommer og kreft. Gøtzsche hevder at dagens forbruk av psykofarmaka kan reduseres med 98 prosent, samtidig som pasientenes mentale og fysiske helse – og overlevelse – blir bedre. Nedtrapping av medikamenter bør imidlertid skje langsomt fordi abstinenssymptomene kan være alvorlige, langvarige og farlige.

Gøtzsche presenterer i boka en rekke myter og misforståelser som han analyserer og tilbakeviser. Noen av de feilaktige oppfatningene som opprører ham mest, er blant andre:



- Mennesker med psykiske lidelser har en kjemisk ubalanse i hjernen, og psykiatere kan rette opp denne ubalansen med medikamenter, på linje med at indremedisinere foreskriver insulin mot diabetes.
- Langtidsbehandling med psykofarmaka er nyttig fordi det forebygger tilbakefall av sykdommen.
- Behandling med antidepressiva fører ikke til avhengighet.
- Behandling av barn og unge med antidepressiva beskytter mot selvmord.

Etter å ha lest *Dødelig psykiatri og organisert fornektelse* tviler jeg ikke på at disse og flere påstander er feilaktige. Det korrekte ifølge Gøtzsche ville være å endre disse påstandene til det *motsatte*. Dette viser han gjennom analyse av forskningslitteratur.

OPPBYGGING AV ARGUMENTER

Boka består av 18 kapitler og et stikkordregister. Hvert kapittel avsluttes av en sluttnotliste med siterte kilder. En liten innvending til kildehenvisningene er at han en del steder henviser til sin første bok i stedet for å oppgi original-

litteratur, slik at man må gå til hans bok for å finne originalkildene.

I kapittel 1 presenterer forfatteren de temane boka handler om, og i neste kapittel fokuserer han på hva det vil si å være psykisk syk. De neste seks kapitlene handler om depresjon (3), angst (4), AD/HD (5), schizofreni (6), bipolar lidelse (7), demens (8) og elektrosjokk (9).

I kapittel 10 beskriver han to tiltak som han er sterk tilhenger av når det gjelder å hjelpe folk med psykiske problemer: ulike typer psykoterapi og mosjon. I de neste kapitlene tar forfatteren opp om hva som skjer i hjernen når man bruker psykofarmaka (11), og nedtrapping av psykofarmaka (12). I kapittel 13 retter Gøtzsche skytset mot psykiatrien som fag og dets nære forbindelser til farmasøytisk industri. Han konkluderer med at psykofarmaka gjør langt mer skade enn gagn, og i kapittel 14 går han gjennom hvor lite medikamenter som egentlig trengs i psykiatrien. Kapittel 15 handler om tvangsbehandling og tvangsinnleggelse. Gøtzsche mener at både elektrosjokk, tvangsbehandling og tvangsinnleggelse bør forbys.

Boka avsluttes med to korte kapitler med råd om hva psykiatriske pasienter kan gjøre for å

MÅ REDUSERE

I boken *Dødelig psykiatri og organisert fornektelse* hevder Gøtzsche at dagens forbruk av psykofarmaka kan reduseres med 98 prosent, samtidig som pasientenes mentale og fysiske helse - og overlevelse - blir bedre, skriver Iver Myrsterud. Foto: Tom Varco/Wikimedia Commons





Boka er skrevet som en håndsrekning til pasientene, særlig de som desperat forsøker å bli kvitt sine medikamenter

bedre sin situasjon (16), og hva leger kan bidra med for å skape en bedre og mer human psykiatri (17). Til slutt gis en oversikt over nyttige hjemmesider (18).

SPRÅK

Boka er ført i et klart og tydelig språk. Siden deler av den handler om å presentere eller kritisere vitenskapelig litteratur, omtaler forfatteren en del statistiske analyser, noe som er viktig når han henvender seg til vitenskapelig skolerte lesere. Mye av hans kritikk av psykiatrien er basert på publiserte studier, og da må nødvendigvis resultatene med. Gøtzsche er imidlertid også nøye med å forklare hva resultatene betyr, på en slik måte at lekfolk kan følge resonnementene.

Ingenting i teksten pakkes inn, Gøtzsche skriver rett fra levra. Skal man bidra til å revolusjonere faget psykiatri, kan man ikke ta i folk med verbale silkehansker! Jeg opplever dette både som påkrevd og befriende, mens en del som er mer skeptiske til Gøtzsches budskap, nok vil irritere seg over denne typen språk.

MÅLGRUPPE

Boka er skrevet som en håndsrekning til pasientene, særlig de som desperat forsøker å bli kvitt sine medikamenter, men som er blitt møtt med fiendtlige og arrogante reaksjoner fra sine leger. Gøtzsche har også skrevet boka for unge psykiatere under utdanning, i håp om at den kan inspirere dem til å revolusjonere faget sitt, hvilket han mener det er stort behov for.

Jeg mener alle helsebevisste mennesker vil ha utbytte av denne boka, særlig de som er oppatt av psykisk helse og hvordan folk med slike lidelser behandles. Ikke minst vil boka være viktig for dem som er oppatt av samfunnsøkonomi og hvordan vi som samfunn bruker penger for å hjelpe folk som sliter psykisk. Gøtzsche kommer med forslag og råd som vil kunne redusere samfunnets utgifter til behandling av psykisk helse, samtidig som pasientene ville få det mye bedre, dersom de ble tatt på alvor.

TROVERDIG KRITIKER

Gøtzsche er ikke den første som omtaler omfattende problemer i psykiatrien. En rekke modige fagfolk og journalister har tidligere talt det «psykiatriske Roma» midt imot, og Gøtzsche har lest det de har skrevet, og siterer dem hyppig. En rekke tradisjonelle psykiatere har forsøkt å avvise denne kritikken som feilak-

tig, men Gøtzsche presenterer alle de vanlige innvendingene, for så å knuse dem gjennom skarpe analyser. Han er ingen lettvekter som kan avfeies med et pennestøk. Tvert imot er han en anerkjent fagmann og mangeårig kritiker av farmasøytisk industri.

Gøtzsche er på faglig hjemmebane når han på vitenskapelig grunnlag kritiserer de omfattende problemene som er forbundet med klinisk forskning på psykofarmaka. Hans etiske føringer med utgangspunkt i menneskerettigheter og pasientenes ståsted er både ønskedverdig og kloke. Det er lett å mislike alt snusket den farmasøytiske industrien *beviselig* driver med, og det maktpolitiske spillet den organiserte psykiatrien har drevet i altfor lang tid. At vi i liten grad har bruk for psykofarmaka, er lett å bli enige om, også at ulike former for psykoterapi og mosjon kan være til nytte for mennesker som sliter psykisk.

