



PSYKOLOGI

Vol.53 nr.6 2016

Medisinfritt behandlingsløp

Nå-intervjuet

ETTER FLUKTEN

Psykisk helse
hos flyktninger
og asylsøkere

*Vitenskapelig artikkel,
fra praksis og debatt*

Høyr meg og sjå meg!

Barns røyst ved
vold i familien

Vitenskapelig artikkel

ISSN 0332-6470



9 770332 647006

*Bendik
Kaltanborn*

PSY KOL OGI

Vol. 53 **nr. 6** 2016

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

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

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

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

Redaksjonen redaksjonen@psykologtidsskriftet.no

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

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

Markedskonsulent Winnie Engevold

Sentralbord 23 10 31 30

Redaksjonsråd Marianne Hansen, Nasjonalt
kunnskapssenter om vold og traumatisk stress

Joar Halvorsen, Nidaros DPS

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.

Teorifattigdom

«**FOR SNART TI ÅR SIDEN** skrev jeg en bok om moderne sosiologisk teori. Den trenger jeg ikke revidere, for ingen nye teoretiske synteser har kommet til. Det er også slutt på de store teori-debattene», skrev Gunnar Aakvaag i Morgenbladet 15. april. Mens metodeutviklingen i samfunnsvitenskapene har hatt sunne vekstvilkår siden årtusenskiftet, har teoriutviklingen vært nær fraværende. Det er liten grunn til å tro at det er stort annerledes i psykologien.

Dagens unge forskere er datasamlere innenfor rammene av etablerte prosjekter, der stein legges på stein, alt etter en forhåndsbestemt plan. Mens klinikere helst skal bygge sin praksis på evidens fra RCT-studier. Det er lite galt i solide data og metoder. Men teorier – enten de er store eller små – gir nye vinklinger til å forstå og forklare våre liv. Ja, kanskje er det slik at vi trenger stadig nye teorier for å skape nødvendige bevegelser i terapirommet, forskningen og samfunnet.

På forelesning for snart tjue år siden fortalte Hanne Haavind om hvordan språket i terapirommet må evne å overraske, utvide forståelsen, gi endring. Hun viste til hvor revolusjonerende psykoanalysens språk og praksis opprinnelig må ha vært, men at innsiktene fra psykoanalysens begreper trolig ble redusert i takt med deres inntog i populærkulturen.

I dag møter kognitiv atferdsterapi en lignende utfordring. Tom J. Johnsen og Oddgeir Friborgs metastudie forteller at effekten av kognitiv atferdsterapi mot depresjon er halvert i løpet av 30–40 år (se nr. 8/2015 for en oppsummering av funnene). Hanne Weie Oddli forklarer i februarutgaven effektsvekkelsen nettopp med

at «Når kognitiv terapi får mye omtale, lærer folk seg kanskje såpass mye om denne tankegangen at effekten av metoden *i terapi* ikke vil bli så stor». Når Onkl P & De fjerne slektningene på tre minutter sammenfatter den kognitive forståelsen av psykiske helseplager i «Styggen på ryggen», forteller dette om hvor sentralt kognitive forklaringsmodeller står i vår tids selvforståelse, men også at kraften i det kognitive begrepsapparatet ikke lenger tilhører terapirommet alene.

Skal effekten av terapi opprettholdes, trenger vi derfor nyutvikling for å tilpasse teorien til tidsånden og opprettholde dens relevans for stadig nye brukere, mener Oddli. En teorifattig psykologi står altså i fare for å miste sin relevans. Et botemiddel kan da være å trene seg opp i teoretisering, slik sosiologen Richard Swedberg foreslår. For dette er en praktisk ferdighet på linje med metode.

Vi trenger teorier, og vi trenger å kunne kritisere, utvikle, forkaste og anvende teoriene. I beste fall gir det mer effektiv behandling og et fag som kan bidra til flere sider ved samfunnsutviklingen. Og studentene virker enige. Det mangler kritisk tenkning i dagens studier, skriver Eir Torvik og Anniken Volden i et innlegg om medikamentell behandling (se side 466). Mens Trondheim-studentene innfører kulturpsykologiens forståelse på eget initiativ, slik at det teoretiske mangfoldet utvides.

Kanskje de unge kjenner at den psykologien de blir tilbudt på universitetene, mangler noe vesentlig, og at de finner en kime til noe nytt i sin søken etter andre teorier og forståelser, heller enn etter flere steiner til de gamles byggverk. Det er i så fall et sunnhetstegn. ✕



Bjørnar Olsen

Sjefredaktør

bjornar@

psykologtidsskriftet.no



En teorifattig psykologi står i fare for å miste sin relevans

422



FOTO: ALLAN RAMOS PIXABAY
FOTO: OLAV GAMST SÆTHER

PAKKEFORSKNING

Tidsskriftet har utfordret tre psykologiforskere til å uttale seg om pakkeforløp i psykisk helsevern.

– Pakkeforløpene må ikke defineres for snevert, mener førsteamanuensis Helene Amundsen Nissen-Lie.

Aktuelt

432/440/462



ETTER FLUKTEN

Ragnhild B. Lygre har undersøkt studier av PTSD-behandling hos flyktningbarn. I et fra praksis-bidrag skriver tre psykologer om hvordan de jobber med enslige mindreårige asylsøkere på omsorgssenter. I månedens hovedinnlegg problematiserer Mehdi Farshbaf og Linnea Näsholm psykologers rolle som portvoktere for innvandrere uten lovlig opphold.

Vitenskapelig artikkel, fra praksis og debatt

448

Den yogastillinga som vekker mest i oss, er «død manns stilling»

Øystein Verås, Fri assosiasjon

478



FOTO:KRISTIN SVORTE

FALSKE TILSTÅELSER

- Falske tilståelser skjer, og kan ha å gjøre med sårbare personers behov for å bli sett og få oppmerksomhet, uttaler jusprofessor Ulf Stridbeck.

Intervju og bokanmeldelse

Innhold

- 417 **Teorifattigdom**
Leder | Bjørnar Olsen
- 420 **Medisinfritt løp ble columbi egg**
Nå: Geir Lien | Nina Strand
- 422 **Forskerblikk på pakkeforløp**
Aktuelt | Per Olav Solberg
- 430 **Vanskelig å oppdrive praksisplasser**
Aktuelt | Per Olav Solberg
- 432 **Behandling av PTSD hos flyktningbarn**
Vitenskapelig artikkel | Ragnhild B. Lygre
- 440 **Å reise alene**
Fra praksis | Øien, Rosten & Frivold
- 448 **Å falle til ro**
Fri assosiasjon | Øystein Verås
- 450 **Høyr meg og sjå meg! Barns røyst ved vold i familien**
Vitenskapelig artikkel | Anna Margrete Flåm & Bjørn Helge Handegård
- 458 **Hjelp til å forstå de uforståelige**
Forskningsintervju: Inger Pauline Landsem | Nina Strand
- 461 **MENINGER**
Hovedinnlegg: Portvokter eller helsearbeider | Mehdi Farshbaf & Linnea Näsholm (s. 462)
Debutt: Diagnosekritikk (s. 466), Psykologutdanningen (s. 468), Familieterapi (s. 470), Brukerkritikk (s. 472), Utilregnelighet (s. 474)
Leseombudet: Open access er veien å gå | Espen Walderhaug (s. 475)
Perspektiv: Til ungdommen | Gerd Kristiansen (s. 476)
- 478 **INNTRYKK**
Forfatterintervju: Ulf Stridbeck | Øystein Helmikstøl (s. 478)
Anmeldelser: Om rettspsykiatriens utvikling og dilemmaer (s. 481), Stille styrke (s. 484)
- 486 **Kurskalenderen**
- 487 **Annonser**
- 492 **Stillingsannonser**

Medisinfritt løp ble columbi egg

Valget av medisinfrie behandlingsløp istedenfor en egen medisinfri avdeling bidro til den store oppslutningen om tilbudet i Helse Bergen, tror Geir Lien.

TEKST Nina Strand

– Hva innebærer egentlig et medisinfritt behandlingstilbud?

– Det vil si at vi tar i bruk andre terapeutiske virkemidler som vi vet virker.

– At en aldri skal bruke medikamenter?

– Nei, man skal ikke være så kategorisk. Det sentrale er en reell dialog mellom behandler og pasient, og at pasientens ønsker får konsekvenser for valg av behandlingsform. Noen ganger kan det være riktig å velge et medikamentfritt forløp. Samtidig er det lov for pasienten å ombestemme seg, slik at en justerer kursen hvis ting ikke fungerer. Vi vil at pasienten skal få et mest mulig optimalt tilbud, men det krever en utvidelse av det repertoaret vi har i dagens behandling. På den bakgrunnen valgte vi i Helse Bergen vekk det å ha én post dedikert til medisinfri behandling.

– Før vi går nærmere inn på det: Høie overlater til det enkelte helseforetaket å utforme et medisinfritt tilbud. Er det bra, eller er det ansvarsfraskrivelse?

– Det betyr frihet. Vi ser ikke det som noe problem. Dette har jo vært en lang prosess, der brukerne lenge ikke fikk gjennomslag for sine ønsker om medikamentfri behandling. Så kom departementet med klare krav i fjorårets oppdragsdokument til helseforetakene, og utfordringen lå på vårt bord. Nå er det viktig at modellene som skapes i helseforetakene blir kartlagt, og at det forskes på resultatene. Hos oss er det nedsatt en prosjektgruppe som skal lage en håndbok over tilbudet vårt. Vi skal også overvåke det som gjøres. Pasientene må snakkes med, og vi må sikre at tilbudet er faglig forsvarlig.

Hvorfor NÅ?

- Innen 1. juni i år skal alle regionale helseforetak i psykisk helsevern ha «minst en enhet/post i DPS øremerket for medikamentfri behandling/ nedtrapping av medikamentell behandling», krever Bent Høie.

- Tilbudet skal være utformet i nært samarbeid med brukerorganisasjonene.

- Geir Lien, spesialrådgiver i Divisjon psykisk helsevern Helse Bergen, har hatt en ledende rolle i utviklingen av et medisinfritt tilbud i Helse Vest.

– Brukerne er tiltenkt mye makt i utviklingen av dette tilbudet. Ser du utfordringer og dilemmaer med det?

– De finnes nok. Men hittil har vi i psykisk helsevern vært svært paternalistiske. Det er bare rett og rimelig at brukerne nå stiller krav. Det må vi godta og takle. Samtidig skal vi jo jobbe evidensbasert. Hvis pasienter krever noe vi mener ikke er bra, må vi gå i dialog med dem for å oppnå en felles oppfatning. Jeg mener behandlerne våre allerede har dette under huden. Vi har rutiner hvis noe går galt, men vi må ikke glemme oss bak rutinene våre i møtet med pasientenes ønsker.

– Ser vi et paradigmeskifte i psykisk helsevern nå?

– Det vet jeg ikke. Fortsatt vil nok medikamenter ha en rolle, særlig når det står på som verst. Men pasienter må bli informert både om fordeler og ulemper ved medisiner. Mange opplever bivirkninger som emosjonell avflatning eller vektøkning. Det er forståelig nok vanskelig å leve med. Derfor er presset fra brukerne om medisinfrie tilbud bra. Vi må ta det ønsket på alvor og tilpasse oss. Kanskje kan også medisinfrie tilbud bidra til å redusere tvang. I dag bruker vi altfor mye tvang, både ved innleggelse og som behandlingstiltak.

– Hvordan har dere i Helse Bergen organisert det medisinfrie tilbudet? Og hvorfor følger dere ikke Høies krav om en egen avdeling eller post øremerket til dette?

– Vi har tjuvstartet litt! Kronstad DPS har i nærmere ett år hatt et tilbud for unge nysyke med psykose, der tilbudet er basert på recove-



ENDRINGSVILLIG - Hittil har vi i psykisk helsevern vært svært paternalistiske. Det er bare rett og rimelig at brukerne nå stiller krav, sier Geir Lien. Foto: Katrine Sunde, Haukeland universitetssjukehus

ryperspektivet – med blant annet musikkterapi, fysisk aktivitet og jobbstøtte – og samarbeid med pårørende via flerfamiliegrupper. Da diskusjonen om egne poster for medisinfri behandling kom, var en del fagfolk kritiske. Basert på blant annet de gode erfaringene ved Kronstad endte vi hos oss med at *alle* DPS-er skulle ha et tilbud etter mal fra Kronstad. Vi skulle etablere medikamentfrie behandlingsløp, ikke én medisinfri post. Det var en befriende tanke, og avgjørelsen førte til at mange ansatte senket skuldrene.

– Hvorfor så befriende?

– Det var mange grunner. Diskusjonen i fagfeltet har handlet om faglig forsvarlighet, om aggresjon blant pasienter og om selvmordsfare. Men erfaringene fra psykooseforløpet på Kronstad, som inkluderer poliklinikk, dagavdeling, ambulant team og døgnavdeling, hadde jo vist oss at reell samhandling er mulig. Og at det å ta valg *sammen* med pasienten er mulig. Kronstad hadde også prøvd ut ulike terapiformer. De ansatte så derfor at vi kunne lage et medisinfritt forløp, og at vi allerede visste mye om hvordan. Samtidig mener vi at det å ha en øremerket post kan komme i strid med samhandlingen med kommunene: For hvordan skal en få til god oppfølging når pasienten kommer hjem – kanskje til et sted langt unna vår medisinfrie post? Vi valgte å vektlegge medisinfritt tilbud til unge med psykoselidelser, der vi skal ha et forløp i kontinuerlig samspill med kommunene. Dette er en modell vi skal prøve ut i tre år. I dialog med pasienten skal vi svare på behovet de har til enhver tid. I rolige perioder vil vi lage avtaler for perioder der faresignaler som dårlig søvn og uro kommer. Da kan vi tilby mer hjelp, eller kanskje en overnatting eller to.

– Har kommunene den kompetansen som trengs?

– Kanskje vil det ta litt tid å få alt på plass. Dette blir utfordrende, men også spennende. Vi i vest liker å være pragmatikere, og vi mener vi har tillit til hverandre og nødvendig takhøyde for å samarbeide.

– Departementet protesterer ikke mot at dere ikke skal ha en egen medisinfri avdeling?

– Nei. Nå mener jo vi at vi ivaretar politikerne og brukernes krav ved å lage et medisinfritt tilbud i nært samarbeid med brukerorganisasjonene.

– Hva slags profesjoner skal jobbe i det medisinfrie forløpet? Og vil dere ha ansatte med brukererfaring?

– Hovedsakelig blir det som før: psykiatere, psykologer og ansatte med treårig helseutdanning. Psykologene er viktige, de kan mest om ikke-medisinske tiltak. Så ser vi fra Kronstad at musikkterapi fungerer godt for mange. Vi vil få til et samspill her mellom forskning og praksisfeltet og prøve ut mulighetene. Ellers skal ansatte med erfaringskompetanse være en integrert del av tilbudet, og vi skal ansette flere. ✘





AKTUELT

Forskerblikk på pakkeforløp

Tre psykologiforskere forklarer muligheter og farer forbundet med de kommende pakkeforløpene i psykisk helse.



TEKST Per Olav Solberg

FOTO Erich Ferdinand/Flickr





Nyanserte forløp avgjørende for suksess

Pakkeforløpene må ikke defineres for snevert, mener Helene Amundsen Nissen-Lie.

- Å tenke at alle er noenlunde like innenfor en og samme diagnose er en total overforenkling og til og med uetisk

Helene Amundsen Nissen-Lie

- HVORDAN BØR pakkeforløpene utformes for å fungere best mulig for ulike psykiske lidelser? Hvilke lidelser bør eventuelt ikke inngå i pakkeforløp – og hvorfor ikke?

- Pakkene bør fungere som et rammeverk der pasienter med psykiske lidelser får et forutsigbart forløp, der både utredning og behandling inngår. Ingen diagnoser bør utelukkes etter mitt skjønn, men man må innse at komplekse lidelser og kombinasjoner av ulike diagnoser krever noe annet enn mer avgrensede tilstander. En ny amerikansk studie viser for eksempel at over 70 prosent av pasientene har komorbide tilstander.

- Hele poenget er at pakkene ikke må bli for snevert definert ut fra tankegangen 'én diagnose, én gitt behandlingsmetode, i et gitt tidsrom'. Diagnoser spesifiserer ikke en enkelt årsak som utelukker andre årsaker. La oss ta depresjon som eksempel: En av årsakene til lidelsen er at man har for lite serotonin i kroppen; i behandlingen gjelder det da å hemme reopptak i synapsene ved hjelp av SSRI-medikamenter. Depresjon kan også komme av maladaptivt tankemønster som påvirker selvfølelsen negativt. Da er ikke SSRI-medikamenter løsningen, men terapeutiske intervensjoner.

- Hva er de største fallgruvene og skrekkscenariene i et pakkeforløp?

- At pakkeforløpene blir for snevert definert, og at de ikke funnes i faglig oppdatert kunnskap. Å behandle én bestemt diagnose med én bestemt metode innenfor en på forhånd gitt tidsramme har for eksempel ikke noe grunnlag i forskningen. For helseministeren kan nok et skrekkscenario være mer byråkrati og organisering, og dermed økte kostnader, uten at behandlingsskvaliteten og brukertilfredsheten bedres.

- Hva bør være målet for et godt pakkeforløp: symptomfrihet eller bedre livskvalitet?

– Litt av begge deler: Mindre symptomtrykk og bedre relasjon til andre mennesker samt en styrket evne til å møte livets uunngåelige utfordringer på et senere tidspunkt. Et slikt mål krever selvsagt at man får et reelt behandlingstilbud, ikke bare utredning og deretter oppfølging av fastlege, som ofte er situasjonen i dag. Ideen om pakkeforløp har også potensial i seg til å sette psykoterapi på kartet for mange vanlige psykiske lidelser.

– *Pakkeforløpene skal blant annet gi pasientene bedre trygghet/forutsigbarhet og redusere ventetiden. Er forutsigbarhet en fellesfaktor som har terapeutisk effekt?*

– Å vite at man vil få hjelp av en fast behandler som man utvikler et behandlingsmål sammen med, er motiverende og kan absolutt ha en terapeutisk effekt. I tillegg er det gunstig å bli enige om hvordan man skal forstå symptomene, hva slags tiltak man skal bruke, og hva man kan forvente av et behandlingsløp. Men målene bør ikke bli «spikret» for tidlig, nye forhold kommer ofte frem og gjør at man må justere kursen underveis. Pakkene må ta høyde for dette.

– *Kan psykologer bli for opptatt av å gi nok tid til pasienten de har foran seg, og for lite opptatt av dem som står i kø og lider? Venter man for lenge før man avslutter, og kan pakkeforløpene avhjelpe dette?*

– Det er helt nødvendig for god behandling at man møter det mennesket man har foran seg, med oppriktig og genuin nysgjerrighet og et ønske om å forstå og hjelpe ham eller henne. Det betyr ikke at vi ikke bør kunne tenke: Har pasienten fått et godt nok tilbud nå, kan behandlingen avsluttes slik at man får kapasitet til å ta inn en ny? Dette blir lettere når man evaluerer behandlingen underveis, og også kommuniserer at vi ikke nødvendigvis skal kurere en sykdom, men gi bedret funksjon og livskvalitet. I psykiatriske poliklinikker er problemet ofte motsatt: Ansatte føler seg overbelastet og får dårlig samvittighet for at de ikke får gitt god nok behandling før de må avslutte og ta inn en ny pasient. Bemanningsøking i poliklinikker bør tenkes inn i pakkeforløpet.

– *Er god/langsom tid alltid en ressurs i en terapeutisk prosess, slik psykologer som jobber dynamisk, ofte hevder? Kan ikke nettopp knapphet på tid forsterke og intensivere en prosess – slik at både terapeut og pasient jobber hardere mot et mål og blir motivert?*

– Spørsmålet er fordomsfullt stilt, det finnes for eksempel varianter av korttids psykodynamisk terapi, og langvarig kognitiv terapi som blant annet jobber med underliggende skjemaer. Det man bør bestrebe seg på, er å gi hver pasient nok tid, men av hensyn til andre pasienter ikke lengre tid enn nødvendig. Et godt designet pakkeforløp bør derfor ikke spesifisere innhold i for stor grad, men gi retningslinjer og rammer for å kunne gi god behandling med så stor forutsigbarhet som mulig. Her har vi gode retningslinjer og en prinsipperklæring allerede som med hell kan løftes frem.

– *Hva tenker du om brukermedvirkning i et pakkeforløp?*

– Den er viktig. Pasient og behandler bør ha anledning til å evaluere prosessen underveis og endre kurs når det er nødvendig. Bare det å stille spørsmålet med jevne mellomrom er nyttig: Føler du vi er på rett spor her? Vi vet fra forskning at utfallet av psykoterapi bedres når man har fokus på dette.

– *Kan man se på pakkeforløpene som kun et logistisk virkemiddel som bidrar til mer forutsigbarhet for pasienten og systemene rundt, uten at det trenger å gå utover kvaliteten i selve behandlingen?*



Helene Amundsen Nissen-Lie er psykologspesialist og førsteamanuensis ved Psykologisk institutt ved Universitetet i Oslo. Hennes faglige interesser er blant annet psykodynamisk terapi, generelle endringsmekanismer i psykoterapi og terapeutisk relasjon/allianse.
Foto: Ola Gamst Sæther

– Absolutt! Det kan løfte frem behandling og sikre kvalitet, men dersom pakkeforløpene blir for snevert definert og man skjærer alle med samme diagnose over én kam, kan man risikere at ingen får særlig god behandling.

– *At det finnes klare og tydelige diagnoser for ulike lidelser virker som en slags forutsetning for tankegangen rundt pakkeforløp. Samtidig er Helsedirektoratet klare på at de ønsker et fleksibelt system der det kliniske skjønnet ivaretas. Ligger det en potensiell motsetning her?*

– Å tenke for diagnostisk er en klar felle man kan gå i her. Empirien gir ikke dekning for å sette sammen pakker ut fra tankegangen om at én diagnose gir pasienten rett til én gitt behandlingsmetode i et gitt antall behandlingstimer. Å tenke at alle er noenlunde like innenfor en og samme diagnose er en total overforenkling og til og med uetisk. Diagnoser kan beskrive et sett av symptomer som kan høre sammen, og som ofte gjør det. Men diagnosen sier ingenting om årsak og gir ingen klar retning med tanke på behandlingsmetode.



Kan bli motarbeidet innenfra

Roger Hagen mener pakkeforløp kan gjøre livet bedre for brukerne, men er urolig for at forløpene ikke blir implementert i praksis.

– Pakkeforløpene kan komme til å bli motarbeidet innenfra og ikke bli brukt i praksis

Roger Hagen

– **VI HAR** allerede noe som minner om pakkeforløp i psykisk helsevern, sier Hagen og viser til de såkalte Nasjonale faglige retningslinjene som er utarbeidet for ulike psykiske lidelser og forvaltes av Helsedirektoratet.

– Problemet er at kunnskapen som ligger i disse retningslinjene, ikke er systematisert og implementert godt nok. Det blir skrivebordsdokumenter som ikke får praktiske konsekvenser. Pakkeforløp kan gjøre det mulig å få satt i system noen av de planene som har ligget der lenge, og som kan gi mer lik behandling, uavhengig av hvor pasientene bor i landet. I dag er det også tilfeldig hvor god behandling pasientene får, da psyko-logens/behaviorerens teoretiske preferanser er viktigere enn pasientens problematikk, mener Hagen.

Et vellykket pakkeforløp bør innebære stor grad av transparens og at pasienten selv har reell innflytelse over behandlingssituasjonen, mener Hagen:

– All forskning tyder på at pasienten har svært liten innflytelse over hvilken behandling han eller hun får. Det er liten brukermedvirkning i praksis. Vi psykologer kam oppfattes som litt arrogante når vi påstår at vi vet best hva pasienten trenger. Brukerne har mye mer kunnskap om sin situasjon og sin psykiske helse nå enn for bare få år siden. Tilgangen til informasjon og kunnskap gjennom nettet er enorm, og det gjør pasientene langt mer bevisste. Jeg tror brukere er langt mer mottakelige for pakkeforløp og en viss grad av standardisering enn profesjonen selv. Mange psykologer ser på pakkeforløp som en tvangstrøye heller enn et hjelpemiddel. Jeg tror dette er en misforståelse og en av årsakene til at pakkeforløp har vakt mye motstand, uten at man egentlig vet hva pakkeforløp vil innebære.

– *Helseminister Bent Høie snakker om pasientenes helsetjenester og ser på pakkeforløp som en del av denne utviklingen, slik du er inne på. Men er det ikke en reell fare for at pendelen svinger for langt den andre veien, og at brukerne får for mye makt og innflytelse over sin egen psykiske helse?*

– Nei, det tror jeg ikke. At pasienten får mer innflytelse, betyr ikke at han eller hun ikke skal lytte til behandleren. Samarbeid og dialog om behandlingsform er poenget her – og at man kontinuerlig og i fellesskap kan evaluere det man gjør, og endre kurs hvis behandlingen ikke fungerer. Altfor lenge har psykologer kunnet drive den behandlingen de mener er best, uten at det gir den ønskede effekten på det som pasienten strever med. Det jeg håper kan skje som en konsekvens av pakkeforløpene, er at pasienter i større grad kan etterprøve behandlingstilbud eller behandlere som ikke har gitt pasienten god nok behandling i tråd med retningslinjer eller det som er beskrevet i pakkeforløp.

– *Du har jobbet mye med psykoser. Helsedirektoratet foreslår å prioritere pakkeforløp for denne pasientgruppen. Er det en god idé?*

– Absolutt. Jo mer komplekse og alvorlige lidelsene er, desto mer velegnet mener jeg pakkeforløp er: Psykose, bipolare lidelser og alvorlig personlighetsforstyrrelse kan være godt egnet for pakkeforløp, og kanskje også pasienter som sliter med alvorlig rusproblematikk. Psykoselidelser er velegnet å starte med fordi det finnes gode nasjonale retningslinjer for denne pasientgruppen fra før, og som på papiret ser ut som pakkeforløp, sier Hagen.

FALLGRUVENE

Selv om Hagen ønsker pakkeforløpene velkommen, er han langt fra sikker på om de vil fungere etter intensjonen. Mye kan gå galt:

– Pakkeforløpene kan komme til å bli motarbeidet innenfra og ikke bli brukt i praksis. Vi har sett en massiv motstand mot pakkeforløp fra psykologstanden i debatten som har pågått det siste året. Dette har utviklet seg til å bli en ideologisk kamp, i forlengelse av NPM-debatten, som handler om motstanden mot enda mer styring og rapportering. Fra før vet vi at de nasjonale retningslinjene for ulike psykiske lidelser ikke er godt nok implementert i helseforetakene. Jeg er redd noe av det samme kan skje med pakkeforløpene.

– En annen fallgrube er byråkratiseringsfellen. En ny helsereform innebærer nye måter å gjøre ting på. Helt avgjørende her er kort vei og tid fra »



Roger Hagen er spesialist i klinisk voksenpsykologi og førsteamanuensis ved Psykologisk institutt ved NTNU i Trondheim. Hagen er mest fokusert på behandlingstilnærmingene kognitiv atferdsterapi og metakognitiv terapi.

Foto: Privat

pasienten tar kontakt med fastlegen, til vedkommende, hvis det er nødvendig, er i gang med et pakkeforløp. Skrekkscenariet er at utredningsfasen tar for lang tid, og at det tar lengre tid enn i dag før pasienten kommer i behandling. Jeg kan også være bekymret for om pakkeforløpene vil bli evaluert godt nok etter at de er tatt i bruk. Virker de? Hva må eventuelt endres? Har pasientene reell innflytelse over behandlingen? Denne typen spørsmål må reises kontinuerlig, mener Roger Hagen.



Kronikernes helsetjeneste

Psykologspesialist Jørgen Sundby slår et slag for kronikerne og håper pakkeforløpene kan gjøre livet bedre for disse pasientene.

– Å være alvorlig psykisk syk er nærmest å anse som en funksjonshemning

Jørgen Sundby

SUNDBY ER I utgangspunktet skeptisk til pakkeforløp i psykisk helsefeltet og mener den kommende reformen er for dårlig vitenskapelig fundert og i for stor grad basert på synsing. Han er likevel med på premissene for intervjuet: å tenke konstruktivt rundt pakkeforløp.

Sundby jobber ved Universitetsklinikken i Tromsø, der det er mer fleksible rammer knyttet til terapiforløp og pasienter enn hva tilfellet er ved en poliklinikk. Dette påvirker også hvordan Sundby tenker rundt pakkeforløpenes utforming.

– Jeg er opptatt av kronikerne. Brukere som har behov for noen timer terapi nå og da, når de virkelig fungerer dårlig, og som ikke har behov i mindre dårlige perioder. Dette er pasienter som må lære å leve med sykdommen sin, men som likevel kan ha utbytte av og behov for terapi. Siden jeg jobber ved en universitetsklinikk, kan jeg følge opp denne typen pasienter når de trenger det, selv om det går lang tid mellom hver gang de henvender seg. Iblant kan en telefonsamtale være nok. Pakkeforløp bør legges opp slik at kronikerne lett kan komme til behandling når de trenger det, og til den samme terapeuten, som de har en relasjon til og allianse med, sier Sundby.

Dette utgangspunktet gjør også at Sundby er langt mer opptatt av hvordan forholdet mellom terapeut og pasient påvirker et terapiforløp, enn hvilken evidensbaserte terapimetode som benyttes.

– Skal behandlingen fungere, er det avgjørende at brukeren selv opplever at behandlingen virker. Da er en god allianse med terapeuten avgjø-

rende. Dette er noe av det jeg liker best i intensjonen om pakkeforløpene: at brukerne vil få større innflytelse over behandlingen og kan påvirke og evaluere prosessen i større grad enn i dagens psykisk helsevern, sier Sundby, som i likhet med Roger Hagen mener at for mye terapi foregår på psykologens premisser.

– Det kan strammes vesentlig inn på rammene for et terapiforløp. I dag er det i for stor grad opp til den enkelte behandler hvor lenge man skal holde på, uten at prosessen evalueres underveis, mener Sundby.

PROBLEMET MED SPESIALISTHELSETJENESTEN

Sundby har tidligere jobbet mye innenfor rehabilitering. I denne delen av helsesektoren er det opplest og vedtatt at man må være tilgjengelig for brukerne når de har behov for det.

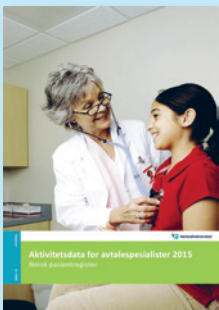
– Modellene fra rehabilitering, der systemtenkning og jobbing over lang tid er noe av essensen, kunne også vært brukt i den tunge psykiatrien. Å være alvorlig psykisk syk er nærmest å anse som en funksjonshemming. I dag blir denne typen kronikere svingdørspasienter i spesialisthelsetjenesten, der de får noen få timer behandling uten oppfølging i etterkant. Jeg mener ikke at disse pasientene skal gå i kontinuerlig behandling, men at det skal være lett å komme til behandling når de trenger det, og til en behandler som kjenner dem og har en god relasjon til dem. Spesialisthelsetjenesten i psykisk helsevern har nok i altfor stor grad lent seg til den medisinske modellen, som ikke fungerer like godt på psykisk helse. Kronisk psykisk syke må få hjelp til å lære å leve med sykdommen sin. Spesialisthelsetjenesten bør organiseres slik at disse pasientene får det enklere. Her håper jeg pakkeforløpene kan bidra, sier Sundby. ✕



Jørgen Sundby er psykologspesialist ved Institutt for psykologi ved Universitetet i Tromsø. Sundby har blant annet forsket på psykisk helse hos barn og unge med lavt evnenivå og på problematisk skolefravær i ungdomsskolen. Foto: Privat

Nesten 35 000 pasienter i året

Psykologer med avtalehjemmel behandlet rundt 34 800 pasienter i fjor.



Dette tallet kommer fram i rapporten «Aktivitetsdata for avtalespesialister 2015» som Norsk pasientregister har utarbeidet. Totalt utgjorde avtalespesialistenes aktivitet innen psykisk helse 22 prosent av den totale polikliniske aktiviteten, ifølge den samme rapporten.

Det var totalt registrert 759 avtalespesialister innen psykisk helsevern i 2015 og disse behandlet nesten 51 000 pasienter til sammen. Det betyr at hver psykolog/psykiater i gjennomsnitt behandlet 67 pasienter hver i året. Hver pasient hadde i gjennomsnitt mellom 12 og 13 konsultasjoner hos den aktuelle psykolog/psykiater.

Statistikken viser også hva slags diagnose pasientene ble behandlet for, basert på ICD-10: Tilpasningsforstyrrelser og reaksjon på alvorlig belastning utgjorde 23 prosent av pasientene, mens andre angstlidelser og depressiv episode utgjorde henholdsvis 15,4 og 13,9 prosent hver. 10 prosent av pasientene kom til behandling på grunn av tilbakevendende depressiv episode, mens andelen pasienter med personlighetsforstyrrelser var 3,5 prosent. Det er også store regionale forskjeller i bruk av avtalespesialister innen psykisk helsevern. Helse Midt-Norge og Helse Nord hadde lavest forbruk av avtalespesialister.

VANSKELIG Å OPPDRIVE PRAKSISPLASSER

Helseforetakene plikter å ta imot psykologistudenter til forpraksis, men nøler med å ta dem imot. – Problemet har tiltatt de siste årene, sier professor Trine Waaktaar.

TEKST OG FOTO Per Olav Solberg

TEORI OG PRAKSIS skal følge hverandre. Det er noe av essensen ved profesjonsutdanningen i psykologi ved de norske universitetene. Det er også vesensforskjellen mellom den norske utdanningen og masterutdanningene ved utenlandske universiteter.

Hvert semester har Psykologisk institutt ved Universitetet i Oslo behov for 180 praksisplasser ved helseforetakene i Helse Sør-Øst. 120 plasser er dedikert forpraksisplasser i barne- og ungdomspsykologi, mens de siste 60 er plasser til hovedpraksis.

FÅR OFTE NEI

– Hovedpraksis kommer sent i studiet, og disse plassene er relativt enkle å få fylt opp. Studentene oppleves da som ressurser ved helseforetakene og kan avlaste driften. Problemet er forpraksisplassene, sier Waaktaar, som er professor og utdanningsleder ved instituttet. Disse plassene er utredningspraksiser hvor studentene skal være tre timer ti ganger i spesialisthelsetjenesten (DPS eller BUP).