Imidlertid mangler to temaer for å gjøre perspektivet i boka komplett: Det *ene* er alle de andre faktorene enn de psykososiale som kan forårsake eller bidra til at folk sliter psykisk. Jeg tenker her på kosthold mange ikke er godt tilpasset eller tåler, infeksjoner og ulike kjemiske og fysiske faktorer mange eksponeres for. Det *andre* er de behandlingstradisjonene som tar konsekvensen av disse årsaksfaktorene, for eksempel ved å endre kostholdet, gi spesifikke tilskudd (ortomolekylær medisin) og forsøke å fjerne eller redusere eksponeringen for de miljøfaktorene som påvirker folk på negativ måte. Ja, det trengs mer forskning på alle disse temaene, men det finnes allerede både forskning og klinisk erfaring med at de kan være virksomme. Hvis Gøtzsche på noen få sider hadde utvidet perspektivet med det jeg her savner, ville boka vært mer komplett. Uavhengig av slike innsigelser er boka forbilledlig god når det gjelder å analysere og kritisere det som er forfatterens hovedmål, nemlig å belyse problemer forbundet med faget psykiatri og forskningen på psykofarmaka. ✘

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.

Tidvis oppslukende

Arbeidspsykologi og helsepsykologi er to av mine favorittområder i faget. Da må jo arbeidshelsepsykologi bli dobbel lykke?

NORSK ARBEIDSPSYKOLOGI ER ett av fagets og profesjonenes stolteste kapitler. Så bra at noen blåser liv i denne delen av faget og lager en grunnbok! Slik tenkte jeg på vei inn i boka *Arbeidshelsepsykologi på norsk*, redigert av Saksvik og Christensen ved Psykologisk institutt ved NTNU.

Boka starter med å gi nøkkelbegrepene innhold og mening: arbeid og helse og forbindelseslinjene mellom. Deretter får vi historiske tilbakeblikk, teori, forskning og samfunnsmessige perspektiver. En glede å lese. Det gleder meg også at psykolog Einar Thorsrud får honnør. Thorsrud er en av fagets fremste pionerer og sto sentralt i å jobbe fram samarbeidslinjen i norsk arbeidsliv og i utviklingen av arbeidslivs-forskning og arbeidsmiljølov.

GODT OM UTFORDRINGER

Videre går boka inn i sentrale arbeidslivsområder som sykefravær og sykenærver, jobben-gasjement, balansen arbeid-familie-fritid og intervensjoner for sunn organisatorisk endring. Og så til slutt drøftes «the happy worker hypothesis»: Er en lykkelig arbeider en effektiv arbeider? Et fint utvalg av tema godt tilpasset arbeidslivsutfordringer i Norge i dag. Og forfatterne skriver engasjert og poengtert. Særlig synes jeg kapitlet om jobbengasjement og begrepet «job crafting» står sterkt. Det drøfter fenomenet å ta grep om egen arbeidssituasjon og aktivt utforme egen arbeidshverdag.

Som praktiserende psykolog i arbeids-, helse- og organisasjonspsykologien synes jeg alle kapitlene er nyttig lesning. Det er referanser til (og referat fra) aktuell forskning og balansert drøfting av sentrale arbeidslivsdilemmaer.

DIFFUS HØYTENKNING

Her og der skjemmes boka av upresise passasjer, opplevelsen er at det tenkes høyt og diffust. Og det kommer av og til drøye påstander som denne: «I en organisasjon må det aldri være frykt for å feile, det hindrer kreativitet og utvik-

ling» (s. 66). Dette er irriterende, og jeg tenker at forlaget burde ha gjort en bedre jobb.

Her må det forskes mer, er en uttalelse som går igjen i oppsummeringene. Det er sikkert sant. Men det gjentas for ofte, og da blir det blir kjedelig og forsiktig. Jeg hadde likt at forfatterne kastet seg mer utpå. Vært mer frampå og kjent på lysten til å ta samfunnsansvar, anbefale, forme, spisse.

Boktittelen og begrepet «arbeidshelsepsykologi» forstyrrer meg, det blir smør på flekk. Begreper med hele åtte stavelser ligger ikke godt i munnen eller øret. For meg har det gode gamle arbeidspsykologi-begrepet en vid og god helsedimensjon bakt inn i seg. Jeg har registrert at «arbeidshelsepsykologi» er hyppig brukt på fagområdet de siste årene, og kampen er kanskje tapt – men jeg er redd begrepet gjør mer skade enn nytte. Ingen ville erstattet begrepet arbeidsmedisin med arbeidshelsemedisin.

VIL HA MER

Men alt i alt sitter jeg igjen med et ønske om mer. Jeg får lyst på kapitler om folkehelseperspektivet og arbeidsliv, om aldring og helse i arbeidslivet, mobbing på jobben, arbeidsmiljøloven, ledere og deres helse, bedriftshelsetjenestens plass, HR sin raske framvekst og rolle i norsk arbeidsliv, psykisk helse og arbeid, alle variantene av å få folk «raskere tilbake» i jobb. Vi er i et felt preget av store samfunnsøkonomiske, personlige og personlig-økonomiske tap. Og av store investeringer og lite kunnskap om fenomenene og om nytteverdien av tiltak. Samfunnet trenger virkelig reflektert psykologisk kunnskap à la Thorsrud.

Boka er ment for «... studenter innenfor arbeids- og organisasjonspsykologi ... på bachelor- og masternivå ... svært aktuell for ledere og medarbeidere, spesielt innenfor HR ...», står det på vaskeseddelen. Forfatterne treffer nok først og fremst den første kategorien, og der kan boka ha sin misjon.

Kort oppsummert: Lesverdig, tidvis oppslukende, glimtvis irriterende. ❌



**PER ØYSTEIN
SAKSVIK OG MARIT
CHRISTENSEN**

*Arbeidshelsepsykologi
på norsk,*
Fagbokforlaget, 2015.
235 sider

ANMELDT AV

Rolv Mohn
Partner, daglig
leder og psykolog i
Psykologbistand

Hvordan hjelpe lille Marius

Arbeidet med psykisk helse i skolen er et folkehelseiltak. En viktig, men ujevn bok skisserer hvordan vi kan jobbe med dette feltet.



**EDVIN BRU, ELLA COSMOVICI
IDSØE OG KLARA ØVERLAND** (red.)

Psykisk helse i skolen,
Universitetsforlaget,
2016. 304 sider

JONAS RØMMER TIL sjøs. Lille Marius kolliderer på gulvet. Det finnes mange beretninger om tilstanden i norsk skole foruten *Jonas* av Jens Bjørneboe og *Gift* av Alexander Kielland. Tilstanden har selvfølgelig endret seg siden 1800-tallet, men det er fortsatt rom for forbedring. Boken *Psykisk helse i skolen* prøver å gi oss svaret på hvor vi kan sette inn støtet.

Tallene er klare: «1/5 av dem som slutter på videregående skole, oppgir psykiske plager eller psykososiale problemer som årsak» (fra introduksjonen). Redaktørene av boken er tilknyttet Nasjonalt senter for læringsmiljø og atferdsforskning ved Universitetet i Stavanger. De legger frem et genuint engasjement på elevenes vegne og søker å finne løsningen på problemet som har fått kunnskapsminister Torbjørn Røe Isaksen til å rive seg i håret: Hvordan redusere frafallet i norsk skole? Flere og flere politiske partier begynner også å ta dette på alvor, til tross for at regjeringspartiene nylig nedstemte Arbeiderpartiets forslag om å innføre obligatorisk kunnskap om psykisk helse i skolen.