– Vi må bruke mye ressurser internt på instituttet for å ordne disse praksisplassene. Det sitter en person hos oss og kontakter DPSer og BUPer i Helse Sør-Øst og spør om de er villige til å ta imot noen studenter. Oftere og oftere er svaret vi får et nei, og problemet er aller størst ved BUPene. Til neste semester mangler vi en tredel av forpraksisplassene her, til tross for intenst arbeid med å få plassene i havn. Dette er en uholdbar situasjon, sier Waaktaar.

IKKE VRANGVILJE

– *Hva mener du er årsaken til det økte problemet?*

– Jeg tror det kan ha å gjøre med økte produktivitetskrav i spesialisthelsetjenesten. Det



ANSVAR Trine Waaktaar synes ikke Helse Sør-Øst tar nok ansvar for å skaffe til veie forpraksisplasser.

er nok vanskelig både for ledere og ansatte å prioritere opplæring og veiledning av studenter når timeplanen allerede er full og vel så det. Jeg tror ikke det handler om vrangvilje, men mer om å få hverdagen til å gå opp, sier Waaktaar, som nå jobber med å få løftet problemstillingen om praksisplasser opp på et mer overordnet nivå.

– Det er ikke rasjonelt at vi på instituttet skal ringe rundt for å få plassene i havn. En bedre modell hadde vært at ledelsen ved Helse Sør-Øst i samarbeid med oss lager gode avtaler om antall plasser og plassering i spesialisthelsetjenesten. Vi jobber med dette nå, men vi ser allerede at det er en utfordring for institusjonene å forplikte seg til å ta imot våre studenter – til tross for at loven om spesialisthelsetjenesten er tydelig på at helseforetakene skal sørge for at behovet for opplæring av studentene blir dekket, sier Waaktaar.

Psykologtidsskriftet vil følge opp saken i juliutgaven.

Nøkkeltall:

Flyktnings situasjonen i verden

Man må tilbake til andre verdenskrig for å finne like mange mennesker på flukt.

I 2014 flyktet 3,2 millioner mennesker over en landegrense. Totalt var 59,5 millioner mennesker på flukt i 2014. De fleste flyktninger er internt fordrevne, det vil si at de er på flukt i sitt eget land. Antall internt fordrevne i verden er 38,2 millioner, mens antall mennesker som har krysset en landegrense, er 21,3 millioner. Det var 8,3 millioner flere flyktninger i 2014 enn året før. Halvparten av verdens flyktninger er barn.

Årsaken til høye flyktingtall er blant annet konfliktene i Syria, Irak og Sør-Sudan.

Flyktinghjelpen overvåker flyktnings situasjonen i 60 land, og fant i 2014 at 90 prosent av de internt fordrevne flyktingene har vært på flukt i ti år eller mer. Mange i denne gruppen legger på flukt flere ganger, før de ender opp som flyktninger i andre land.

Kilder: www.fn.no og www.flyktinghjelpen.no



Flyktninger har betydelig økt risiko for å få schizofreni

Sjansen for å utvikle ikke-affektiv psykose øker betydelig hvis man er flykting, viser ny studie.

En svært omfattende svensk studie viser at flyktninger har nesten tre ganger så stor risiko for å utvikle psykotiske lidelser sammenlignet med den svenske befolkningen for øvrig. Det er også store risikoforskjeller mellom flyktninger og andre asylsøkere: *Flyktninger* som fikk innvilget asyl i Sverige, hadde 66 prosent større sjanse for å utvikle psykotiske lidelser sammenlignet med andre asylanter, ifølge studien. Eneste unntak er flyktninger og andre asylsøkere med opprinnelse sør for Sahara. Mellom disse er det ingen forskjell i risiko for å utvikle psykose. En mulig forklaring, ifølge forfatterne av studien, kan være at «en større andel av innvandrere med opprinnelse sør for Sahara kan ha blitt utsatt for et skadelig psykososialt miljø før utvandring, uavhengig av flyktingstatus».

Studien er utført av Karolinska Institutet utenfor Stockholm og ble publisert i *British Medical Journal* i mars i år. Hovedforfatter av studien er psykolog og postdoc Anna-Clara Hollander.

I studien har forskerne fulgt 1,3 millioner unge svensker født i Sverige eller i utlandet. Personene ble fulgt fra de fylte 14 år. I løpet av forskningsperioden fikk 3700 av de som var med i studien, diagnosen ikke-affektiv psykose.

Det er ikke noe nytt at flyktninger har større psykiske utfordringer sammenlignet med befolkningen for øvrig.

Posttraumatisk stress, depresjon og angst er vanlig blant flyktninger, men det er lite kjent at risikoen for å utvikle psykoselidelser også er mye større enn for befolkningen for øvrig.

- Leger, sykepleiere, psykologer og andre som planlegger fremtidens omsorg, bør være klar over den høye risikoen for psykose hos flyktninger. Det er spesielt viktig da tidlig intervensjon kan være av stor betydning for sykdommens utvikling og forløp hos denne sårbare gruppen, sier Anna-Clara Hollander til Karolinska Institutets nettsider.



FOTO: JOHN LAVAL/WIKIMEDIA COMMONS

FOTO: DEZAL B/PXAN.COM

VITENSKAPELIG ARTIKKEL

TIDSSKRIFT FOR NORSK PSYKOLOGFORENING 2016 S. 432-439 FAGFELLEVDERT

RAGNHILD B. LYGRE, Haukeland universitetssykehus, Klinikk psykisk helsevern for barn og unge, BUP Sentrum
KONTAKT ragnhildlygre@hotmail.com

BEHANDLING AV PTSD HOS FLYKTNINGBARN

En trygg relasjon og en fasetilnærming kan gi et godt rammeverk for behandling av flyktningbarn med PTSD.

I løpet av 2015 tok Norge imot over 31 000 asylsøkere (UDI, 2016). Som flyktninger og asylsøkere er barn spesielt sårbare. Helsevesenet vårt må være klar til å ta imot dem som trenger hjelp til å bearbeide sterke opplevelser fra både hjemland og flukt. Arbeid med traumatiserte flyktninger kan være utfordrende som følge av uavklart asylstatus, bekymring for familie og hjemland, dårlige boforhold, økonomiske vansker og kulturforskjeller. Flere påpeker at en ikke bør behandle flyktninger uten også å arbeide med deres rammebetingelser (Ehnholt & Yule, 2006). Med god kunnskap om flyktningbarn, anbefalt behandling og spesielle hensyn, kan flere behandlere jobbe med denne gruppen. Artikkelen gir en oversikt over publiserte studier av PTSD-behandling hos flyktningbarn.

Flyktninger og asylsøkere

En flyktning er en person som «har flyktet fra sitt land og har en velbegrunnet frykt for forfølgelse på grunn av rase, religion, nasjonalitet, politisk overbevisning eller medlemskap i en bestemt sosial gruppe, og som ikke er i stand til eller på grunn av slik frykt ikke villig til å

ABSTRACT

Treating PTSD in refugee children

How can we help refugee children with PTSD? The severity of trauma, post-migration stress, and difficulties in communicating may seem insurmountable. Database searches reveal five studied treatments for these children: Narrative exposure therapy, cognitive behavioral therapy, EMDR, child-centered play therapy and a multimodal treatment. The results are promising, albeit scarce. A phased model could provide a framework for timing and contextualizing the treatment.

Keywords: PTSD, treatment, refugee, children, KidNET, CBT, EMDR, CCPT, multimodal



Flere behandlingsmetoder har vist lovende resultater i behandling av flyktningbarn med PTSD

påberope seg sitt lands beskyttelse» (FN, 1951). En asylsøker er en person som ankommer et annet land, og som normalt søker om asyl ved ankomst eller kort tid etter ankomst (Flyktninghjelpen, 2015). Om lag 59,5 millioner mennesker er nå på flukt i verden; 21,3 millioner utenfor eget land (Flyktninghjelpen, 2015). I løpet av 2015 fikk 9696 personer flyktningstatus eller opphold på humanitært grunnlag i Norge, flesteparten fra Syria, Eritrea og Afghanistan (UDI, 2016). I februar i år bodde det totalt 27602 personer på norske asylmottak; 8630 av disse er barn under 18 år (UDI, 2016). Videre i teksten vil begrepet «flyktning» også omfatte asylsøkere, da utvalgene i de følgende studiene består av både flyktninger og asylsøkere.

PTSD

Symptomer på PTSD skal vanligvis oppstå innen seks måneder etter en uvanlig alvorlig traumatisk hendelse (WHO, 1992). Hovedsymptomet er gjentatt og påtrengende erindring eller gjenopplevelse av traumatiske hendelser i individets hukommelse eller drømmer. Påfallende emosjonell distanse, følelseskulde, autonom hyperaktivering, vakt-somhet, søvnløshet og unngåelse av stimuli som kan føre til gjenopplevelse av traumet, er vanlig, men ikke nødvendig for å stille diagnosen. En norsk undersøkelse av 93 enslige mindreårige (EM) asylsøkere mellom 10 og 16 år viser at 37 % av disse tilfredsstiller kriteriene for PTSD (Jensen, Fjermestad, Granly & Wilhelmsen, 2015). En gjennomgang av forskning på flyktninger i vestlige land tyder på at cirka 11 % av studerte flyktningbarn tilfredsstilte kriteriene for PTSD (Fazel, Wheeler & Danesh, 2005). Samlet sett var det cirka ti ganger så stor sannsynlighet for at en flyktning fikk diagnosen, sammenliknet med en alderssvarende amerikansk populasjon (Fazel et al., 2005). Studier fra både Norge og Tyskland tyder på at symptomer på PTSD, depresjon, angst og eksternaliserende problemer i stor grad vedvarer over år uten behandling (Jensen, Skårdalsmo & Fjermestad, 2014; Ruf et al., 2010).

Problemstilling

Hvordan kan vi hjelpe flyktningbarn med PTSD? Denne artikkelen gir en oversikt over studerte behandlingsmetoder for flyktning-

barn med PTSD-symptomer, og eventuelle likheter og ulikheter mellom dem.

METODE

Litteratursøk ble utført i PsychINFO og PubMed 07.10.15. Alle publikasjoner i databasene fram til 07.10.15 er med i søkene. Første publikasjon i begge databasene var fra 1988. Følgende søk er utført:

-(«refugees» OR «asylum seekers») AND («children» OR «adolescents» OR «teenagers») AND («PTSD» OR «posttraumatic stress disorder») AND («treatment»)

Søkeordene er satt som «keyword» og så kombinert for å finne fram til litteratur om behandling av PTSD hos barn eller ungdom som er flyktninger eller asylsøkere. Dette gav 70 treff i PsychINFO og 170 treff i PubMed. Litteratur som ikke omhandlet spesifikke behandlinger for flyktningbarn eller -ungdom med PTSD-symptomer, ble ekskludert (n=59 i PsychINFO, n=162 i PubMed). En artikkel fra PsychINFO ble ekskludert da dette ikke var en kontrollert studie, men en kasusstudie av to individer (Vickers, 2005). En artikkel fra PubMed ble ekskludert da intervensjonen, en tilpasning av Critical Incident Stress Management (CISM), ikke hadde signifikant effekt (Thabet, Vostanis & Karim, 2005) og heller ikke representerte et nullfunn for en av metodene i det øvrige litteraturutvalget. Etter vurdering av relevans på bakgrunn av abstract og/eller hel tekst var det igjen 10 artikler i PsychINFO og 7 artikler fra PubMed. Samtlige artikler fra PubMed var overlappende med artikler fra PsychINFO; litteraturgjennomgangen er følgelig basert på 10 artikler (se tabell 1).

RESULTATER

Litteraturutvalget omfatter fem behandlinger for flyktningbarn med PTSD-symptomer: narrativ eksponeringsterapi, kognitiv atferdsterapi, eye movement desensitization and reprocessing (EMDR), barnesentrert leketerapi og et multimodalt behandlingsprogram. Disse presenteres kort i den videre teksten. Detaljer om studiene finnes i tabell 1.

Narrativ eksponeringsterapi

Narrativ eksponeringsterapi (NET) er en kortvarig, manualisert terapi for personer med

Tabell 1: Sammenfatning av resultater

Behandlingsmetode	Referanse	Type evidens	Alder	N	Setting
KidNET	McPherson, 2012	Review	8–14	31	Flyktningleir i Sri Lanka (Catani et al., 2009)
			14–28	26	Barneby og -hjem i Rwanda (Schaal, Elbert, & Neuner, 2009)
			7–16	26	Poliklinikk for flyktninger i Tyskland (Ruf et al., 2010)
	Robjant & Fazel, 2010	Review	13–17	6	Somalisk ungdom i flyktningleir i Uganda (Onyut et al., 2005)
			7–16	26	Poliklinikk for flyktninger i Tyskland (Ruf et al., 2010)
			8–14	31	Flyktningleir i Sri Lanka (Catani et al., 2009)
Kognitiv atferdsterapi	Schottelkorb, Doumas & Garcia, 2012	Randomisert kontrollert studie	6–13	31	Grunnskole i Nordvest-USA
	Ehnholt, Smith & Yule	Randomisert kontrollert studie	11–15	26	Grunnskole i London
EMDR	Oras, Cancela de Ezpeleta & Ahmad, 2004	Randomisert kontrollert studie	8–16	13	Barnepsykiatrisk poliklinikk for flyktninger i Sverige
Barnesentrert leketerapi	Schottelkorb, Doumas & Garcia, 2012	Randomisert kontrollert studie	6–13	31	Grunnskole i Nordvest-USA
Multimodal behandling	Möhlen, Parzer, Resch & Brunner, 2005	Kontrollert studie	10–18	10	Flyktningmottak i Tyskland

PTSD-symptomer etter krig, konflikt eller organisert vold (Robjant & Fazel, 2010). NET kombinerer narrativ terapi med kognitiv-atferds-terapeutiske teknikker. Barneversjonen kalles KidNET og er for barn fra åtte år og oppover (Onyut et al., 2005). Behandlingen innebærer eksponering for minner om traumatiske hendelser og reorganiseringen av disse til et sammenhengende, kronologisk narrativ (Robjant & Fazel, 2010). Målet er å integrere traumatiske minner i individets livshistorie, og slik redusere minnenes følelsesmessige og angstprovoserende kvalitet. Behandlingen starter med psykoedukasjon om PTSD, innholdet i og rasjonale for behandlingen, før en lager en livslinje og pasienten forteller livshistorien sin kronologisk med spesielt fokus på traumatiske hendelser (Robjant & Fazel, 2010). Historien skrives ned og leses opp for pasienten for å sikre at den er nøyaktig, for eksponering, for å fremme ytterligere informasjon om hendelsen og integrere minnet i andre minner (Robjant & Fazel, 2010).

Litteratursøket viste fire publiserte studier av KidNET, hvorav alle er med i to oversiktsartikler som viser at behandlingen kan redusere

PTSD-symptomer like etter behandling, og ved oppfølging seks til ni måneder senere, signifikant bedre enn annen behandling og venteliste (Robjant & Fazel, 2010; McPherson, 2012). Utvalget i studiene er imidlertid relativt lite, og det mangler sammenlikning av data med andre anbefalte og evidensbaserte behandlingsmetoder, slik som traumefokusert kognitiv terapi og EMDR (Robjant & Fazel, 2010).

Kognitiv atferdsterapi

Schottelkorb, Doumas og Garcia (2012) har sammenliknet traumefokusert kognitiv atferdsterapi (TF-CBT) med barnesentrert leketerapi, og fant at begge metodene reduserte PTSD-symptomer målt med selvrappporter og komparent-opplysninger. TF-CBT er manualisert, og består av psykoedukasjon, stressmestring, affektuttrykk og modulering, kognitiv mestring, traumenarrativ, kognitiv prosessering, atferdsstyringstrening og foreldre-barn-timer (Cohen, Deblinger & Mannarino, 2011).

Ehnholt, Smith og Yule (2005) har studert en kognitiv-atferdsterapeutisk (KAT) gruppebehandling blant traumatiserte flyktningbarn. Intervensjonen består av psykoedukasjon om

»



Samtlige av metodene kan karakteriseres som individorienterte

traumereaksjoner, mestringsstrategier, EMDR-teknikker, arbeid med drømmer, søvnhygiene, avspenning og aktivitetsplanlegging, og ble gjennomført ved to skoler i London. Barna i studien (n=15) fikk seks timer gruppebasert KAT over en seksukersperiode, mens kontrollgruppen (n=11) ble plassert på venteliste i seks uker før de fikk det samme tilbudet. Studien viste en signifikant, men klinisk beskjeden effekt på PTSD-symptomer etter intervensjonen, sammenliknet med barn som sto på venteliste. Effekten vedvarte ikke ved måling to måneder etter intervensjonen. En betydelig del av barna som hadde mottatt intervensjonen (n=15), deltok ikke i målingen etter to måneder (n=7), noe som kan ha påvirket resultatene (Ehnholt et al., 2005).

EMDR

EMDR-behandling har åtte faser – historie, forberedelse, vurdering, desensivering, installering, kroppsskanning, lukking og revurdering – og brukes for å omarbeide traumatiske minner som er lagret på en uhenksmessig måte (Shapiro, 2001). Pasienten blir bedt om å se for seg bilder fra traumatiske opplevelser, én hendelse om gangen (Ehnholt & Yule, 2006). Terapeuten eksponerer samtidig pasienten for bilateral stimulering, for eksempel gjennom samtidig å bevege fingeren sin foran pasientens øyne i en rytmisk, lateral bevegelse (Ehnholt & Yule, 2006). Slik kombinerer behandlingen både eksponering og distraksjon. Oras, de Ezpeleta og Ahmad (2004) har undersøkt effekten av EMDR inkorporert i psykodynamisk samtalerapi og -leketerapi for 13 flyktningbarn med PTSD. Resultatene viste en signifikant bedring hos flyktningbarna (Oras et al., 2004). Ehnholt og Yule (2006) peker på at resultatene må tolkes med varsomhet da studien mangler kontrollgruppe og utvalget er lite.

Barnesentrert leketerapi

Barnesentrert leketerapi (CCPT) er en manualisert behandling som legges til rette for at barn kan kommunisere sine følelser, tanker og ønsker gjennom lek (Schottelkorb et al., 2012). Metoden er basert på klientsentrert terapi, der målet for terapien er å etablere gode forhold for ubetinget anerkjennelse, autentisitet og empati, noe som antas å bidra til vekst og integrasjon. Schottelkorb et al. (2012) har undersøkt CCPT sammenliknet med TF-CBT hos traumatiserte flyktningbarn i alderen 6 til 13 år. Barna som deltok i denne studien, mottok to ukentlige 30-minutters økter med CCPT i 12 uker. Foreldrene fikk tilbud om seks konsultasjoner på 15 minutter, med fokus på barnets progresjon i terapien og psykoedukasjon om leketerapi, barns utvikling og traumer. Resultatene viste en signifikant reduksjon av PTSD-symptomer hos barna som deltok i studien (Schottelkorb et al., 2012).

Multimodal behandling

Möhlen, Parzer, Resch og Brunner (2005) har studert et manualisert behandlingsprogram ved et mottak i Tyskland. Programmet varte i 12 uker og besto av to informasjonstimer, to timer diagnostikk og evaluering, seks gruppetimer, to til fire individuelle avtaler, en familietime og en foreldretime. Programmet kombinerer traume- og sorgfokusert terapi, verbalisering, avspenningsteknikker, bruk av kreative teknikker, gruppediskusjoner og psykoedukasjon om traumer og traumereaksjoner. Livet som flyktning ble også tematisert. Av de ti flyktningene i utvalget tilfredstilte seks kriterier for en PTSD-diagnose. Tre av de seks viste signifikant nedgang i PTSD-symptomer, og betydelig økning i generelt

funksjonsnivå (CGAS-skåre). Den samme psykiateren ble imidlertid brukt til å sette CGAS både før og etter behandlingen, og utvalget er forholdsvis lite, noe som kan tyde på begrenset overføringsverdi.

DISKUSJON

Flere behandlingsmetoder har vist lovende resultater i behandling av flyktningbarn med PTSD. Utvalgene er imidlertid relativt små, og det trengs mer forskning for å kunne legge gode føringer for behandling.

Metodologiske begrensninger

Antallet artikler i utvalget er lavt (n=10), og dette kan være et resultat av søkeordene. Følgelig må resultatene tolkes med varsomhet. Søk etter behandling for traumatiserte barn eller traumeintervensjoner for flyktninger generelt, fremfor å avgrense til flyktningbarn med PTSD-symptomer, kunne gjort resultatet større. Behandling ment for voksne tilpasses imidlertid ofte til barn (f.eks. KidNET), og det er ikke sikkert at slike tilpasninger kommer fram i studier av voksne. Slik kan en også tenke seg at det gjøres tilpasninger for flyktninger. Selv om denne gruppen er svært heterogen, har flere av barna det til felles at de har blitt traumatisert som følge av krig, konflikt og/eller organisert vold. Det er kanskje kunstig å skille ut flyktningbarn med PTSD som en egen gruppe, og mer riktig å se på traumatiserte barn med PTSD under ett. En kunne også søkt på intervensjoner for traumatiserte flyktningbarn, fremfor kun dem med PTSD-symptomer. Forskning på blant annet EM-flyktninger i Norge (Jensen et al., 2015) og gjennomgang av forskning på flyktninger i den vestlige verden (Fazel et al., 2005) kan imidlertid tyde på at PTSD-diagnosen er relevant for denne gruppen, selv om traumer kan føre til symptomer på flere psykiske lidelser. Metodene i litteratursøket stemmer imidlertid i stor grad overens med Ehntholt og Yules (2006) gjennomgang av litteratur knyttet til behandling av traumatiserte flyktningbarn. Ehntholt og Yule trekker også fram CBT, «testimonial psychotherapy», NET og EMDR som lovende intervensjoner for å redusere krigsrelaterte PTSD-symptomer hos flyktningbarn.

Likheter og ulikheter

Samtlige av metodene kan karakteriseres som individorienterte, da en jobber hoved-

sakelig direkte med individet fremfor indirekte via omsorgspersoner. Indirekte arbeid via omsorgspersoner er ofte hensiktsmessig i behandling av barn og ungdom. De siste års utvikling innenfor moderne nevrobiologisk traumeteori, der regulering står sentralt i utformingen av behandlingstiltak, og indirekte arbeid gjennom omsorgspersoner anses som vesentlig, gjenspeiles mindre i litteraturutvalget. Samtlige av metodene, med unntak av KidNET, involverer imidlertid omsorgspersoner systematisk gjennom familiesamtaler og/eller samtaler alene med omsorgspersoner, men fokuset på regulering kan sies å være mindre fremtredende enn ellers i feltet. Det at samtlige av behandlingene er individorienterte, og i mindre grad fokuserer på regulering, kan ha sammenheng med metoden for litteraturutvalget.

Flere av behandlingene i utvalget kombinerer elementer fra flere metoder (f.eks. Oras et al., 2004; Ehntholt et al., 2005). Felles for metodene er at de innebærer eksponering for traume, stort sett gjennom traumenarrativ. Flere mener at det er nødvendig for en effektiv emosjonell bearbeiding (Barrett & Ollendick, 2004). Andre argumenterer for at eksponering for traumatiske minner i mange tilfeller ikke er tilrådelig, og at det kan være retraumatiserende dersom det skjer for tidlig (Hokland, 2006). Flyktninger kan ofte ha et behov for å diskutere aktuelle og praktiske problemstillinger fremfor å prate om tidligere opplevelser (Ehntholt & Yule, 2006). Hokland (2006) trekker fram viktige forutsetninger for å jobbe med eksponering: trygg terapeutisk relasjon og livssituasjon, angstbaserte reaksjoner hos pasienten, pasienten må tåle «sterke følelser» og ikke lide av kompleks PTSD. Kompleks PTSD har en komplisert symptomprofil med endringer i personlighet, forhold til identitet og evne til å inngå i relasjoner med andre (Herman, 1992), altså en del symptomer som går utover det som dekkes av PTSD-diagnosen. Flere av de nevnte forutsetningene for å jobbe med eksponering er muligens ikke til stede hos flyktningbarn. Annen forskning har imidlertid vist at bruk av traumenarrativ kan føre til en nedgang av PTSD-symptomer i flyktningleirer og -mottak (Onyut et al, 2005; Catani et al., 2009).

Valg av behandling

En kan se behandlingsmetodene som ulike fremgangsmåter som passer mer eller mindre »



Flyktninger kan ofte ha et behov for å diskutere aktuelle og praktiske problemstillinger fremfor å prate om tidligere opplevelser

til situasjonen som barna er i, deres ønsker og egenskaper. Postmigrasjonsstressorer som selve asylprosessen, kontakt med det offentlige, økonomiske problemer og arbeidsløshet, vanskelige boforhold, flytting, språkproblemer, sosial isolasjon, diskriminering og belastninger knyttet til tilpasning til ny kultur vil kunne ha betydning (Ehnholt & Yule, 2006). Noen ønsker å ha fokus på fremtid fremfor fortid, noe som kan ses i sammenheng med ulike faser i migrasjonsprosessen (se f.eks. Sluzki, 1979).

Elliott (2007) vektlegger nettopp at timing av det terapeutiske arbeidet bør ta hensyn til den konteksten barnet lever i. Dette kan ses i sammenheng med forskning som tyder på at ca. 40 % av bedring hos pasienter i psykoterapi kan forklares av faktorer utenfor det terapeutiske rommet (Lambert, 2013). Ehnholt og Yule (2006) foreslår en fasetilnærming til intervensjoner i arbeid med flyktninger, noe som kan være nyttig med tanke på timing av terapeutisk arbeid. Første fase består av etablering av trygghet og tillitt, andre fase består av traumefokusert terapi, mens tredje fase består av reintegrasjon (Ehnholt & Yule, 2006). Bevegelse fram og tilbake mellom ulike faser er vanlig og forventet, da pasientenes tilstand i stor grad påvirkes av ekstraterapeutiske forhold (Heptinstall, Sethna, & Taylor, 2004). Modellen er en rent pragmatisk tilnærming til arbeid med traumatiserte flyktninger (Ehnholt & Yule, 2006), men kan være hensiktsmessig for å forsøke å møte barna der de er, og få rom til å prate om den situasjonen de er i, og kan således være relevant også for andre pasientgrupper.

Elliott (2007) vektlegger også terapeutisk relasjon og engasjement/involvering som viktigere enn spesifikk behandlingstilnærming i møte med denne gruppen. Dette er i tråd med Lamberts (2013) forskning, som viser at 30 % av bedring hos pasienter i psykoterapi kan forklares av terapeutisk relasjon / fellesfaktorer, mens 15 % av bedringen kan forklares av terapeutiske teknikker. Er det kunstig å skille ut terapeutisk relasjon og klientens liv utenfor terapien fra behandlingsmetoder/teknikker? Kan en gjennomføre en behandling uten og samtidig ha en god terapeutisk relasjon med pasienten? Kan en tenke seg at ulike forståelsesrammer, behandlingsmetoder og behandlere på ulike måter legger til rette for en terapeutisk relasjon og griper inn i klientens liv utenfor terapien? Når en skal velge mellom flere behand-

lingsmetoder, hvilke faktorer skal avgjøre valg av én metode fremfor en annen? Lambert (2013) sier at selv om en del forskning tyder på at det ikke er forskjell mellom effekt av ulike teknikker, så finnes det også indikasjoner på at under noen omstendigheter er enkelte metoder mer effektive enn andre. Når det gjelder forskning på PTSD, skriver Lambert (2013) at CBT, eksponeringsbasert terapi og kognitiv terapi har vist seg mer effektive enn psykodynamisk og støttende terapi; at flesteparten av dem som blir behandlet med psykoterapi for PTSD, blir bedre, og at også PTSD-symptomer hos personer med kompleks PTSD vil bli bedre gjennom TF-CBT og EMDR, selv om de i større grad vil streve med gjenværende (residual) symptomer. Det er fremdeles en diskusjon om terapi som inneholder spesifikke traumeeksponeringsmetoder, er bedre enn terapier uten dette (Lambert, 2013). Dette gjelder i hovedsak forskning på voksne med PTSD.

Hvordan kan vi dra nytte av forskning på både felles og spesifikke faktorer? Artikkelen i utvalget beskriver kun metoder, og ikke hvordan disse skal times og tilpasses det enkelte barnet. Her kan Ehnholt og Yules (2006) fasetilnærming være nyttig. Fasetilnærmingen tar hensyn til behovet for først å etablere trygghet og tillit. Tilnærmingen kan være nyttig for å få barnet med i en terapeutisk prosess, gjennom å gi en felles referanseramme for det endringsarbeidet som terapeut og barnet/familien deltar i sammen. Innenfor denne rammen, og sammen med barnet, kan vi velge en av de beskrevne behandlingsmetodene. Terapeutiske teknikker eksisterer ikke i et vakuum.

KONKLUSJON

Det finnes flere behandlinger for flyktningbarn med PTSD. Utfordringen er først å få med seg barnet i en endringsprosess gjennom å danne en relasjon, velge metode, «time» og tilpasse behandlingen på en måte som er nyttig for barnet. Bruker vi en av metodene innenfor fasetilnærmingen til Ehnholt og Yule (2006), er vi kanskje ett skritt nærmere å hjelpe denne gruppen, samtidig som vi tar hensyn til deres rammebetingelser. Det trengs mer forskning på denne gruppen for å gi oss mer kunnskap om hvordan vi også kan hjelpe disse barna gjennom deres omsorgspersoner, og for å knytte også dette feltet til utvikling innenfor moderne traumeteori for øvrig. ✘

REFERANSER

- Barrett, P.M., & Ollendick, T.H. (2004). Handbook of interventions that work with children and adolescents. Chichester: Wiley.
- Catani, C., Kohildadevy, M., Ruf, M., Schauer, E., Elbert, T., & Neuner, F. (2009). Treating children traumatized by war and tsunami: A comparison between exposure therapy and meditation-relaxation in North-East Sri Lanka. *BMC Psychiatry*, 9, 22-33.
- Cohen, J., Deblinger, E., & Mannarino, A. (2011). Introduction to Trauma-Focused Cognitive Behavioral Therapy. Lastet ned 10.08.2011 fra <http://tfcbt.musc.edu/>
- Ehnholt, K., & Yule, W. (2006). Assessment and treatment of refugee children and adolescents who have experienced war related trauma. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 47, 1197-1210.
- Ehnholt, K., Smith, P.A., & Yule, W. (2005). School-based Cognitive-Behavioural Therapy Group Intervention for Refugee Children who have Experienced War-related Trauma. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 10(2), 235-250.
- Elliott, V. (2007). Interventions and services for refugee and asylum-seeking children and families. I P. Vostanis (red.) *Mental health interventions and services for vulnerable children and young people*. London: Jessica Kingsley Publishers.
- Fazel, M., Wheeler, J. & Danesh, J. (2005). Prevalence of serious mental disorder in 7000 refugees resettled in western countries: a systematic review. *The Lancet*, 365, 1309-1314.
- Flyktninghjelpen. (2015). Flyktningregnskapet 2015. Alt om mennesker på flukt verden over. Oslo. Flyktninghjelpen.
- FN (1951). FNs konvensjon om flyktingers stilling. Lastet ned 30.05.2015 fra <http://www.fn.no/FN-informasjon/Avtaler/Flyktinger/Flyktingkonvensjonen>
- Herman, J.L. (1992). Complex PTSD: A syndrome in survivors of prolonged and repeated trauma. *Journal of Traumatic Stress*, 5, 377-391.
- Heptinstall, E., Sethna, V., & Taylor, E. (2004). PTSD and depression in refugee children: Association with pre-mitigating trauma and post-mitigating stress. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 13, 373-380.
- Hokland, M. (2006). Kan noen traumatiserte pasienter ta skade av eksponering for minner om traumer? *Tidsskrift for Norsk psykologforening* 43(11), 1150-1158.
- Jensen, T., Fjermestad, K., Granly, L. & Wilhelmsen, N. (2015). Stressful life experiences and mental health problems among unaccompanied asylum seeking children. *Clinical Child Psychology*, 20(1), 106-116.
- Jensen, T., Skårdalsmo, E. & Fjermestad, K. (2014). Development of mental health problems – a follow-up study of unaccompanied refugee minors. *Child and Adolescent Psychiatry & Mental Health*, 8 (29).
- Lambert, M.J. (2013). The efficacy and effectiveness of psychotherapy. I M.J. Lambert (red.), *Bergin and Garfield's Handbook of psychotherapy and behavior change, sixth edition*, (s. 169-218). Hoboken, New Jersey: Wiley.
- McPherson, J. (2012). Does Narrative Exposure Therapy Reduce PTSD in Survivors of Mass Violence? *Research on Social Work Practice*, 22(1), 29-42.
- Möhlen, H., Parzer, P., Resch, F., & Brunner, R. (2005). Psychosocial support for war-traumatized child and adolescent refugees: evaluation of a short-term treatment program. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 39, 81-87.
- Onyut, L.P., Neuner, F., Schauer, E., Ertl, V., Odenwald, M., Schauer, M., & Elbert, T. (2005). Narrative Exposure Therapy as treatment for child war survivors with posttraumatic stress disorder: Two case reports and a pilot study in an African refugee settlement. *Bmc Psychiatry*, 5(7).
- Oras, R., de Ezpeleta, S.C., & Ahmad, A. (2004). Treatment of traumatized refugee children with Eye Movement Desensitization and Reprocessing in a psychodynamic context. *Nordic Journal of Psychology*, 58(3), 199-203.
- Robjant, K., & Fazel, M. (2010). The emerging evidence for Narrative Exposure Therapy: A review. *Clinical Psychology Review*, 30(8), 1030-1039.
- Ruf, M., Schauer, M., Neuner, F., Catani, C., Schauer, E., & Elbert, T. (2010). Narrative exposure therapy for 7- to 16-year-olds: A randomized controlled trial with traumatized refugee children. *Journal of Traumatic Stress*, 23, 437-445.
- Schaal, S., Elbert, T., & Neuner, F. (2009). Narrative exposure therapy versus interpersonal psychotherapy: A pilot randomized controlled trial with Rwandan genocide orphans. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 78, 298-306.
- Schottelkorb, A.A., Dumas, D.M., & Garcia, R. (2012). Treatment for Childhood Refugee Trauma: A Randomized, Controlled Trial. *International Journal of Play Therapy*, 21, 57-73.
- Sluzki, C.E. (1979). Migration and Family Conflict. *Family Process*, 18, 379-390
- Shapiro, F. (2001). *Eye movement desensitization and reprocessing. Basic principles, protocols and procedures* (2. utg.). New York: Guilford Press.
- Thabet, A.A., Vostanis, P., & Karim, K. (2005). Group crisis intervention for children during ongoing war conflict. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 14, 262-269.
- Utlendingsdirektoratet (UDI). (2016). Asylsøknader etter statsborgerskap og måned. Lastet ned 05.03.2016 fra <https://www.udi.no/statistikk-og-analyse/statistikk/asylsoknader-etter-statsborgerskap-og-maned-2015/>
- Utlendingsdirektoratet (UDI). (2016). Beboere i asylmottak etter alder og måned. Lastet ned 05.03.2016 fra <https://www.udi.no/statistikk-og-analyse/statistikk/beboere-i-asylmottak-etter-alder-og-maned-2016/>
- Utlendingsdirektoratet (UDI). (2016). Vedtak om beskyttelse (asyl) 2006-2015. Lastet ned 05.03.2016 fra <https://www.udi.no/statistikk-og-analyse/statistikk/vedtak-om-beskyttelse-asyl-20062015/>
- Vickers, B. (2005). Cognitive Model of the Maintenance and Treatment of Post-traumatic Stress Disorder Applied to Children and Adolescents. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 10, 217-234.
- World Health Organization (1992). *The ICD-10 classification of mental and behavioral disorders: Clinical descriptions and diagnostic guidelines*. Geneva: World Health Organization.