UJEVN KAPITTELKVALITET

Noen av kapitlene i boken, for eksempel om psykose, ADHD og barn med tilknytningsvansker er velskrevne og interessante, går i dybden og integrerer teorien på en tilfredsstillende måte. Kapitlet «Samarbeid når eleven har psykiske helseplager», skrevet av Elin Kreyberg, er det beste. Det merkes at Kreyberg kjenner utfordringene i krysningen mellom utdanningsfeltet og helsevesenet. Hun skriver treffende og konsist om nettopp evnen til samarbeid, en uhyre viktig egenskap for at elevene skal få den hjelpen og støtten de trenger.

Andre kapitler skjemmes av et obskurt språk: «Alle rektorer har som leder av skolen en avgjørende rolle for å skape rom for etablering av en felles forståelse om rammene knyttet til det psykososiale miljøet ved skolen, blant annet gjennom å legge til rette for integrering av sosioemosjonell læring.» Jeg er i og for seg

enig, men å lese et helt kapittel i dette språkleiet får det til å krible i mine gamle korrekturleserfinger. Et språk sterkt preget av sjargong kan stå i veien for budskapet. Svakheten i enkelte kapitler merkes særlig sammenlignet med de sterke bidragene, derfor oppfattes boken som ujevn.

WHATEVER WORKS

Kapitelforfatterne anbefaler gjennomgående kognitiv adferdsterapi (KAT) som behandling for nesten samtlige psykiske lidelser. Dette virker snevert, særlig siden nyere metaanalyser har begynt å stille spørsmål ved langtidseffekten av KAT på for eksempel depresjon¹. Dessuten vet vi at forskjellen i effektivitet mellom metoder som oftest ikke er signifikant². Å anbefale én metode når vi vet at mange andre også er virksomme, fremstår som kremmervirksomhet, særlig hvis det er den metoden kapitelforfatteren har spesialisert seg i. Det kunne med fordel stått at forfatterne anbefaler samtalerapi, punktum.

Alt i alt håper jeg at denne boken kjøpes inn av skolene, og leses av lærerne. Som det påpekes et sted: «Læreryrket er et av samfunnets viktigste yrker.» Jeg tilslutter meg dette, men samtidig er jobben med å hindre frafall et samarbeidsprosjekt mellom lærere, rådgivere, helsesøstre, PP-rådgivere, fastleger, foreldre og BUP-ansatte. Det er kanskje de mange involverte som gjør dette feltet så vanskelig. Vi får uansett håpe og tro at økt kunnskap om psykisk helse i skolen kan bidra til at flere Mariuser og Jonaser blir fanget opp, og får den skolegangen de har krav på. ✘

1. Johnsen, T.J., Friborg, O. (11.05. 2015). The Effects of Cognitive Behavioral Therapy as an Anti-Depressive Treatment is Falling: A Meta-Analysis. *Psychological Bulletin*. Advance online publication.
2. Se: Benum, K. Axelsen, E.D., Hartmann, E. (2013). *God psykoterapi: Et integrativt perspektiv*, Pax Forlag, eller Von der Lippe, A.L., Nissen-Lie, H.A., Oddli, H.W. (2014). *Psykoterapeuten: En antologi om terapeutens rolle i psykoterapi*, Gyldendal.

ANMELDT AV

Joanna Rzadzowska
Psykolog, poet og
kritiker. Jobber som
PP-rådgiver ved
Veiledningssenteret,
Romerike

KLASSIKEREN



Willi Railo, *Best når det gjelder* (1983)

Idrettspsykologi var unorsk på 80-tallet, men boka ble likevel en bestselger, skriver Tom Henning Øvrebø.

Boka til Railo var banebrytende da den kom tidlig på 80-tallet. Railo, som var en pionér innenfor idrettspsykologi både nasjonalt og internasjonalt, var blant annet opptatt av hvordan våre tanker påvirker våre prestasjoner. Boka har momenter fra positiv psykologi, og den kognitive tilnærmingen står sentralt – lenge før disse perspektivene hadde fått fotfeste i den mer generelle, kliniske psykologien i Norge. Railo synliggjorde betydningen av den indre dialogen og fokuserte på hvordan vi kan påvirke våre følelser, vårt spenningsnivå og vår selvtillit. Med kapitler som «Mental styring av våre prestasjoner», «Følelser og prestasjoner», «Tanker og prestasjoner», «Selvtillit», «Psykisk energi», «Den psykologiske verktøykassen» og «Mentale treningsmetoder» var boka svært praktisk i sin tilnærming, og mange som var opptatt av mentale aspekter ved prestasjonsutvikling, hadde stor nytte av den. Den fikk en ung videregående skoleelev (undertegnede) nysgjerrig på psykologi, og den fascinerer med sin relevans selv mer enn 30 år etter.

Tom Henning Øvrebø utfordrer Lars Pedersen til å ta stafettpinnen videre

Ferskvare



Utenfor boksen

Forfatter og spaltist Marta Breen er redaktør for *Samtiden* 1/16 med tittelen «Utenfor boksen», som inneholder tekster om det å bryte normer i samfunnet. «Mitt engasjement for kjønnstematikk blir bare sterkere jo mer jeg skriver om det, skriver Breen i forordet. Den nye norske feminismen portretteres. Vi kan lese om pronomenet «hen» og om kjønn som tvangstrøye – og filmskaperen Mariken Halle snakker ut med Harald Eia.



Ting

Arr - Idéhistorisk tidsskrift 1/16 utgir et temanummer om «Ting». Hva skjer når tingene tar over? Drukner vi i dem? Bli tingene mindre viktige for oss? Kan det være at de blir viktigere enn mennesker og at mennesker blir ting? er spørsmål som stilles. Samtidig ønsker redaksjonen å løfte frem de større teoretiske diskusjonene rundt tingliggjøring og grenselandet mellom ting og mennesker.



Skrudde ideer

Forsiden i *Prosa* 1/16 refererer til Morten Harpers tekst «Lekegrind for skrudde ideer», der han betoner at kvinnelige serieskaperne nå vinner priser på et felt som lenge har vært dominert av menn. I artikkelen «Sakprosaåret 2015 – Gullet blant gråstein» trekker Gro Jørstad Nilsen blant annet frem tre bøker om kritikk og varsling: *Monika-saken. Min historie - fra drapsetterforsker til varsler* av Robin Schaefer, *Departementet* av Eivind Tesaker og *Du ser det ikke før du tror det* av Inga Marte Thorkildsen.



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 Psykolog-tidsskriftet:
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@psykolog-tidsskriftet.no eller tlf. 23 10 31 33.