FRA PRAKSIS

Å reise alene

Enslige mindreårige asylsøkere må få være sårbare og mestrende på samme tid.

VILDE BJØRLO ØIEN, HANNE ROSTEN og
SILJE FRIVOLD

Enhet for psykologressurser, Barne-, ungdoms- og
familieetaten, region øst

KONTAKT vilde_oien@yahoo.no

FOTO Pexels.com



Snart får du besøk av en enslig mindreårig asylsøker på kontoret ditt, om han ikke sitter der i stolen allerede. Du er psykolog, og jobber med ungdom og unge voksne. Han er ung, alene, fra en annen kultur, har en fortid med mange vonde opplevelser og en ukjent fremtid. Hvor skal du begynne? Hvilken terapiretning har svaret?

De sammensatte behovene til enslige mindreårige asylsøkere gjør at vi som psykologer ikke kan jobbe kun med traumer eller ressurser, kun med kultur eller integrering, eller kun med individualterapi eller inkludering i lokalsamfunnet. Vi mener at det som nytter, er helhetlig hjelp som tar inn over seg flere sider ved den psykologiske opplevelsen av det å være asylsøker og flyktning, og som ser betydningen av kompetente omsorgsgivere.

Barn i asyltilværelsens transittfase lever med en utrygg fortid, en krevende nåtid og en uavklart fremtid. Hverdagen på omsorgssenteret bærer preg av venting og usikkerhet, og svar på asylsøknad, avklaring av bosetting og eventuell retur tar mye av oppmerksomheten til barna og personalet (Eide & Lidén, 2012). Når fremtiden er uviss, er det vanskelig å etablere et nytt liv og skape nye relasjoner. Likevel må vi ikke glemme de positive mulighetene dette nye livet kan gi.

Mange enslige mindreårige asylsøkere har opplevd flere potensielt traumatiserende hendelser, og de har flere psykiske plager sammenliknet med andre ungdommer i Norge både med og uten innvandrerbakgrunn. De vanligste psykiske plagene er posttraumatisk stress, depresjon, søvnvansker og opplevelse av sorg, savn, ensomhet og bekymring. Plagene er til stede selv etter at ungdommene har vært bosatt i landet i flere år (Oppedal, Seglem, Jensen, & Haukeland, 2013; Jensen, Skårdalsmoe, & Fjermestad, 2014). Det finnes oppsiktsvekkende få studier som har undersøkt hvilken behandling som hjelper denne gruppen barn (Dittmann & Jensen, 2010; Pacione, Measham, & Rousseau, 2013). Siden 2009 har vi i Enhet for psykologressurser gitt psykologisk oppfølging til alle enslige mindreårige asylsøkere under 15 år fra ankomst til Norge frem til bosetting eller retur. Vi vil gjennom et kasus beskrive det direkte arbeidet med barna og det indirekte arbeidet med å styrke miljøpersonalet. Basert på erfaringer med arbeidet i enheten har vi utviklet en arbeidsbeskrivelse som gjengir de sentrale elementene i oppfølgingen vår.

EN RELASJONS- OG MESTRINGSBASERT TILNÆRMING

For å finne nyttige måter å forstå og møte enslige mindreårige asylsøkere på har vi sett til flere forståelsesmodeller og behandlingsmetoder. Vår oppfølging av barna er særlig informert av behandlingsmetoder hentet fra utviklingstraumatologi, faseorientert traumebehandling, mestrings-teori og tilknytningspsykologi. Moderne kunnskap om hvordan stress kan påvirke barnets utvikling ved å skade ulike systemer i hjernen, gir føringer for hvordan behandlingen tilpasses det enkelte barnets livssituasjon, utviklingsnivå og behov (Bath, 2008; Perry, 2006; Perry & Szalavitz, 2006; Schore, 2003; Siegel, 2012). Relasjonen til omsorgsgiverne er den viktigste endringsagenten (Bath, 2008). Videre må behandling av utviklingstraumatiserte barn og unge inneholde intervensjoner som styrker resiliens og normalutvikling (Perry & Hambrick, 2008). Vi er særlig opptatt av å styrke mestringsstrategier og opplevelsen av mestrings (Waaktar & Christie, 2000) samt å fremme opplevelse av sammenheng i tilværelsen. Hendelsene i barnets liv skal bli forståelige, håndterbare og meningsfulle (Antonovsky, 2012).

VÅR FREMGANGSMÅTE

Vi har med bakgrunn i erfaringen vår med enslige mindreårige asylsøkere og relevant teori og empiri sammenfattet fire elementer som gir retning i arbeidet vårt med denne målgruppen. Disse er: 1) å gjenopprette balansen; 2) å styrke opplevelsen av mestring; 3) å styrke identiteten og tilhørigheten; og 4) å skape sammenheng i en kaotisk fase. Den påfølgende kasusbeskrivelsen gir en illustrasjon av tilnærmingen og hvordan den brukes i praksis. Kasuset er konstruert av flere oppfølgingsforløp vi har hatt.

Kulturkompetanse er ikke et eget element for seg i denne arbeidsbeskrivelsen, da vi mener at dette heller må gjennomsyre alle deler i arbeidet med denne gruppen. I egen veiledning og veiledning av omsorgsgiverne bør kultursensitivitet (som en holdning), kulturforståelse (med hovedfokus på bevissthet rundt egen kultur) og øvelse i interkulturell kommunikasjon være et tilbakevendende tema.

«Mujtaba»

Mujtaba er en 14 år gammel gutt som bor i en omsorgssenteravdeling med sin 12 år gamle bror og fem andre gutter. Psykologen har to kartleggingsamtaler med ham når hun kommer på sine ukentlige besøk ved avdelingen for å snakke med barna og de ansatte. Hun opplever Mujtaba som vennlig og høflig. Han svarer lite utfyllende på spørsmål. Det er vanskelig for ham å holde blikkontakt når han forteller om opplevelser og hendelser som minner ham om familien, hjemlandet og reisen til Norge. Mujtaba sier at han ikke ønsker å snakke om fortiden, at han ønsker «å glemme». Han ber om hjelp til å få begynne i et fotballag og til å finne sin bror.

Mujtaba vokste opp på landsbygda i Afghanistan sammen med far, mor og fire yngre søsken. I barndommen tilbrakte han lange dager alene i utmarka, der han passet geiter. På grunn av arbeidet og stadige trusler fra Taliban fikk han lite skolegang og kontakt med jevnaldrende. En dag ble søsteren drept da Taliban angrep skolen der hun gikk. Kort tid etter ble faren drept. Mujtaba var hjemme da menn fra Taliban kom hjem til familien med liket av faren. Moren valgte å sende sine tre sønner ut av landet i frykt for at guttene skulle lide samme skjebne. Mujtabas vanskelige reise tok rundt fem måneder. Han måtte gå langt uten mat og drikke, og lå i lange strekk sammenkrøket i lasterommet på en bil. På vei inn i Europa ble han slått og sparket av grensepoliti. De to eldste brødrene ble adskilt fra lillebroren, som de hadde fått ansvaret for å passe på. Han vet ikke hvor broren er nå, og har heller ikke kontakt med moren og søsteren i Afghanistan.

Miljøpersonalet forteller at han innretter seg fint etter avdelingens rutiner, men trenger forklaringer og hjelp til mange ting. Han sier at «skolen er veldig bra, men norsk er veldig vanskelig» og jobber hardt med leksene. Han ønsker å spille fotball. Mujtaba har fortalt at han tenker på familien hele tiden. Han gråter ofte på rommet, og personalet opplever ham som «tung i kroppen». Han gir ofte uttrykk for at han føler seg urettferdig behandlet eller misforstått. Da blir han stille og trekker seg bort, virker trist, men svarer at han har det fint, hvis noen spør hvordan det går.

BALANSE

Med utrygg grunn under føttene trenger barn støtte for å finne tilbake balansen. Kognitiv ubalanse som forvirring og følelsen av å være over-

Enslige mindreårige asylsøkere i barnevernets omsorg

Siden omsorgsreformen i 2007 har Barne-, ungdoms- og familieetaten (Bufetat) hatt omsorgen for enslige mindreårige asylsøkere under 15 år. Omsorgssentrene ivaretar barna fra de ankommer landet frem til bosetting i Norge eller retur til hjemlandet (Barne-, likestillings- og inkluderingsdepartementet, 2008). Per i dag er det fire statlige omsorgssentre lokalisert i østlandsområdet, med plass til 147 barn (Barne-, ungdoms- og familieetaten, 2015).

Enhet for psykologressurser for enslige mindreårige asylsøkere i Bufetat kartlegger barnas psykiske helse og vurderer påfølgende tiltak. Barna tilbys individuell behandling etter behov. I perioder har vi også kunnet tilby gruppebasert oppfølging. Enheten samarbeider tett med personalet på omsorgssentrene og gir regelmessig veiledning og undervisning.





Å være asylsøker gir få mestringsarenaer

veldet kan lettes med hjelp til å forstå sin nye situasjon og asylsøkerprosessen. Psykisk og fysisk ubalanse grunnet stress i nåsituasjonen og oppskakende opplevelser i fortiden gir behov for den første fasen med stabiliserende traumearbeid og hjelp til en trygg og forutsigbar hverdag. Barna har behov for å komme i kontakt med sin egen handlekraft og oppleve mer kontroll over egen situasjon og fremtid.

Mujtaba forteller at han ofte kan ta en skjeggete mann på bussen for å være talibansoldat. Når noen snakker høyt, gjenopplever han hendelsen med politimennene som skrek og sparket ham. Om natten våkner han livredd med farens døde ansikt foran seg. Han bruker mye krefter på å unngå å tenke på familien og fortiden, og kjenner på indre uro og har vondt i hodet. Det er vanskelig å sovne. Han føler seg annerledes og «gal».

Mujtaba trenger nå å oppleve kontroll over symptomene og fungere mer stabilt. Psykologen bruker sin autoritet til å gi Mujtaba motivasjon og håp: «Jeg er doktor for vanskelige tanker og følelser, og dette er medisinen som hjelper.» Bruk av metaforer, illustrasjoner og humor hjelper gutten til å holde seg i toleransevinduet sitt og få med seg det som blir sagt og gjort (Nordanger & Braarud, 2014). Psykologen bidrar med psykoedukasjon: Mujtaba får en forklaring på symptomene, og får hjelp til å styrke egne mestringsstrategier og lære nye, som grunningsøvelser og andre tilstedeværelsesøvelser.

Miljøpersonalet jobber med den viktige oppfølgingen av søvnvan-skene og generell stabilisering i hverdagen. De har opplæring i traumebevisst omsorg (Bath, 2008; RVTS Sør, 2016; RVTS Øst, 2016) og veiledes i dette. Psykologen kommuniserer jevnlig med miljøkontaktene og avdelingslederen for å sikre kontinuitet i tiltakene og felles forståelse av hvordan de skal møte Mujtaba. For å roe ned kroppslig aktivering og vonde tanker før leggetid lages et kveldsritual med Mujtaba der han ber for seg og familien sin før miljøpersonalet leser for ham på sengekanten. Avdelingsleder tilrettelegger også slik at brødrene kan sove på samme rom, slik de er vant til.

MESTRING

Å være asylsøker gir få mestringsarenaer. Barna har behov for å gjenopplive eller oppøve mestringssevner til å takle stresset de lever i. De trenger å kjenne på sine sterke sider og det de får til, og beherske det sosiale samspillet. Mestringsfølelse vil kunne hindre dem i å bli passive og miste håpet i ventetiden, og gir et større opplevd handlingsrom i eget liv.

Mujtaba uttrykker at han mangler påvirkningskraft over eget liv, ved å beskrive seg som «en brikke på et spillbrett». Han forteller at alt han gjør, kjennes meningsløst inntil han får et svar på asylsøknaden sin.

Siden Mujtaba opplever mestrings og kontroll på skolen, jobber miljøpersonalet med å tydeliggjøre koblingen mellom Mujtabas skoleinnsats her og nå og livet hans i fremtiden, uavhengig av om det blir i Afghanistan eller i Norge. Slik kan han oppleve å flytte sin egen spillbrikke. Psykologen tar utgangspunkt i Mujtabas egne mestringsstrategier og resiliensfaktorer. Mujtaba forteller at han har Gud å takke for at han er der han er i dag, og at moren har lært ham å være tålmodig. Når Mujtaba trenger å hente styrke og trygghet, vender psykologen i samtalen tilbake til troen og morens kjærlighet til ham. Aktiviteten gir Mujtaba pause fra vanskelige tanker og følelser, og han begynner å

trene med det lokale fotballaget. Mujtaba får være en ungdom med aldersadekvate behov, som fortsetter sin utvikling og ikke gror fast i en passiv ventetilstand.

Det blir viktig å hjelpe Mujtaba til å mestre det sosiale miljøet og bosituasjonen på omsorgssenteret. Han sier han føler seg ensom, og opplever å ha få å snakke med. Han føler seg lett misforstått og tilsidesatt, langt borte fra et miljø og hverdagsliv han kjenner og mestrer. Han sier at de voksne bare jobber her for å tjene penger, og at de ikke forstår hvordan barna har det. Psykologen tolker dette som utrygghet som følge av tidligere relasjonsbrudd og møtet med nye, ukjente mennesker og kommunikasjonsformer. Mujtabas atferd utløser negative reaksjoner hos miljøpersonalet, noe som igjen øker hans utrygghet. I veiledning blir miljøpersonalet bevisst hvordan de selv oppfatter og møter Mujtaba, og bruker positiv redefinerings for å øke empatisk identifikasjon og slippe Mujtaba nærmere. Slik kan de unngå å argumentere mot Mujtabas påstand, men heller se bak atferden og gi ham noe av den bekrefteisen og omsorgen han trenger og savner. Ikke alle miljøterapeuter har en nær relasjon til alle barna. Det lar seg vanskelig gjøre. Det viktige er at hver ungdom har noen som de føler virkelig bryr seg.

IDENTITET OG TILHØRIGHET

Å balansere på terskelen mellom sitt gamle liv og det nye i Norge utfordrer barnas opplevelse av identitet og tilhørighet. Barna bør få rom for sine reaksjoner på overgangen i møtet med en ny kultur. De kan trenge en voksens hjelp i arbeidet med å ivareta båndene de allerede har, og å skape en ny tilhørighet. tenårings søken etter egen identitet, selvstendighet og tilhørighet blir ekstra krevende for enslige mindreårige asylsøkere som har blitt atskilt fra familien i denne livsfasen. De kan dermed trenge støtte i å finne sin identitet på egen hånd.

Mujtaba sier at «omsorgssenteret er hjemmet mitt nå, men ingenting er som hjemme». En viktig identitetsmarkør for ham er familien og rollen som ansvarlig sønn og storebror. Han føler at han sviktet lillebroren under flukten. Psykologen poengterer at skyldfølelsen henger sammen med at han er ansvarlig og omsorgsfull, og de utforsker hva moren ville tenkt om dette. Skyldfølelsen blir mindre, men savnet

og sorgen er fortsatt tunge å bære. Psykologen er opptatt av å anerkjenne hans familieidentitet slik at han kan bære denne med seg videre.

Etter tre måneder på omsorgssenteret merker miljøpersonalet at Mujtaba blir stadig mer engasjert i å følge religiøse og kulturelle skikker og påbud, og han blir mer og mer opptatt av skillet mellom det norske og det afghanske. Han irettesetter andre barn som spiser kjøtt som ikke er halal, og snakker nedlatende til noen av de ansatte på pashto'. Miljøpersonalet og psykologen kommer frem til en forståelse av dette som en naturlig fase i hans utforsking av identitet og tilhørighet, og testing av relasjonen til de voksne. Tydelige voksne og en forutsigbar avdelingsstruktur gir trygge rammer for denne utforskingen. Det blir også viktig å jobbe med relasjonen mellom miljøpersonalet og barna slik at miljøpersonalet kan svare på det underliggende behovet for omsorg og tilhørighet heller enn å speile negativ atferd med negative reaksjoner.

SAMMENHENG

Transittilværelsen kan oppleves som kaotisk og overveldende. Det er en ventetid uten klart innhold annet enn å få en avklaring i asylsaken. Livet på et omsorgssenter er et kultursjokk for mange. Enslige mindreårige asylsøkere trenger hjelp til å begripe hva de har vært gjennom i fortiden, gjøre nåtidens utfordringer forståelige og håndterbare, og skape håp og mening for fremtiden.

Med sin belastede bakgrunn trenger Mujtaba hjelp til å skape mening og sammenheng uten å overveldes kognitivt og emosjonelt. Mujtaba virker forvirret og svarer som om han er til avhør når psykologen spør om hans tanker om sitt liv. Hun velger da å slutte med å stille Mujtaba direkte spørsmål, og kommer heller med eksempler og metaforer og undrer seg høyt. De leser sammen en bildebok om å være på reise (Salinas & Engmann, 2012), og psykologen forteller om hvordan en annen gutt taklet sine liknende erfaringer. På et tegneark skaper de oversikt over fasene i livet hans til nå, og ser muligheter for fremtiden. Det å se sammenhengen mellom små ting han gjør nå, og hvordan fremtiden hans blir, kan skape motivasjon til positive endringer.

EN NY OVERGANG

Etter fem måneder på omsorgssenteret og åtte samtaler med psykologen får Mujtaba og lil- »



Mujtaba får være en ungdom med aldersadekvate behov, som ikke gror fast i en passiv ventetilstand

lebroren innvilget oppholdstillatelse i Norge. Før han blir bosatt i et kommunalt bofellesskap med andre enslige mindreårige flyktninger, har psykologen og Mujtaba en samtale om hans forventninger og om hva han kan gjøre for å skape en god overgangsfase. I psykolograpporten som sendes bosettingskommunen, anbefaler hun at Mujtaba får muligheten til å knytte stabile relasjoner til både voksne og jevnaldrende, og at han henvises til psykisk helsevern for å kunne jobbe videre med temaene de har startet på i terapi. Hun vurderer at han, når livssituasjonen og funksjonsevnen hans har stabilisert seg noe, kan ha behov for og nytte av å få bearbeidet de traumatiske opplevelsene han har hatt.

ET HELHETLIG OMSORGS- OG BEHANDLINGSTILBUD

Blant dem som jobber med og omtaler enslige mindreårige asylsøkere, blir det ofte lagt vekt på barnets sårbare sider eller dets styrker. Med vår fremgangsmåte vil vi minne om hvor viktig det er å være bevisst på begge deler – barnet er sårbart og mestrende. Med tidlig intervensjon kan vi hindre utvikling og videreutvikling av psykiske vansker og styrke barnas mestringssevne. Med en fleksibel og ambulant psykologrolle kan man sette inn tiltak på flere plan, og styrke den psykologiske kompetansen i omsorgssystemet som helhet. Ved Enhet for psykologressurser bruker vi mye tid på det indirekte arbeidet med enslige mindreårige asylsøkere. I tillegg gir vi individualterapeutisk behandling når behovet og ressursene er til stede. Med høye ankomsttall må vi prioritere enda strengere hvordan vi bruker våre ressurser, og vi mener at det er hensiktsmessig å fokusere på å styrke omsorgspersonene og gi gode gruppetilbud. Omsorgspersonene som ser barna hver dag, er de som kan gi mest virksom hjelp, og de trenger kunnskap og jevnlig veiledning for å kunne gjøre denne jobben godt.

Tilbudet om lavterskel gruppebehandling bør økes for å kunne nå ut til flere, i tillegg til at det har positive effekter i seg selv ved å bidra til å skape tilhørighet, gi barna en mulighet til å knytte relasjoner til andre som er i samme situasjon, og skape en arena der barna kan dele erfaringer, symptomer og mestringsstrategier (Meyer Demott, 2014). Det vil likevel også være viktig å ha et godt gjennomtenkt individuelt behandlingsopplegg på plass for dem som trenger det.

Det er behov for mer behandlingsforskning på denne gruppen. Vi vil fremheve behovet for forskning som ser på oppfølgingen av enslige mindreårige asylsøkere i et helhetlig perspektiv i omsorgssituasjonen de lever i. Det kan gjøre det lettere å finne et felles språk mellom psykologer og miljøterapeuter for den «omsorgsfokuserte miljøterapien» som både forskning og praksis viser at hjelper.

Vi vil avslutte med å understreke at den beste måten å møte enslige mindreårige asylsøkeres naturlige, allmennmenneskelige reaksjoner på konteksten de er i på, er å la dem komme ut i lokalsamfunnet, komme i gang med et meningsfullt liv, ha mennesker de kan koble seg på, og en følelse av å høre til – noe som er helsefremmende for oss alle. ✘

REFERANSER

- Antonovsky, A. (2012). *Helsens mysterium. Den salutogene modellen* (oversatt av Ane Sjøbu). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Barne-, likestillings- og inkluderingsdepartementet. (2008). *Ot.prp. nr. 28. (2007–2008). Om lov om endringer i lov 17. juli 1992 nr. 100 om barneverntjenester mv. (omsorgen for enslige mindreårige asylsøkere inntil bosetting eller retur)*. Hentet fra www.regjeringen.no: <http://www.regjeringen.no/nb/dep/bld/dok/regpubl/otprp/2007-2008/otprp-nr-28-2007-2008-.html?id=496950>
- Bath, H. (2008). The Three Pillars of Trauma-Informed Care. *Journal of safe management of disruptive and assaultive behaviour*, 4–7.
- Bræin, M.K., & Christie, H.J. (2012). Terapi med enslige mindreårige flyktninger og asylsøkere. I K. Eide, *Barn på flukt. Psykososialt arbeid med enslige mindreårige flyktninger*. (s. 271–291). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Dittmann, I., & Jensen, T.K. (2010). Enslige mindreårige flyktnings psykiske helse – en litteraturstudie. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 812–817.
- Jensen, T., Skårdalsmoe, E., & Fjermestad, K. (2014). Development of mental health problems – a follow-up study of unaccompanied refugee minors. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 1–10.
- Meyer DeMott, M.A. (2014). Breaking the silence: Expressive Arts as testimony. I E.G. Gwynyth Øverland, *Nordic work with traumatised refugees: Do we really care* (s. 192–200). Newcastle: Cambridge Scholars publishing.
- Neumayer, S.M., Skreslett, A., Borchgrevink, M.C., & Gravråmo, S. (2006). *Psykososialt arbeid med flyktningbarn. Introduksjon og fagveileder*. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress (NKVTS).
- Nordanger, D.Ø., & Braarud, H.C. (2014). Regulering som nøkkelbegrep og toleransevindu som modell i en ny traumepsykologi. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 531–536.
- Oppedal, B., Seglem, K.B., Jensen, L., & Haukeland, Y. (2013). *Sosiale nettverk, mestring og psykisk helse blant barn og unge som kom til Norge som enslige mindreårige asylsøkere – sentrale funn og forslag til tiltak (UngKul-rapport)*. Oslo: Folkehelseinstituttet.
- Pacione, L., Measham, T., & Rousseau, C. (2013). Refugee Children: Mental Health and Effective Interventions. *Current Psychiatry Reports*, 341–349.
- Perry, B. (2006). Applying principles of neurodevelopment to clinical work with maltreated and traumatized children. I N. Webb, *Working with traumatized youth in child welfare* (ss. 27–52). New York: The Guilford Press.
- Perry, B.D., & Hambrick, E. (2008). The Neurosequential Model of Therapeutics. *Reclaiming Children and Youth*, 38–43.
- Perry, B.D., & Szalavitz, M. (2006). *The boy who was raised as a dog and other stories from a child psychiatrist's note book. What traumatized children can teach us about loss, love, and healing*. New York: Basic books.
- RVTS Sør (2016). Handlekraft. Hentet fra www.handle-kraft.no
- RVTS Øst (2016). Traumesensitivt barnevern. Hentet fra <http://rvtsost.no/malgrupper/barne-og-familievern/traumesensitivt-barnevern/>
- Salinas, V., & Engman, C. (2012). *Reisen*. Kolbotn: Magicon forlag.
- Schore, A.N. (2003). *Affect regulation and the repair of the self*. New York: W.W.Norton.
- Siegel, D.J. (2012). *The developing mind (andre utgave): How relationships and the brain interact to shape who we are*. New York: The Guildford Press.
- Waaktar, T., & Christie, H.J. (2000). *Styrk sterke sider: håndbok i resilience grupper for barn med psykososiale belastninger*. Oslo: Kommuneforlaget.

Nyttig intervjuverktøy oversatt til norsk



Kulturformuleringsintervjuet (Cultural Formulation Interview – CFI) fra den amerikanske diagnosemanualen DSM-5 er nå kommet i norsk språkdrakt.

– For helsepersonell er intervjuet en nyttig verktøy for å få frem informasjon og en bedre dialog, særlig i møte med pasienter fra en kulturell bakgrunn man ikke selv er fortrolig med. I arbeid med psykisk helse har det ofte skortet på gode verktøy for å få kulturdimensjonen integrert i diagnostikk, forstå-

else og behandling. Intervjuet er laget nettopp med dette som formål, og for å kunne tas i bruk på ulike behandlingsnivåer og av ulike yrkesgrupper, sier Emine Kale, rådgiver og stipendiat ved Nasjonal kompetanseenhet for migrasjons- og minoritetshelse (NAKMI).

Arbeidet med oversettelsen ble utført i regi av NAKMI og ROP og er finansiert av Helsedirektoratet. De ønsker at intervjuverktøyet skal tas i bruk

både i kommune- og spesialisthelsetjenesten. Det er psykolog Kirsti Jareg som har stått for selve oversettelsen av CFI.

Kjernespørsmålene i CFI sikter blant annet mot å kartlegge personens sosiale nettverk, problembeskrivelse, antakelser om årsaker til psykiske problemer og betydningen av kulturell identitet, forklarer Kale.

– Intervjuet er ikke ment å skulle brukes i sin helhet i den enkelte sak, og intervjueren må alltid vurdere hva som er mest relevant. CFI er tenkt som et supplement til annen type kartlegging, slik som anamnese og symptomkartlegging, sier Kale.

Å falle til ro

Det enklaste og det vanskelegaste, å vere i kontakt gjennom å falle til ro.

TEKST

Øystein Verås,
psykolog ved
Psykiatrisk klinikk i
Førde, kandidat ved
Karakteranalytisk
institutt

ILLUSTRASJON

OpenClipartVectors
(mod. Psykolog-
tidsskriftet)

Pulsens aukar ved når ein legg seg ned, tankane rasar når det vert stille, rastløysa buldrar i einsemda. Å vere stille, å ligge stille, gjer at ein må kjenne. Ein tvingast til å kjenne i kroppen, kjenne etter, og kroppen vil fortelje. Når det ein kjenner, er uro eller kaos, er det ikkje godt å falle til ro. Ein vert engsteleg.

Det er vanskeleg det her. Å lytte til kroppen, lytte til våre egne kjensler, lytte til våre egne behov. Om vi ikkje lyttar undervegs i kvardagen, vil kroppen rope høgare når vi forsøker å falle til ro, og ein kan ynskje seg vekk frå det. Ubehaget hindrar kroppen i å roe ned. Vår emosjonelle kroppstilstand lever, sjølv om vi forsøker å falle til ro. Også i søvne har kroppen noko den vil fortelje. Utmatting kan sjølvstilt leie til søvn, men kanskje utan at kroppen kvilar, og alarmeren går i draumeland. Om vi ikkje lyttar inn vårt indre, og kva kroppen vil fortelje oss, gir vi på eit vis frå oss kontrollen. Uroa, angsten, stresset og kroppsspenningsane tek over, og innskrenkar vår kapasitet til å falle til ro, vår kapasitet til å regulere oss.

Det seiast at den yogastillinga som vekker mest i oss, er «død manns stilling», å ligge flat på ryggen. Kva skjer i oss når vi berre ligg på ei matte, stille, utan stimuli, i kontakt med vårt indre? Kva skjer når vi kjenner kontakt

med eigen kropp mot matta, vår eigen kropp si tyngde mot grunnen, tyngda av vår eigen eksistens i vaken tilstand? Ein opnar for det som elles herskar i vårt ubevisste, og det tillèt kontakt. Ein kontakt som gjer at vi kan lytte til kva kroppen vil fortelje, kva vårt ubevisste vil fortelje. Ein kan overveldast av kontakt med sin eksistens, vår eigen skjøre veren. For det er slik det kjennast, at eg er skjør, at eg er sårbar, og det vil eg ikkje kjenne på.

Å VÅGE KONTAKT

Kjenslene våre, den emosjonelle kroppstilstanden, har til alle tider vore viktig for vår overleving. Ei kjensle, ein tilstand, informerer og orienterer om våre behov, og gir samtidig eit handlingspotensial for å dekkje dette behovet. I ein kvardag der vi i aukande grad stimulerast, avleiest, og styrast vekk frå vår eiga veren, kompliserast kontakten med kva vi kjenner i kroppen. Å berre vere, våge å kjenne på det vi kallar stillstand og keisemd, er å våge lytting til eigen pust, våge å halde ut trykket ein kan kjenne, våge å kjenne vår eigen kropp. Det kan leie til kontakt med kjenslene, vitalitetsformer og kroppslige uttrykk, ein kontakt med vår emosjonelle kroppstilstand.



Kjenslene som vert vekte når ein får kontakt, kan forvirre. Om ein ikkje tillèt å stoppe opp og lytte inn, kan det som eigentleg skulle vere ei nyttig indre kompassnål, verte verande i det skjulte og peike i alle retningar. Å våge ein kontakt vert krevjande når vi er overlatne til oss sjølve, og ikkje har noko ytre å orientere oss etter.

Å SKAPE MEINING

Forfattaren og psykologen Helge Torvund skriv i boka *Sjelsord*:

Sentralt i mange av dei problema som moderne menneske slit med, står ei oppleving av meningsløyse. Informasjonssamfunnet bombarderer oss dagleg med andre sine meiningar. Men det å ha meiningar om ting kan av og til øydeleggja for det å kjenna meining ved det som er, det å skapa og omskapa det å vere til, tilværet. Meininga med tilværet er ikkje eit svar som tanken kan stilla. Meininga ligg heller i ein måte å kjenna det som er på, å er-kjenna. Når me legg meiningane til sides og står vakent merksame overfor tilværet, kan me skapa meining i augneblinken.

Vår evne til å regulere oss sjølve, å ha kontakt med kjenslene, å skapa meining i det vi kjenner, utviklast gradvis frå våre aller første augneblink i denne verda. I stress, kaos eller gråt er ein som barn prisgitt andre. Ein vert regulert av ein annan, som hjelp ein til å falle til ro. Ein annan som forhåpentleg ikkje berre tek vekk det vonde, men som speglar, gjer det forståeleg, gjer det handterbart, og gjev det ubehagelege meining. Mi kjensle har ei meining som eg kan dele, min emosjonelle kroppstilstand lèt andre sjå kva eg treng, så eg får dekkja mine behov. I ulik grad byrjar ein som barn å gjere dette sjølv; kjenne, lytte, regulere seg.

Ein er både avhengig og uavhengig, og slik er det framleis i ein vaksen kropp. Ein kan vere meir sjølvstyrt, eller meir styrt av andre. Ein kan vere meir styrt av tankar, eller meir styrt av kjensler. Begge deler kan skape ubalanse. Det indre kompasset hjelper oss ikkje, og vi kan streve både med sjølvregulering og regulering frå andre. Vår emosjonelle kroppstilstand leier oss ikkje til å skapa meining, til å skapa ro, eller syne våre behov for oss sjølve eller andre.

Når ein *så* ein dag sit på eit kontor, saman med eit anna menneskje som kallar seg psykolog, eller psykiater, og nyttar orda: «Eg får ikkje sove, eg er så stressa, eg er så sliten og veit ikkje kva eg skal gjere. Kan du gje meg ein pille, eller seie meg kva eg skal gjere?» Så er spørsmålet meir komplekst enn ein kan tru, og ein byrjar ofte i feil ende. Ein kallar det angst, stress eller søvnevanskar og vil ha det vekk. Medan løysinga kan vere enkel, er det likevel vanskeleg å gjere. Å kjenne, å falle til ro. Og det er slik det kan kjennast, som eit fall inn i noko ukjent, på veg mot å bli meir kjent med seg sjølv. Og det gjer ein aller helst saman med ein annan.

Helge Torvund har skriva ein anna plass, som råd både til terapeut og til pasient, og til oss alle som menneskje: «Ikkje berre gjer noko, sit der.» ✕

VITENSKAPELIG ARTIKKEL

TIDSSKRIFT FOR NORSK PSYKOLOGFORENING 2016 S. 450-457 FAGFELLEVDERT

ANNA MARGRETE FLÅM, UiT - Norges arktiske universitet, Institutt for psykologi,

BJØRN HELGE HANDEGÅRD, RKBU Nord, UiT Norges arktiske universitet¹

KONTAKT anna.m.flam@uit.no

HØYR MEG OG SJÅ MEG!