MAI 2016

Psykbase – Kurs i Oslo, Radisson Blu

Innføringskurs: Torsdag 26. mai kl. 09–16
Kurs for viderekomne: Fredag 27. mai kl. 09–16
Informasjon om kurs og påmelding finner du på <http://www.psykbase.no/kurs/>

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

Praktiske arbeidsverktøy ved tap og traumer

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

JUNI 2016

Metakognitiv terapi

Oslo, 2.–3. juni
For mer informasjon og påmelding www.psykologforeningen.no/kurs og utdanning

SEPTEMBER 2016

Psykbase – Kurs i Oslo

Innføringskurs: Mandag 5. sept. kl. 09–16
Kurs for viderekomne: Tirsdag 6. sept. kl. 09–16
Informasjon om kurs og påmelding finner du på <http://www.psykbase.no/kurs/>

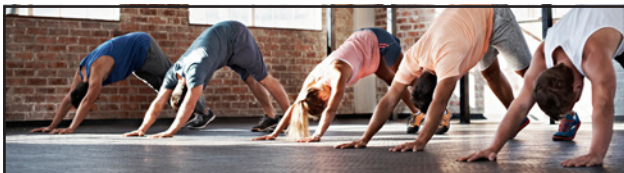
DESEMBER 2016

Psykbase – Kurs i Oslo

Innføringskurs: Torsdag 1. des. kl. 09–16
Kurs for viderekomne: Fredag 2. des. kl. 09–16
Informasjon om kurs og påmelding finner du på <http://www.psykbase.no/kurs/>

ROMSLIG KONTOR I PSYKOLOGFELLESSKAP.

Møblert kontor i Romerike Helsebygg sentralt i Lillestrøm blir ledig fra 01.07.16. Kontakt: e-post til elisabeth.myrstad@romerikpsykologene.no eller tlf. **918 20 772**.



PROFESJONELL FAGUTDANNELSE MINDFULNESSINSTRUKTØR

Ønsker du å utvide din kompetanse som mindfulnessinstruktør ?

1-årig fagutdanning med fokus på fordypning og formidling av mindfulness.

START 15. SEPTEMBER 2016

8 samlinger x 4 dager

Søknad: www.creationwork.org

Neste 8-ukers MBSR-kurs
starter 4. mai 2016 kl. 18.30-21.00



Kontakt:
info@creationwork.org
tel. 910 01 921
www.creationwork.org

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 tidskrift@psykologtidsskriftet.no

eller tlf. 23 10 31 33.



PSYKIATRIKONFERANSEN
**SCHIZOFRENIDAGENE
I STAVANGER**

FONAGY
OGDEN
PORGES
HUSTVEDT
ABBASS
ORBACH
GELLER

RIMBEREID
SKARDERUD
ISDAL
STOLTENBERG
WILHELMSSEN
NORDANGER

Velkommen til Schizofrenidagene 2016
7. – 11. november i Stavanger Forum

BODIES OF
EXPERIENCE





SORGUTDANNING

Sorgutdanningen ved Universitetet i Bergen skal øke ulike yrkesgruppers kunnskaper og kompetanse i møte med mennesker i sorg. Utdanningen tar for seg vanlige og kompliserte sorgreaksjoner hos barn og voksne, og skal gi erfaringsbasert kunnskap om støtte, intervensjon og behandling av sorg i møte med enkeltmennesker, familier og lokalsamfunn.

Deltidsstudium over to år med oppstart høsten 2016. En 4-dagers studiesamling i Bergen hvert semester. Studiet gjennomføres i samarbeid med Senter for krisepsykologi.

Les mer og søk plass: uib.no/evu

**Søknadsfrist
1. oktober**

Studiepoeng
15

Kursperiode
31. oktober 2016–20. juni 2018

Studieavgift
16 000,-

Kontakt
Kontor for etter- og videreutdanning
55 58 20 40 / post@evu.uib.no

Faglig ansvarlig
professor Atle Dyregrov
55 59 61 80 / 905 52 077
atle@krisepsyk.no



UNIVERSITETET I BERGEN

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

Kurs 2016

MINDFULNESS RETREAT
 med Andries Kroese på vakre Syd Koster

Kostergården (utenfor Strømstad)
26.–28. august 2016

For informasjon kontakt: Gunilla Rask,
 e-post info@karlstadskbt.se, mob. 00-46-736-860291

**UTDANNING SOM INSTRUKTØR
 I MINDFULNESS TRENING**

(3 x 2 dager + daglig egen trening)

Godkjent av Norsk psykologforening med
 42 t. vedlikeholdsutdanning.

**Fredag og lørdag: 19.–20. august,
 16.–17. sept., 28.–29. okt.**

Læringsmål: fordypning i mindfulness for egen skyld og for å kunne formidle mindfulness som et verktøy til selvhjelp for pasienter, klienter og andre mennesker i en vanskelig situasjon.

**INTRODUKSJONSKURS: «Oppnå mer
 med mindre stress med mindfulness trening»**

Godkjent av Norsk psykologforening med 14 t. vedlikeholdsutdanning.

Fredag–lørdag, 14.–15. oktober

Mindfulness trening: 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.

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

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




DBT DIALEKTISK
ATFERDSTERAPI

4. nasjonale konferanse om DBT: Fra barn til voksen

13.–14. september 2016
Royal Christiania Hotel, Oslo

Dialektisk atferdsterapi har gått fra sin spede barndom til ung voksenalder i Norge og er i dag en vel etablert behandlingsmetode også her til lands.

Smakebiter fra programmet:
Alan Fruzzetti ved University of Nevada, Reno, leder programmet for DBT i klinikk og forskning. Fruzzetti vil undervise på hele konferansens første dag over sitt arbeide med å bruke DBT i behandling av familier med høyt nivå av konflikter og emosjoner, og om bruken av DBT i parterapi.

Ass.prof Francheska Perepletchikova, Weill Cornell Medical Centre, vil undervise om sitt nybrottsarbeid med tilpasningen av DBT for barn, som hun har utviklet, og presentere resultater fra sine studier.

Les mer og meld deg på:
www.dbt.no



DBT DIALEKTISK
ATFERDSTERAPI

ØNSKER DERE Å LÆRE METODEN OG TILBY PASIENTER DBT-BEHANDLING?

Neste kull starter
i Oslo 16. januar 2017

Søknadsfrist: 1. november 2016
Les mer på www.dbt.no



Kurs i EMDR

Eye Movement Desensitization
and Reprocessing

Trinn 1 Oslo	13. – 15. september 2016
Trinn 2 Oslo	5. – 7. desember 2016
Trinn 1 Oslo	11. – 13. januar 2017

Kursholder: Psykolog Bjørn Aasen,
EMDR Europe Approved Trainer

The Art of EMDR

Røros 30. august – 2. september 2016

Workshop med Roger Solomon
EMDR Institute Senior Trainer

Påmelding og nærmere informasjon:
www.emdrutdanning.no

Følg Tidsskrift for
Norsk psykologforening på

facebook

Tidsskrift for Norsk psykologforening planlegger et temanummer under overskriften: «Psykoanalysen i dag». Gjesteredaktører er Anders Flækøy Landmark, Line Indrevoll Stänicke og Erik Stänicke.

Invitasjon til temanummer «Psykoanalysen i dag»

Med dette temanummeret ønsker vi å rette søkelyset på psykoanalysen som behandling, i forskning og anvendt i andre fag. Vi ønsker bidrag som representerer ulike perspektiver på psykoanalysen og hvordan man kan bruke psykoanalytisk kunnskap i forskjellige kontekster.

Vi inviterer potensielle bidragsytere til å sende inn en kort beskrivelse av mulige artikler (maksimalt 250 ord) innen 1. september 2016. Se ellers Tidsskriftets hjemmesider (www.psykologtidsskriftet.no) for en nærmere presentasjon av og retningslinjer for våre ulike sjangere og spalter. I spesialnummeret er alle sjangere aktuelle, slik som fagartikler, fra praksis-bidrag, fagessay og faglige innspill.

Ved spørsmål, ta kontakt med anders.landmark@gmail.com

Forslag til artikler sendes sjefredaktør Bjørnar Olsen på e-post bjornar@psykologtidsskriftet.no



www.psykologtidsskriftet.no



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

Ønsker du å annonsere i Psykologtidsskriftet?

UTGAVE	UTGIVELSE	BESTILLINGSFRIST
06/16	1. juni	18. mai
07/16	1. juli	16. juni
08/16	1. august	18. juli
09/16	1. september	18. august

For bestilling eller mer informasjon kontakt oss på e-post tidsskrift@psykologtidsskriftet.no eller tlf. 23 10 31 33



Valgfritt program – Organisasjon og ledelse

Programmet skal kvalifisere deltakerne til å kunne bidra mer til faglig og organisatorisk utvikling på arbeidsplassen, og til å kunne gå inn i lederroller i ulike sektorer.

Målgruppe

Psykologer som ønsker å bidra til å utvikle organisasjoner og god ledelse. Det vil også være nyttig for nye ledere som ønsker en økt forståelse for lederoppgaver og organisatoriske sammenhenger. Programmet kan inngå i spesialistutdanningen eller kan tas som en vedlikeholdsaktivitet.

Kurs

Kursdelen av programmet går over 4 samlinger à to dager høsten 2016 og våren 2017, med én tilhørende dag i veiledningsgruppe for hver samling (totalt 32 timer). Det forutsettes stor grad av egenaktivitet på og mellom samlingene. Første kurssamling: 14. september 2016.

Kursavgift i 2016 kr 3 250 per dag, og kurset faktureres per samling. Påmelding gjelder for hele programmet. Veiledningsgruppene er obligatoriske. De styres og organiseres av kurslederne og betales separat.

Ansvarlige for programmet:

Rudi Myrvang, Elisabeth Østrem, Anders Wahlstedt

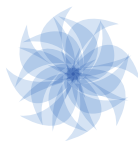
For mer informasjon om programmet og påmelding, gå inn på www.psykologforeningen.no/kurs-og-utdanning

Sted og dato: Oslo, 14–15. september 2016

Påmeldingsfrist: 10. august 2016

Medlemspris: kr 6 500

Kursnr.: 131-16



Norsk psykologforening – utdanningsavdelingen
Pb 419 Sentrum, N-0103 Oslo
Tlf: 23 10 31 30 | Fax: 22 42 42 92



Sett av datoene for årets SEMINAR og ÅRSMØTE i Forening for psykologer i privat praksis (FPP), 27.–29. oktober 2016 sentralt i Oslo.

(FPP er en forening for psykologer i privatpraksis – heltid eller deltid – med og uten driftstilskudd)

Tema:

Vekst og vitalitet i psykologrollen

FPP fortsetter de siste årenes tradisjon med å utforske terapeutrollen og terapeututvikling. I år har vi invitert sentrale klinikere og forskere til å drøfte: hva gir oss vekst til beste for oss selv og klientene våre?

- Jon Sletvold (Karakteranalytisk Institutt): «Terapeuten og kroppen»
Hanne Oddli (UiO): «Hvordan integrerer erfarne terapeuter kunnskap i praksis?»
Guro Øiestad (UiO og privatpraksis i psykologfellesskapet Angst og Jubel): «Sekundærvitalisering»
- Norsk psykologforening gir informasjon om fagpolitiske forhold og nytt fra foreningen
- Sosialt og faglig fellesskap
- Festmiddag

Årsmøtet avvikles torsdag 27. oktober kl. 17-19.

Påmelding: Se ny annonse i Psykologtidsskriftets augustnummer.



Norsk psykologforening
Pb 419 Sentrum, N-0103 Oslo

UTDANNINGSAVDELINGEN



Åse Gruda Skards Pris for popularisering av psykologisk kunnskap

I 2005 var det 100 år siden Åse Gruda Skard ble født. Norsk psykologforening opprettet i den anledning Åse Gruda Skards Pris for popularisering av psykologisk kunnskap.

Prisen er en anerkjennelse av psykologer som bidrar til å gjøre psykologisk kunnskap tilgjengelig og til nytte for folk flest. Prisen skal oppmuntre psykologer til å anstrenge seg for å nå ut til alle grupper i folket med psykologisk kunnskap. Prisen tildeles for arbeid som er i Åse Gruda Skards ånd og gjerne bruker nye måter for å spre psykologisk kunnskap.

Frist for å foreslå kandidater er **1. juni 2016**. Forslag må begrunnes.

Prisen vil bli utdelt i forbindelse med Psykologikongressen 1.9.2016. Vinneren vil bli presentert i Tidsskriftet.

Priskomiteen består av Magne Raundalen, Anders Skuterud og Gøril Wiker.

Forslag sendes til goril@psykologforeningen.no eller til Norsk psykologforening, Postboks 419 Sentrum, 0103 Oslo. Merk e-post/konvolutter med «Åse Gruda Skards Pris».



Norsk psykologforening
Pb 419 Sentrum, N-0103 Oslo

UTDANNINGSAVDELINGEN



Stiftelsen Kirkens Bymisjon Oslo (SKBO) er en diakonal stiftelse med ca. 1200 ansatte og like mange frivillige medarbeidere. Arbeidsfeltet omfatter tiltak innen sosial- og helsesektoren; rusfeltet, eldreomsorg, psykisk helsevern, arbeidsmarkedstiltak, boligutvikling, nærmiljø og frivillighet, arbeid blant barn, unge og familier, samt kirkelig arbeid.

A-Senteret gir tilbud om utredning og behandling til mennesker med rusrelaterede problemer. Virksomheten eies av SKBO. A-Senteret har driftsavtale med Helse Sør-Øst RHF og er en del av rusfeltet innen spesialisthelsetjenesten (Tverrfaglig spesialisert behandling av rusmiddelavhengighet.) Den kliniske virksomheten er organisert i en poliklinisk avdeling, en korttids døgnavdeling med 21 plasser og en langtids døgnavdeling med 11 plasser.

A-Senteret søker etter Psykologspesialist i 100 % fast stilling

I januar 2015 åpnet Villa Berg, en avdeling ved A-Senteret. Avdelingen har 11 plasser og en behandlingsslengde mellom seks og 12 måneder. Målgruppen er uensartet når det gjelder type dominerende rusmiddel og inkluderer personer med lettere og moderate psykiske lidelser.

Villa Berg er en liten institusjon, og pasientene må klare å leve tett på andre. Behandlingsmodellen forutsetter videre at pasientene aktivt bidrar til å utforme innholdet i egen behandling. Vi ønsker å skape et behandlingstilbud med fokus på livet utenfor avdelingen og livet etter innleggelsen. Behandlingen skal være individuelt tilrettelagt. Vi vil benytte oss av de tilbudene og utfordringene som beliggenheten i byen gir oss. Samarbeid med relevante personer og andre instanser i hjelpeapparatet inngår som en viktig del av oppfølgingen. Kompetanseutviklingen vår rammes inn blant annet av mentaliseringsbasert miljøterapi.