Barns røyst ved vold i familien

Barn høyrst sjeldan i familiesaker med vold. Korleis kan familievernnet opne for barnets stemme?

Omfattande forskning viser at vold i familien har alvorlege følgjer for barn og unges psykiske og fysiske helse, både som vitne og direkte utsett, og at massive barrierar finst mot å fortelje og forstå når vold skjer (ACE-studien, 2013; D'Andrea, Ford, Stolbach, Spinazzola & van der Kolk, 2012). Å finne opning for dialog er avgjerande for voldens verknad (Carpenter & Stacks, 2009; Read & Bentall, 2012). Difor er det viktig at hjelpetenester evnar å sjå og høyre når vold skjer, og å spisse seg inn slik at vold blir adressert.

Seinare forskning har imidlertid vist at sentrale norske hjelpetenester, som spesialisthelsetenesta for psykisk helsevern for barn og unge (BUP), har vanskar med å sjå at vold skjer mot barn og unge (Reigstad, Jørgensen & Wichstrøm, 2006) og atterhald mot å inkludere familien i behandlande nettverk (Reigstad, 2012). Dette framstår som eit paradoks fordi det er tatt politiske grep for å førebyggje og gi rask og samordna hjelp ved vold mot barn (BLI, 2013; Helse- og omsorgsdepartementet, 2009; Justis- og beredskapsdepartementet, 2013).

Difor blir det viktig å spørje: Korleis fungerer tenester som har som spesifikt mandat å yte spesialisert psykologisk behandling til familiar med barn og vold? I Noreg har Familievernnet (FVK) fått mandat til å prioritere denne typen saker (Bufdir, 2014). Det føreliggjande arbeidet undersøker korleis denne tenesta utfører oppgåva til familiar med barn og vold og kva utfordringar som finst.

ABSTRACT

Hear me and see me! The voice of the child in cases of family violence.

Norwegian Family Protection Service is mandated to supply specialized treatment for families with children and violence. This study examines services given in all such cases (106) at one large Norwegian office during one year, utilizing a mixed method of semi-structured questionnaires and a participatory research approach among all professionals at the office to explore main characteristics of ongoing work and future challenges. The study shows success with providing fast-track-services to private persons and collaborating agencies. However, despite priority, a major neglect of children as part-taking subjects takes place. Assignment to the UN Convention of the Rights of the Child demands efforts to include children's voices. Enforced de-facto inclusion of the child is needed to provide family-protection in accordance with the mandate.

Key words: family violence, children and violence, UN Convention on the Rights of the Child, therapy for children at violence, domestic violence

1. Vi vil takke Bruce Wamphold ved Modum Bad og Per Øystein Steinsvåg ved ATV for hjelp med spørjeskjema og Odd Arne Tjersland, UiO, og Bruce Wamphold, Modum Bad, for verdifulle merknader på eit førsteutkast, i tillegg til Hanne Haavind, UiO, for verdifulle diskusjonar undervegs. Datamaterialet er tidlegare presentert i Flåm, A. M. & Handegård, B. H. (2015). Where is the Child in Family Therapy Service After Family Violence? A Study from the Norwegian Family Protection Service. *Contemporary family therapy*, volum 37 (1).

FAMILIEVERNETS Plass

Familievernet fekk statlege midlar til ekstra innsats i familiar med barn og vold gjennom prosjektet «Barn som lever med vold i familien», som vart sett i gang av statsråd Laila Dāvøy. Prosjektet gjekk frå 2004 til 2007, med utviding til 2010. Kompetanse vart bygd opp (Heltne & Steinsvåg, 2010, 2011) og politisk mandat gitt om prioritet (Bufdir, 2014).

Til grunn låg følgjande definisjon av vold: «Vold er ei kvar handling retta mot ein annan person, som, ved at denne handlinga skadar, smertar, skremmer eller krenkjer, får denne personen til å gjere noko mot sin vilje eller avstå frå å gjere noko som han/ho vil» (Isdal, 2013).

I etterkant av prosjektet er enkeltområde undersøkt, men det finst ikkje oversyn over generell innsats (Bufdir, 2010a; Middelborg & Samoilow, 2014; Oppvekstrapporten, 2013). Difor tok underteikna initiativ til å undersøkje arbeidet ved eit av landets store familievernkontor, Tromsø Familievernkontor, som deltok i prosjektet og ønska å gi prioritet til denne typen saker. Kontoret kunne difor gi viktig innsyn i faktisk innsats på området i etterkant av prosjektet. Tre forskingsspørsmål er stilt:

1. Kva saker kjem til FVK der barn lever i familiar med vold?
2. Kva arbeid skjer?
3. Kva framstår som hovudtrekk i arbeidet og viktigaste utfordring?

Målet med undersøkinga er å bidra til at offentlege tilbod om spesialisert terapeutisk behandling for familiar med barn og vold blir best muleg egna.

METODE

Deltakarar

Data var alle saker ved kontoret i eitt kalendarår (2012) med familiar med barn og vold. Vold var opplyst ved inntak eller etter oppstarta arbeid. Inkludert vart 103 av i alt 554 kliniske saker og 3 av 336 meklingsaker (N=106). Sakene omfatta 205 barn: 33 familiar med alle barn under 4 år, 21 med barn både over og under og 51 med alle over 4 år. Gjennomsnittleg tal på barn pr. familie var som for resten av landet. Geografisk opptaksområde er 4,5 % av Fastlands-Noreg pluss Svalbard, med 2 % av folketalet og same relative fordeling av barn under 18 år som resten av landet.

Prosedyre

Alle fagpersonar (9) fylte ut eit anonymisert, semi-strukturert spørreskjema for kvar av sine saker. Spørsmåla var utvikla på grunnlag av relevant forskingslitteratur, rådføring med kompetente fagfolk og drøfting i personalgruppa. Deretter vart beskrivande summerande statistikk (SPSS) av alle svara presentert for samla faggruppe for kvalitativ utforsking av hovudtrekk i arbeidet og viktigaste utfordring. Datatilsynet vart konsultert som opplyste at formell godkjenning ikkje var nødvendig.

Analyse

Data frå spørreskjema vart analysert ved hjelp av statistikkprogrammet SPSS. Beskrivande statistikk blei brukt for summerande statistikk over alle saker, og Brown-Forsythe-testen for å teste gruppeforskjellar knytt til talet på samtalar. Spesifikasjon av hovudtrekk i arbeidet og dei viktigaste utfordringane vart analysert og systematisert i samla faggruppa i samsvar med samforskande forskningstilnærming (Johannessen, Natland & Støkken, 2011). Dette skjedde ved presentasjon av deskriptiv sum-

merande statistikk (SPSS) over alle saker for samla faggruppe på tre påfølgjande møte for samforskande kvalitativ analyse av hovudtrekk og viktigaste utfordring i materialet. Kvart møte utvida den forutgåande diskusjonen for å få så utfyllande analyse som muleg. «Hovudtrekk» betyr her hovudlinjer i pågåande arbeid. «Utfordring» betyr behov for nye grep som materialet peikar på. Likskap og ulikskap i vurderingar vart diskutert, nyansert og summert. Det følgjande presenterer kva saker som kom, arbeid som skjedde, og deretter faggruppas vurdering av hovudtrekk i arbeidet og viktigaste utfordring.

RESULTAT

Kva saker kom?

Saker med barn og vold omfatta ca. 1/5 av alle kliniske saker i eitt kalendarår (103 av 554) og 3 av 336 meklingar. Fleirtalet av kliniske saker hadde vold oppgitt ved inntak. I meklingsaker kom vold opp undervegs. I alle saker var volden gradert som alvorleg. Type vold var oftast fysisk eller kombinasjon av fysisk og psykisk vold (77,4 %) med livstruande handling og/eller slåing/dytting kombinert med trussel om vold, omfattande kritikk og kontroll over tid. Resterande saker gjaldt psykisk vold med trussel om fysisk vold, omfattande kritikk og kontroll over tid.

Kven var utøvar og utsett? Voldsutøvar var primær omsorgsperson i meir enn 90 % av alle saker, mest biologisk far (76,4 %), men også mor (25 %). Andre var stefar (5 %) og barn (tenårings-søner, 7,2 %).

Mest utsett var mor og barn, enten mor åleine (27,4 %) eller begge saman (41,5 %). Barn var direkte utsette i 64,1 % av sakene og vitne til vold i dei resterande, inkludert også der barnet var utøvar. Minst utsett var far (10 %).

Kven tilviste og definerte vold? Familien var den største tilvisaren (78 av 106 saker), med vold opplyst ved inntak i om lag halvparten. Deretter kom barnevernet med ein fjerdedel.

Minst tilvising kom frå utøvar: Om mor utøvde vold åleine (11 saker), tilviste ho i 2; om ho utøvde saman med andre (12), tilviste ho i 3. Også far tilviste lite som utøvar (2).

Ser vi på kven som først definerte at vold skjedde, var dette mest mor (61,3 % av sakene). Men også politi og barnevern, anna privat nettverk og FVK (45,3 %) var avgjerande for å definere handlingar som vold.

Kva arbeid skjedde?

Prioritet og ventetid. Alle saker med vold opplyst ved inntak fekk prioritet utafor ventelista og tilbod første påfølgjande dagar. Andre gjekk til ventelista med ventetid på 4 månader.

Melding til barnevernstenesta (BVT), politi og sikringstiltak. Barnevern og/eller politi var kopla inn i fleirtalet av sakene. I alle saker utan barnevern eller politi tok familien sjølv kontakt med FVK (31,8 % av sakene).

Barnevernet vart oftast trekt inn av FVK og politi, deretter av mor. Politiet vart oftast trekt inn av mor, deretter av barnevernet. Berre *eitt* barn oppsøkte barnevernet åleine og *to* politiet. Også andre frå familie og nettverk var sentrale aktørar for å kople politi og barnevern inn.

Tryggingstiltak mot meir vold skjedde i to tredjedelar av sakene. Familievernet var sterk pådrivar for å få dette på plass (i 55,7 % av sakene).

Samarbeid, utgreiing og terapeutisk arbeid. Eit omfattande samarbeid skjedde mellom FVK og offentlege tenester, mest med barnevern (50 % av sakene) og politi (8,5 %), men også med andre: Statens Barnehus, rettsapparat, Alternativ til vold (ATV), Universitetssjukhuset/Barneavdelinga, Krisesenter, Pedagogisk-psykologisk teneste, Regionsenter for Vold og Traumatisk Stress og vaksenpsykiatri. Minst samarbeid skjedde med primærhelsetenesta (3 saker) og BUP (2). Berre i ein femtedel av sakene arbeidde FVK åleine.

I hovudsak var arbeidet kortvarig. Mest vanleg var opptil 7 samtalar (70 % av sakene) eller opptil 12 (84 %), unntaksvis opptil 50 samtalar. «Samtale» er her definert som møte med terapeutisk fokus, med vaksne og barn saman og/eller åleine, med eller utan samarbeidspartar.

Få barn deltok, kun i 39 av 106 saker, og i få samtalar i desse (15,2 % av samtalane). *Ingen barn* deltok i 67 av 106 saker og *nesten ingen under 4 år* (i 4 av dei 39 sakene og berre 4 av totalt 58 barn under 4 år). Signifikant fleire samtalar skjedde i saker med barn til stades enn utan ($p = 0.01$), og der både mor og barn var utsette, samanlikna med om berre mor eller ikkje mor var utsett ($p = 0.02$). Fagfolk som oftast inkluderte barn, var psykologar med lang erfaring i arbeid med barn.

Standard kartleggingsverktøy for voldsoppleving, voldsbelasting og risiko var berre brukt i ein femtedel av sakene (Kartleggingspakke ATV-SfK, 2011).

Faggruppa si samla vurdering

I det følgjande er fagtilsette si samla vurdering av hovudtrekk i arbeidet og viktigaste utfordringar summert i åtte punkt, der «hovudtrekk» er linjer i pågåande arbeid og «utfordring» er behov for nye grep som materialet peikar på. Punkta utgjer deira samla analyse og fortolking av data.

Eit familievernkontor kan innfri politisk mandat om prioritet. Data viste at FVK innfrir politisk mandat når vold er opplyst ved inntak. Alle slike saker fekk tilbod i løpet av dei første påfølgjande dagane.

Å lukkast med denne typen prioritet framsto som overraskande fordi kontoret, som andre familievernkontor, også servar eit stort geografisk område med sterkt påtrykk av saker. Det forutsette fagleg dedikasjon og politisk prioritet, for praksisen hadde ei alvorleg bakside: Det skapte kø. Andre relasjonsvanskar, som parsamtalar og kompliserte familierelasjonar, måtte vente i 4 månader.

På den andre sida, mange saker fekk lang ventetid fordi vold først kom opp etter oppstart (38,6 %). At vold kom opp undervegs, kan tyde på voldsensitivt arbeid, men det kan også vise at inntaksrutinen er for lite sensitiv for volds tema. Som Todahl og Walters (2011) påpeika ut ifrå eit systematisk oversyn over kartleggingspraksis ved partnervold, har familierapeutar eit unikt profesjonelt høve til, og dermed ansvar for, å undersøkje vold som del av sitt arbeid. Difor kan så mange saker med sein rapportering om vold som kom fram i denne studien, utfordre til å bruke voldsensitive spørsmål allereie ved inntak.

Vidare viste undersøkinga at den resterande saksmengda (obligatorisk mekling) i liten grad tematiserte vold (3 av 336 meklingar). Dette er eit lågt tal sett ut ifrå barns rapport om vanskar ved samlivsbrot (Nilsen, Skipstein & Gustavsen, 2012). Også sett i lys av at barn vanskeleg fortel om vold utan konkret høve (Flåm & Haugstvedt, 2013; Reigstad et al., 2006), kan studien difor utfordre til voldsensitivt barnefokus i mekling.

Eit opnare blikk på kven utøvar er. Eit anna hovudtrekk samsvara med nasjonale studiar over forekomst (Thoresen & Hjemdal, 2014): Mødrer og barn var mest utsette for alle typar vold og far minst utsett. Barn var utsette i alle saker. På den andre sida, utøvar var oftast far (76,4 % av sakene), men også mor åleine



Saker med barn og vold omfatta cirka 1/5 av alle kliniske saker i eitt kalenderår





Fagfolk som oftast inkluderte barn, var psykologar med lang erfaring i arbeid med barn

eller saman med andre (25 %), eller stefar og eldre barn. I sum var primær omsorgsperson utøvar i meir enn 90 % av alle sakene. Igjen vistest, som Øverlien (2012) påpeikar, at heimen som sentral arena for tryggleik og vekst blir berørt når vold skjer.

Samtidig kan slike tal utfordre familierapeutar til å utvide eit tradisjonelt syn på familievold karakterisert ved mannleg utøvar. I tråd med nyare forskning (George & Stith, 2014) kan det utfordre til å opne opp for det faktum at sjølv om far og menn oftast er utøvar, så utøver både mor og barn vold.

Familien og mor tilviser mest, men meir kunnskap trengst om følgjer av vold for barn. Tredje hovudtrekk var at familien sjølv tilviste mest, både når vold var opplyst ved inntak og undervegs. Mor var den i det private nettverket som først definerte vold og tilviste mest både til FVK, barnevern og politi. Far tilviste minst. Berre FVK og politi kopla BVT oftare inn enn mor.

Sett ut ifrå kunnskap om at mange *aldri* fortel om vold trass i store konsekvensar (Thoresen & Hjemdal; 2014), at vold ofte blir minimalisert av den utsette (Siegel, 2013) kombinert med at utøvar ofte bagatelliserer vold (Adams, 2012), så viser det høge talet på tilvisingar frå familien at å gi prioritet til familiar med barn og vold skaper ei offentleg teneste som *familiar brukar*. Det opnar ein stad dit folk kjem med spørsmål om tvil, skam, skuld og tabu *utan* å måtte informere om vold som inngangsbillett. Dei kan kome, prøve ut og tore.

Samtidig viser omfattande studiar at det trengst meir kunnskap om følgjer av vold for barn for at både utøvar og omsorgsperson kan be om hjelp raskare, fordi å be om hjelp er ikkje berre til det beste for den vaksne, men trengst for barnet sjølv (Adams, 2012; Raundalen i Bufdir, 2010a). Som studien viste: Mor tilviser, far trengst meir på bana. Men som tala også fortel, utøvarar av begge kjønn treng auka forståing av verknader av vold for å endre åtferd. Såleis utfordrar også denne studien til meir opplysing i samfunnet om følgjer av vold for barn.

Utøvar treng andre som motor for endring; barn treng vaksne som tar ansvar. Eit fjerde hovudtrekk var at utøvar tilviste minst – uavhengig av kven utøvaren var. Den viktigaste drivkrafta for endring var den utsette. Unntak var *barnet*, sjølv om alle barn var utsette: Berre eitt barn gjekk aleine til barnevernet og to til politiet.

Igjen kom det fram at barn er avhengige av at vaksne tar ansvar. Såleis utfordrar også denne studien til å inkludere tause stemmer ved vold for at nødvendig endring kan skje.

Familievernet opnar ei direkte rute for barnevern og offentlege tenester. Femte hovudtrekk var at familievernet, ved sin prioritet, opna ein mykje brukt veg for barnevernet til spesialisert behandling. BVT tilviste mest, nest etter familien, med ein fjerdedel av alle tilvisingar. Og omvendt, FVK melde om lag ein femtedel av sakene til BVT. I sum utgjer dette eit ope og tosidig samarbeid mellom to sentrale instansar. I tillegg opna FVK ved sin prioritet for omfattande samarbeid med dei viktigaste offentlege tenestene, inkludert politi. Minst samarbeid skjedde med primærhelsetenesta med få saker og med BUP nesten ingen.