Personalet på Villa Berg er tverrfaglig med psykologspesialist, sosionomer, sykepleiere, vernepleiere, idrettspedagog, husøkonom, miljøarbeidere og leger.

Vi ønsker å få med deg på laget som:

- er faglig dyktig og engasjert
- har lyst til å være med på å videreutvikle et nytt behandlingstilbud
- liker å jobbe med pasienter i rusbehandling over tid
- liker å jobbe i team, samhandle internt og med eksterne samarbeidspartnere
- kan foreta diagnostiske utredninger, og samtidig ha fokus på pasientenes ressurser og motivasjon
- ser betydningen av sosiale strukturer i en endringsprosess
- trives og har erfaring med gruppebehandling

Oppgavene vil være:

- utredning
- behandling individuelt
- gruppebehandling
- delta i den videre utvikling av avdelingens faglige innhold
- samarbeide med andre instanser
- veiledning

Spørsmål til stillingen:

Prosjektleder **Bjørn Hjertnes**, tlf. 415 04 061 eller virksomhetsleder **Aino Lundberg**, tlf. 450 23 200.

Søknadsfrist: 9. mai 2016

Tiltredelse etter avtale.

Besøk gjerne vår hjemmeside: a-senteret.no

Send søknad elektronisk [www.a-senteret.no/ledige stillinger](http://www.a-senteret.no/ledige_stillinger) eller pr. post til A-Senteret, postboks 3470 Bjølsen, 0406 Oslo

Arbeidstid:

37,5 timer pr. uke med fleksibel arbeidstid

Kvalifikasjoner:

- erfaring fra rusfeltet og/eller psykisk helsevern
- behersker norsk, skriftlig og muntlig
- personlig egnethet

Personlige egenskaper:

- du må være selvstendig, strukturert og ha gode samarbeidsevner
- du må kunne arbeide i overensstemmelse med verdigrunnlaget til SKBO
- du må ønske å jobbe i tverrfaglige team

A-Senteret kan tilby:

- et spennende og vidtfnende fagfelt i stadig utvikling
- kvalifiserte og engasjerte kolleger i et tverrfaglig miljø
- gode muligheter for faglig videreutvikling
- lønns- og arbeidsvilkår etter avtale
- pensjonsordning

Bjergvin DPS har ledig fast stilling som Psykologspesialist

Bjergvin distriktpsikiatriske senter (DPS) er ein fagleg sjølvstendig klinikk i Divisjon Psykisk helsevern, Haukeland universitetssjukehus. Senteret har ansvar for dei distriktpsikiatriske spesialisttenestene til bydelane Åsane og Arna i Bergen kommune, Osterøy kommune og kommunane i Nordhordland.

Bjergvin DPS er eit moderne lokalsjukehus med poliklinikk, ambulant verksemd, dag- og døgntilbod under felles fagleg leing. Hovudbasen ligg på Tertnes i Åsane, men har i tillegg ein avdeling i Nordhordland. Stillinga er knytt til Tertnes allmennpsykiatrisk døgnavdeling. C1 er ein veldreven allmennpsykiatrisk korttidseining med 15 sengeplassar (6 av sengene har 5 døgnsdrift). Vi har ei velkvalifisert og stabil gruppe med miljøpersonale. Senteret har eit høgt fagleg nivå med mange spesialistar tilsett.

Kontakt: Klinikkdirktør Fredrik Hiis Bergh eller Avdelingsoverlege Tone Tveit på telefon 55957000
Referansnr.: 2980693207 **Søknadsfrist:** 18.05.2016

Øyane DPS har ledig fast stilling som Psykologspesialist/psykiater som leiar for Akutt Ambulant Team

Øyane distriktpsikiatriske senter (DPS) betener kommunane Fjell, Sund, Øygarden og Askøy. Øyane DPS er lokalisert i flotte nye lokale på Straume, om lag 5 minuttars køyring frå Sotrabraua. Vi har eit godt tverrfagleg samarbeidsklima, godt arbeidsmiljø, brei kompetanse med rom for ulike terapeutiske fordjupingar og spesialkompetanse innan psykoedukasjon, relasjonelt orientert behandling, kognitiv terapi, traumebehandling, spiseforstyrningar, gruppebehandling og biologiske behandlingsmetodar.

AAT er tilknytt Allmenpoliklinikken som er bemanna med psykiatrar, psykologspesialistar, psykologar, sosionom og sjukepleiar. Vi ønsker oss ein engasjert og fagleg sterk leiar som kan stå i front i utvikling av AAT sitt tenestetilbod ved Øyane DPS og som kan bidra til å sikre høgast mogleg kompetanse nærast mogleg pasienten.

Kontakt: Ass.klinikkdirktør Anne Seim Grønningsæter, telefon 90778943
Referansnr.: 3016764761 **Søknadsfrist:** 15.05.2016



For meir info og søk stilling: www.helse-bergen.no/job



VEFSN KOMMUNE
- et steg foran

Postboks 560 - 8651 Mosjøen - Tlf. 75 10 10 00 - Faks 75 10 10 01
post@vefsn.kommune.no - www.vefsn.kommune.no

Felles visjon for vår virksomhet Modig - i utvikling, og dette beskriver deg som person. Våre forventninger til deg som ny medarbeider er knyttet til verdiene: Humør, Ansvarlig, Nysgjerrighet og Engasjement. Vi ønsker deg velkommen som søker!

Helse:
Psykolog/Psykologspesialist
Rus- og Psykiatritjenesten
Søknadsfrist 08.05.2016

Fullstendig annonse er å finne under ledige stillinger på www.vefsn.kommune.no Vi ønsker ikke henvendelser fra annonseselgere!

For alle stillinger gjelder;

- Vefsn kommune benytter elektronisk søknad, denne finnes på vår nettside: www.vefsn.kommune.no
- Ansettelse i kommunen skjer på de vilkår som til enhver tid går frem av gjeldende lover, reglement og tariffavtaler
- Søkere uavhengig av alder, funksjonsnedsettelse, livssyn eller kulturell bakgrunn oppfordres til å søke stillinger de er kvalifisert for iht. krav i stillingen.
- Vitnemål og attester blir ikke returnert
- Søkerlister blir offentliggjort

www.vefsn.kommune.no

frantz.no



Sykehuset Innlandet HF





Sykehuset Innlandet HF er Innlandets største kompetansebedrift med omlag 8500 ansatte. Hos oss får du arbeide sammen med flinke og engasjerte fagfolk. Vi er alltid på utkikk etter dyktige medarbeidere!

Divisjon Psykisk helsevern er den største divisjonen i Sykehuset Innlandet. Divisjonen består av sykehusene Reinsvoll og Sanderud, fem distriktpsikiatriske sentre (DPS), to barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikker (BUP) og en barne- og ungdomspsykiatrisk døgnavdeling. Divisjonen har totalt 325 senger.

Vi trenger din kompetanse

Divisjon Psykisk helsevern -
Barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk, Hamar
Psykologspesialist/psykolog
100 % fast stilling. Den som tilbys stillingen må kunne framlegge politiattest iht. Helsepersonellovens §20A.
(Ref.nr. 3026174355)

Kontakt: Ingvild Svenkerud Aasen, tlf. 481 76 067 eller
Ebba Dahlman, tlf. 476 26 428.

Søknadsfrist: 25. mai 2016

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



frantz.no



STATENS BARNEHUS
Et tverrfaglig kompetansehus

Oslo

STATENS BARNEHUS OSLO

Vi søker:

1 Psykologspesialist – barn og unge

SKO 1304, ltr. 74–76

En av våre psykologspesialister har takket ja til nye utfordringer. Vi søker derfor en dyktig og engasjert psykologspesialist. Psykologer som er i ferd med å fullføre sin spesialisering kan også komme i betraktning til stillingen.

Barnehuset er et tverrfaglig kompetansehus for barn og unge, samt voksne med en utviklingshemming, der det er mistanke om at de er utsatt for seksuelle overgrep, vold eller er vitne til vold. Politiet foretar avhør av disse gruppene ved Statens Barnehus Oslo. Det er vår oppgave å medvirke til at barns rettssikkerhet styrkes, samt å påse at Stortingets hovedintensjon om å sette barnet i sentrum blir fulgt.

Psykologspesialisten vil bli en av 21 behandlere, hvorav 3 er psykologspesialister og 18 er seniorrådgivere med klinisk kompetanse. En sentral arbeidsoppgave er å gi målgruppen oppfølging og behandling. Samtidig er fagutvikling og undervisning viktige oppgaver ved Statens Barnehus Oslo.

Statens Barnehus Oslo er en del av Oslo politidistrikt. For fullstendig utlysning, se www.politijobb.no og finn.no. Søknadsfrist: **17. mai 2016**

Kontakt:

Daglig leder: Astrid Johanne Pettersen, tlf. 22 70 56 60 / 959 34 486
Psykologspesialist: Vibeke Silseth, tlf. 22 70 56 66



Lyngdal
kommune

Lyngdal kommune er en vakker sørlandskommune og et geografisk og kommunikasjonsmessig knutepunkt i Vest-Agder. Kommunegrensene strekker seg fra heiområdene, over fine ferskvannsområder, ned til brytende bølger og lange sandstrender i en 90 km lang kystlinje. Kommunen har ca 8500 innbyggere, et aktivt idrettsmiljø og et spennende kulturtilbud.

Psykolog – barn og unge 100 % fast stilling

Vår kommunepsykolog går over i en annen stilling og vi har ledig fast stilling som psykolog/psykologspesialist.

Vi søker etter deg som med din psykologfaglige kompetanse kan være med å styrke vårt tverrfaglige tilbud til barn, unge og voksne og tilbyr blant annet muligheter for å kunne påvirke stillingen og delta i spennende utviklingsarbeid.

Fullstendig stillingsannonse og lenke til søknadsskjema: www.lyngdal.kommune.no

Søknadsfrist: 16.05.16.





Sarpsborg
kommune

Psykolog – 100 % fast stilling i Enhet forebyggende tjenester – Sarpsborg kommune

Se fullstendig utlysningstekst på
Sarpsborg kommunes nettsider,

www.sarpsborg.com

 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.

Grorud DPS, seksjon for gruppeterapi Psykologspesialist


Vi søker en engasjert psykologspesialist som ønsker å være med å videreføre og videreutvikle behandlingstilbudet ved seksjonen.

Spørsmål vedrørende stillingen kan rettes til Beate Braanen, psykologspesialist, tlf. 412 35 622.


Referansenr: 3040619344

Søknadsfrist: 22. mai 2016

Les mer om stillingen på www.ahus.no

www.ahus.no 

frantz.no

 Oslo universitetssykehus

Psykologspesialist - nevropsykologi

Avdeling fysisk medisin og rehabilitering - Ullevål

Stilling for psykologspesialist/psykolog med kompetanse innen nevropsykologi er ledig fra 1/9-16, ved Avdeling for fysisk medisin og rehabilitering - Ullevål. Avdelingen har en egen fagseksjon for nevropsykologi.

Stillingen vil omfatte nevropsykologisk vurdering av pasienter med traumatiske og andre ervervede hjerneskader, samt utredning av et bredere spekter av pasienter med mistanke om hjerneorganiske tilstander.

Kontaktinfo: Tonje Haug Nordenmark, tlf. 480 35 430, e-post tofoss@ous-hf.no.

Ref.nr. 3026472370 **Søknadsfrist: 10. mai 2016**

For fullstendig annonse se: www.oslo-universitetssykehus.no

Oslo universitetssykehus er lokalsykehus for deler av Oslos befolkning, regionssykehus 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.

frantz.no

Helse Møre og Romsdal HF er eit helseføretak under Helse MidtNorge RHF og har ansvaret for den offentlege spesialisthelsetenesta i Møre og Romsdal. Verksemda omfattar sjukehusa i Volda, Ålesund, Molde og Kristiansund samt fleire omliggande institusjonar. Helseføretaket har omlag 4200 årsverk fordelt på 6500 tilsette, og gir eit differensiert tilbod innan dei fleste fagfelta i somatikk og psykisk helsevern. Vår visjon er å vere «På lag med deg for helsa di». Les meir om oss på www.helse-mr.no

DPS Kristiansund poliklinikk

Klinikk for psykisk helsevern

Psykolog/psykologspesialist

Det er ledig fast 100 % stilling som psykolog/psykologspesialist ved DPS Kristiansund poliklinikk.


Ref. nr.: 2016/575

Kontaktinformasjon:
Tor Nygaard, seksjonsleiar, tlf. 71 12 33 35 / 991 67 650,
Tor.Nygaard@helse-mr.no eller Anne Dorthea Holtan, psykologspesialist/teamkoordinator, tlf. 71 12 33 35,
anne.dorthea.holtan@helse-mr.no

Søknadsfrist: 22. mai 2016

Søknad blir sendt elektronisk via www.helse-mr.no - der du òg finn fullstendig utlysningstekst.

Attestar og vitnemål må scannes og sendes som vedlegg sammen med søknaden.
Vi ønskjer ikkje kontakt med annonseselarar.

 HELSE MØRE OG ROMSDAL

frantz.no

Helse Møre og Romsdal HF er eit helseføretak under Helse MidtNorge RHF og har ansvaret for den offentlege spesialisthelsetenesta i Møre og Romsdal. Verksemda omfattar sjukehusa i Volda, Ålesund, Molde og Kristiansund samt fleire omliggande institusjonar. Helseføretaket har omlag 4200 årsverk fordelt på 6500 tilsette, og gir eit differensiert tilbod innan dei fleste fagfelta i somatikk og psykisk helsevern. Vår visjon er å vere «På lag med deg for helsa di». Les meir om oss på www.helse-mr.no

BUP poliklinikken

Klinikk for barn og unge

Psykolog/psykologspesialist

Vi har ledig 100 % vikariat for psykologspesialist/psykolog med start 15.06.2016. St. nr. 2016/2084.

Avdelinga har eit breitt samansett og spanande fagmiljø som gir differensierte polikliniske behandlingstilbod til barn, unge og deira familier i kommunane på Sunnmøre.

Kontaktperson: Kari Standal, seksjonsleiar, tlf. 70 05 85 70

Søknadsfrist: 27. mai 2016

Søknad blir sendt elektronisk via www.helse-mr.no - der du òg finn fullstendig utlysningstekst.

Attestar og vitnemål må scannes og sendes som vedlegg sammen med søknaden.
Vi ønskjer ikkje kontakt med annonseselarar.

 HELSE MØRE OG ROMSDAL

frantz.no

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

Helse Vest RHF

100 % avtaleheimel i klinisk psykologi i Bergensområdet

100 % avtaleheimel for godkjend spesialist i klinisk psykologi i Bergensområdet er ledig frå 01.01.2017.

Søklarane må ha spesialkompetanse i forhold til hørselshemma (døve, døvblitte, tunghørte, døvblinde og deira pårørande, deriblant vaksne høyrande med døve foreldre).

Sentrale moment i vurdering av søklarane vil mellom anna vere:

- erfaring og praksis, medrekna erfaring som spesialist
- innretning av praksis
- eigenskapar for heimelen
- 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 4.1 i rammeavtalen. Avtalespesialisten skal ha eit nært fagleg samarbeid med Regionalt senter for hørsel og psykisk helse i Helse Bergen om oppgåvefordeling og for å sikre gode pasientforløp. Avtalespesialisten skal også i et visst omfang kunne ta imot pasientar som blir tilvist frå Regionalt senter for hørsel og psykisk helse i Helse Bergen. 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.

Spørsmål om praksisen kan rettast til Sissel Marit Grønlie, tlf. 909 11 348.

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.



STRAND KOMMUNE

Strand er den største kommunen i Ryfylke med ca. 12.500 innbyggere. Folketall og næringsliv er i god vekst. Om noen år blir det tunellforbindelse via Ryfast til nabokommunen Stavanger. Jørpeland er kommune- og regionsenter.

Psykolog/Pedagogisk-psykologisk rådgiver (fast stilling/vikariat)

PPT Midt-Ryfylke

Fullstendig utlysningstekst og elektronisk søknadsskjema finner du på www.strand.kommune.no

Søknadsfrist: 16.5.16

Kommunepsykolog

Vi søker psykolog med spesialistgodkjenning til 100% fast nyopprettet stilling som kommunepsykolog. Stillingen organiseres i rådmannens stab sammen med kommuneoverlegen. Psykologen vil arbeide tett med seksjon Helsestasjon for barn og unge og avdeling for psykisk helse og rus.



KONGSBERG
KOMMUNE

Vi søker deg som har god relasjonskompetanse og er engasjert i teamarbeid og gruppeprosesser. Gode samarbeidsevner og interesse for tverrfaglig samarbeid og evne til faglig refleksjon vektlegges.

Kontakt kommuneoverlege Frode Hagen, tlf. 48166503 eller seksjonsleder Sidsel Johnsrud, tlf. 48166504 for nærmere informasjon om stillingen.

Søknadsfrist 10.mai 2016

Kontaktinformasjon, full utlysningstekst og elektronisk søknadsskjema finnes på: www.kongsberg.kommune.no





Surnadal kommune

SURNADAL KOMMUNE har ledig:

100 % fast stilling som kommunepsykolog / psykologspesialist

For meir informasjon og elektronisk søknadsskjema viser vi til heimesidene våre:
www.surnadal.kommune.no

Søknadsfrist: 22. mai

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

Sykehuset Levanger

Barn- og familieklinikken (BFK)
Familiebehandlingsenheten, BUP har ledig stilling:

Psykologspesialist / psykolog

- 100 % stilling fast - tiltredelse snarest
- referansenr: 2982939007

Kontakt: Seksjonsleder Ingunn Helmersberg,
tlf. 74 09 82 58 / 952 40 276

Søknadsfrist: 24. mai 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.



HELSE NORD-TRØNDELAG

Nordlandssykehuset HF har følgende stillinger ledig:

Vesterålen DPS

Psykologspesialist

- 100 % fast stilling.

Arbeidsoppgaver

- Psykologenes primære oppgave er utredning og behandling av pasienter med psykiske lidelser.
- Våre spesialister bidrar forøvrig til å kvalitetssikre inntak, diagnostikk, behandling, veiledning, undervisning og forbedringsarbeid i avdelingen.
- Samarbeid med førstelinjetjenesten og øvrige avdelinger i klinikken er en naturlig del av vår arbeidshverdag.

Noe reisevirksomhet må påregnes.

Du må ha norsk godkjenning som spesialist i klinisk voksenpsykologi.

For nærmere opplysninger kontakt Tony Bakkejord, avdelingsleder, tlf. 997 96 568.

Søknadsfrist: 16. mai 2016

Fullstendig utlysning og elektronisk søknadsskjema:
www.nlsh.no

 **NORDLANDSSYKEHUSET**
NORDLÄNDA SKIPPJVIESSO



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.

Seniorspesialist- psykologspesialist/psykiater

Avdeling for depressive lidelser

Avdelingen har ledig 100 % fast stilling for psykologspesialist/psykiater med seniorkompetanse innen psykodynamisk psykoterapi. Mulighet for deltidsstilling. Tiltredelse etter avtale.

Kontakt:

Avdelingsleder Kari Nedberg,
tlf. 32 74 97 00.

Søk elektronisk via
www.modum-bad.no



Her finner du også fullstendig utlysningstekst.

Søknadsfrist: 18. mai 2016

www.modum-bad.no

**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
Maria Dreier Ludiaros
klu045@gmail.com
977 16 288

Buskerud
Aksel Lindstad
aksel.lindstad@gmail.com
984 17 100

Finnmark
Andrew Sak
Andrew.Sak@
tana.kommune.no
464 00 369

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 Overland
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 Larssen, 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

SPESIALITETSRADET

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

FAGUTVALGENE**Felleselementene**

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

Barne- og ungdomspsykologi

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

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

Eldrepsykologi

Minna Hynninen, leder,
e-post minna.hynninen@psyk.uib.no, tlf. 404 53 564

Psykoterapi

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

Voksenpsykologi

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

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

Arbeidspsykologi

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

Samfunn- og allmennpsykologi

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

Klinisk helsepsykologi

Borrik Schjødt, leder,
e-post borrik.schjodt@helse-bergen.no, tlf. 990 27 309

GODKJENNINGS-UTVALGET

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

ANKEUTVALGET FOR SPESIALISAKER

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

FAGUTVALG FOR RETTSPSYKOLOGI OG SAKKYNDIGHET

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

STUDENTPOLITISK UTVALG

Rikke Pauline Sandvik, UiT, leder, e-post rikkepsandvik@gmail.com,
tlf. 905 74 666

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 Dyrhovd, 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 Ogden, 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 spesialistoppagve.

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:
18.05, 16.06, 18.07, 18.08, 19.09, 18.10, 18.11