Understøtta av studiar om vanskar i BUP med å sjå barns erfaring med vold kombinert med atterhald mot å inkludere familien (Reigstad, 2012; Reigstad et al., 2006), så utfordrar difor undersøkinga til meir fleksibelt og målretta samarbeid med spesialisthelsetenesta.

Vidare understøttar den låge forekomsten av samarbeid med kommunehelsetenesta forslaget frå leiande helsesøstrer om at spørsmål om vold bør inn som standardprosedyre i samtale med foreldre (Ude, 2014).

Tilbodet frå familievernnet er kortvarig. Sjette hovudtrekk var at familievernnet ga kortvarig tilbod. Flest samtalar skjedde der barn var inkludert i samtalen og både mor og barn var utsette.

Sett i forhold til voldens verknad for psykisk og fysisk helse, kan dette vise ei viktig erfaring: Tenestetilbodet kan vere kortvarig om det kjem i rett tid, med låg terskel, når behovet for hjelp er opplevd mest påtrengande. Økonomisk og menneskeleg kostnad kan minke fordi følgjer av vold i nære relasjonar kostar – mellom 4,5 og 6 mrd. kroner årleg (Rasmussen, Strøm, Sverdrup & Vennemo, 2012).

Men langt grundigare svar trengst om nytteverdi. For sjølv om «Klientorientert Resultatstyring» (KOR) er innført i familievernnet (Bufdir, 2010b) med systematisk måling for å justere arbeid i samsvar med klientens ønske, så viste data at KOR ikkje var tilstrekkeleg brukt i kalenderåret 2012. Såleis er det ei utfordring å gjennomføre evaluering av arbeidet som skjer.

Arbeidet er voldsinformert, men inkluderer lite bruk av kartleggingsverktøy. Sjuande hovudtrekk var at standard kartleggingsverktøy for voldsoppleving, voldsbelastning og risiko var brukt i berre ein femtedel av sakene. Supplerande voldsinformasjon kom i samtalar, i barnevernets tilvisingar med detaljert rapport som grunnlag for voldsinformert samarbeid, og frå politi.

Ein så lågfrekvent bruk av kartleggingsreiskap er problematisk: Når omfattande studiar viser at vold ofte blir bortforklart av utøvarer (Askeland, Lømo, Strandmoen, Heir & Tjersland, 2012) og underkommunisert av den utsette (Siegel, 2013), blir det problematisk sett ut ifrå det unike høvet til innsyn og endring som familieterapi gir (Todahl & Walters, 2011).

Ei tilsvarande utfordring gjaldt rusmisbruk og psykisk lidning. Slike problem var berre kjend i 17 % av sakene. Når omfattande studiar viser hyppig samanheng mellom familievold og andre store vanskar, serleg rusmisbruk (Christensen, 2010), så utfordrar undersøkinga til meir systematisk bruk av kartleggingsreiskap.

Fråver av barnet. Siste hovudtrekk, og overraskande sett i høve til mandatet om prioritet for barn og vold, var at arbeidet inkluderte nesten berre vaksne. Kun i 39 av 106 saker deltok barn og i få samtalar i desse. Nesten ingen under 4 år var med. Ut ifrå kunnskapen om verknad av vold på barns psykiske og fysiske helse – også for barn under 4 år, er dette alarmerande låge tal.

Rett nok vistest at psykologar med mest erfaring i arbeid med barn inkluderte barn oftast, men i sum var barn nesten fråverande. Ei utfordring oppstår: Korleis kan denne tenesta opne for barnet?

DISKUSJON

Sett i høve til det unike politiske mandatet familievernnet har om å prioritere spesialisert behandling for familiar med barn og vold, så viser denne undersøkinga frå eit av landets større kontor at *når* slike saker får prioritet, så opnar det dører for folk som står midt i ein kvardag med vold. Denne studien av tilvising av slike saker, faktisk utført arbeid, samt faggruppa si samla vurdering av hovudtrekk i arbeidet og viktigaste utfordring, tydeleggjer at det er muleg for eit kontor å innfri mandat om raskt tilbod når vold er kjent ved inntak. Det illustrerer eit *hurtigspor* til familieterapi når vold skjer.

Undersøkinga viser også eit familievern som torer å ta stilling mot vold og vere aktiv samarbeidspart med både familie og sentrale offentlege instansar. Dei opnar ein direkte veg for samordning og spesialisert behandling. Praksisen eksemplifiserer ei *både-og*-tilnærming – *både* standpunkt mot vold og behandling og samarbeid.

Den utsette er lakmустest for endring

Samstundes stadfestar også denne undersøkinga at den som utøver vold, treng andre som motor for endring. Den volden rammar, er den som søker hjelp – unntatt barnet. Fordi utøvar treng andre som drivkraft, blir det avgjerande å inkludere erfaring frå dei utsette inn i sjølve arbeidet. I tråd med definisjonen av vold (Isdal, 2013) er den volden rammar, den viktigaste målestokken for at arbeid som skjer, er godt nok. Undersøkinga viser at det er på dette viktige punktet at arbeidet kjem mest til kort.



Utøvarar av begge kjønn treng auka forståing av verknader av vold for å endre åtferd

Forsømming av barn og barns rett

For sjølv ei teneste med direkte prioritet for å inkludere barneperspektiv, køyrer med sterk slagside: Vold er tema, men mest vinkla gjennom vaksne. Barnet som deltakande subjekt er forsømt.

Dette er overraskande når barns rett til å bli høyrd er nedfelt i FNs Barnekonvensjon (FN, 1989) og innlemma i norsk lov i 2003 med presedens over all lovgjeving som kan vere i konflikt. Artikkel 12 krev: «Partane skal garantere eit barn som er i stand til å danne seg egne synspunkt, retten til fritt å gi uttrykk for desse synspunkta i alle forhold som vedkjem barnet, og tillegge barnets synspunkt behørig vekt i samsvar med alder og mogning.» Dette sikrar barnet «som rettsinnehavar og ikkje som ein mottakar av velvillige handlingar frå vaksen» (Artikkel 13, § 72b).

Men sjølv i eit land med beste hensikter, med ratifisert Barnekonvensjon og omfattande politiske tiltak for å sikre barn, viser føreliggjande studie at *barns oppleving og risiko* framleis nesten ikkje er inkludert – trass i pålagt mandat.

Denne undersøkinga forsterkar såleis spørsmålet om korleis barnefokusert behandling best kan skje ved vold i familien: 1) Bør familievernet forsterkast for å inkludere barn betre? 2) Bør BUP påleggjast sterkare instruks om tilbod for barn etter vold, utan krav om traumesymptom først, og å inkludere barns familie? 3) Bør andre behandlingstinstansar (til dømes ATV) få utvida mandat?

Eit tredelt perspektiv

Uavhengig av svara på spørsmåla over vil mange saker med barn og vold også i framtida kome til familievernet. Eit familievern vil vere naturleg inngangsdør for denne typen saker fordi det er samfunnets hjelpeapparat på lågt nivå for spesialisert behandling ved krise- og relasjonsvanskar. Difor trengst fagpersonar som er rusta for å arbeide i eit tredelt perspektiv: med vold, med barn og med familie. Vaksne treng å møte ei slik teneste. Barn har sjølvstendig rett til det (Lassen, 2013). Som Herschell & McNeil (2005) viser, får også vaksne betre helbred etter vold når barn er med i behandling. Og som ACE-studien (2013) påpeikar, å opne for barns stemme er det sterkaste middelet til å fjerne misbruk av makt og den einsemda som bur i hemmelegald av vold, og til å opne veg til endring.

Avgrensing

Det kan innvendast at når fagtilsette sjølv har undersøkt og analysert, kan svar om hovudtrekk og utfordring vise individuelle preferansar og ikkje vere representative utover det. Men sidan svara var analysert i samla faggruppe basert på beskrivande statistikk av kontorets samla arbeid, kan skeive framstillingar lettare bli korrigerert enn ved enkeltstående rapportar. Dinest kan etterlyst inn-syn både i korleis terapeutisk arbeid konkret er utført og fagfolks grunngjeving for å utelate barn. Slike studiar er høgst relevante, men gjekk utover ramma for denne studien. For det tredje kan innvendast at mangel på mål på risiko og endring er ei ulempe. I framtidig forskning vil den typen mål tilføre viktig kunnskap.

KONKLUSJON

Den overordna budskapet i denne undersøkinga er at den statlege satsinga i familievernet på å prioritere familiar med barn og vold viser ein lovande start. Undersøkinga illustrerer eit hurtigspor til koordinert og spesialisert behandling i slike saker.

Men sjølv om tilbod kjem raskt når vold er opplyst, så trengst fleire justeringar: Meir voldssensitiv inntaksrutine, meir systematisk bruk av kartleggingsverktøy og mål på nytte, og betre samarbeid med BUP og kommunehelsetenesta.

Men først og fremst viser undersøkinga behov for å inkludere barnet. Den fortel i klartekst at sjølv i ei teneste med dei beste hensikter fell barn framleis «mellom stolar» ved vold. Det pågår ei omfattande forsømming av barnet som *deltakande subjekt*.

Dette påkallar ei ny satsing for å trekkje barns stemme inn i kartlegging og behandling. Å inkludere barn betyr å snakke ikkje berre om eller på vegner av, det betyr å snakke *med*. Det utfordrar til å snakke på andre måtar enn med vaksne, tilpassa barns alder og kapasitet – utan å tilsløre vaksne sitt ansvar.

Denne undersøkinga frå eit av landets store kontor inviterer til ei målretta, ny satsing for å gjennomføre, systematisere og evaluere inkludering av barns stemme ved vold i familien. Den fortel at arbeidet er godt begynt. Men godt begynt er kun halvt fullendt. Større de facto inkludering av barn trengst for å yte *familievern* – i samsvar med mandatet. ✘

LITTERATUR

- ACE-studien (2013). Lasta ned frå: www.acestudy.org
- Adams, P.J. (2012). Interventions with men who are violent to their partners. *Journal of Marital and Family Therapy*, 38(3), 458–470.
- Askeland, I.R., Lømo, B., Strandmoen, J.F., Heir, T. & Tjersland, O.A. (2012). *Kjennetegn hos menn som har oppsøkt Alternativ til Vold (ATV) for vold i nære relasjoner*. Oslo: NKVTS. Rapport 2/2012.
- BLI (2013). *Barndommen kommer ikke i reprise. Strategi for å bekjempe vold og seksuelle overgrep mot barn og ungdom (2014–2017)*. Oslo.
- Bufdir (2010a). *Vold i nære relasjoner*. Familievernets skriftserie 1/2010.
- Bufdir (2010b). *Brukermedvirkning i familievernet*. Familievernets skriftserie 2/2010.
- Bufdir (2014). *Dimensjonering og organisering av familieverntjenesten – en evaluering*. Rapport.
- Carpenter, G.L. & Stacks, A.M. (2009). Developmental effects of exposure to intimate partner violence in early childhood: A review of the literature. *Child and Youth Services review*, 31(8), 831–839.
- Christensen, E. (2010). *Alkoholproblemer og partnervold*. København: SFI-rapporter, 10:35.
- D'Andrea, W., Ford, J., Stolbach, B., Spinazola J., & van der Kolk, B.A. (2012). Understanding interpersonal trauma in children: why we need a developmentally appropriate trauma diagnosis. *American Journal of Orthopsychiatry*, 82(2), 187–200.
- Flåm, A.M. & Haugstvedt, E. (2013). Test balloons? Small signs of big events. A qualitative study of adults' awareness of children's first signs of sexual abuse. *Child Abuse & Neglect*, 37(9), 633–642.
- FN (1989). *Convention on the Rights of the Child*. Lasta ned frå <http://www.fn.no>
- George, J. & Stith, S.M. (2014). An updated feminist view of intimate partner violence. *Family Process*, 53(2), 179–193.
- Helse- og omsorgsdepartementet (2009). *Samhandlingsreformen: rett behandling på rett sted til rett tid*. St. meld. Nr. 47, 2008–2009.
- Heltne, U. & Steinsvåg, P.Ø. (2010). *Sluttrapport for prosjektet «Barn som lever med vold i familien»*. Oslo/Bergen: Rapport ATV/Senter for Krisepsykologi.
- Heltne, U. & Steinsvåg, P.Ø. (2011). *Barn som lever i relasjoner med vold. Et grunnlag for beskyttelse og hjelp*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Herschell, A.D. & McNeil, C. (2005). Theoretical and empirical underpinnings of parent-child interaction therapy with child physical abuse populations. *Education and treatment of children*, 28(2), 142–162.
- Isdal, P. (2013). *Definisjon av vold*. Lasta ned frå www.familiestiftelsen.no/book/eksport/html/11333
- Johannessen, A., Natland, S. & Støkken, A.M. (red.) (2011). *Samarbeidsbasert forskning i praksis*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Justis og beredskapsdepartementet (2013). *Et liv uten vold. Handlingsplan mot vold i nære relasjoner 2014–2017*. Oslo.
- Kartleggingspakken ATV-SfK (2011). Lasta ned frå www.atv.no
- Lassen, R. (2013). *Foredrag*. Tromsø: Seminar i Barnevernet.
- Middelborg, J., og Samoilow, D.K. (2014). *Tryggere barndom. Et behandlingsperspektiv på vold i familie*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Nilsen, W., Skipstein, A., & Gustavsen, K. (2012). *Foreldrekonflikt, samlivsbrudd og meklingskonsekvenser for barn og unge*. Oslo: Folkehelseinstituttet. Rapport 2012:2.
- Oppvekstrapporten (2013). Oslo: Buf-dir.
- Rasmussen, I., Strøm, S., Sverdrup, S. & Vennemo, H. (2012). *Samfunnsøkonomiske kostnader av vold i nære relasjoner*. Oslo: Vista Analyse.
- Read, J. & Bentall, R. (2012). Negative childhood experiences and mental health: theoretical, clinical and primary prevention implications. *British Journal of Psychiatry*, (200), 89–91.
- Reigstad, B. (2012). *Hva vet vi, og hva rapporter BUP-pasienter om ulike psykososiale belastninger. Trenger vi et familie- og nettverksperspektiv i vårt arbeid?* Lasta ned: <http://www.nbup.no/nbup/landskonf.php>
- Reigstad, B., Jørgensen, K. & Wichstrøm, L. (2006). Diagnosed and self-reported childhood abuse in national and regional samples of child and adolescent psychiatric patients: Prevalence and correlates. *Nordic Journal of Psychiatry*, 60(1), 58–66.
- Siegel, J. (2013). Breaking the links in intergenerational violence: An emotional regulation perspective. *Family Process*, 52(2), 163–177.
- Thoresen, S. & Hjemdal, O.K. (2014). *Vold og voldtekt i Norge. En nasjonal forekomststudie av vold i et livsløpsperspektiv*. Oslo: NKVTS. Rapport 1/2014.
- Todal, J., & Walters, E. (2011). Universal screening of intimate partner violence: A systematic review. *Journal of Marital & Family Therapy*, 37(3), 355–369.
- Ude, S. (2014, September 3.). Derfor spør jeg foreldrene om de slår. *Aftenposten*.
- Øverlien, C. (2012). *Vold i hjemmet. Barns strategier*. Oslo: Universitetsforlaget.



GOD KONTAKT - Det er viktig å ikke bare snakke med foreldrene, men også ha kontakt med barnet så man forstår hva det er ved barnet som gjør det så strevsomt å være foreldre, sier Inger Pauline Landsem.

Hjelp til å forstå de uforståelige

Premature barn kan få dårlig omsorg fordi foreldrene ikke forstår dem. Mange klinikere kjenner ikke godt nok til verktøy som kan hjelpe disse familiene, tror Inger Pauline Landsem.

TEKST Nina Strand | FOTO Stig Brøndbo

Å FÅ ET prematurt barn kan være en overveldende opplevelse. I tillegg til en dramatisk start på livet med barnet, med lange sykehusopphold og mye usikkerhet om hvordan barnet vil klare seg videre i livet, kan samspillet med barnet by på spesielle utfordringer. Det fungerer annerledes enn med fullbårne barn, og kan være vanskelig å tolke. Barna virker ofte mindre tilgjengelige for kontakt, og foreldrene kan derfor kjenne på frustrasjon og maktesløshet.

– Men å snakke om at forholdet til barnet ikke er optimalt, for eksempel med en helse-søster, er ofte vanskelig sier doktorand og forskningssykepleier Inger Pauline Landsem.

I februar forsvarte hun sitt doktorgradsarbeid, som viste god effekt av foreldreveiledning for familier med premature barn.

KLINISKE BLINDSONER

Landsem mener det finnes blindsoner hos helsepersonell som møter disse familiene.

– Det finnes to feilspor: enten bare å fokusere på babyen, eller bare på foreldrene. Men familien er et *system*. Utfordringer i kommunikasjonen med barnet kan føre til dårlig omsorg fra foreldrenes side. Det gjelder å se også barnets bidrag i dette samspillet, sier Landsem.

Veiledningsprogrammet hun og kollegene i Prematurstudien i Tromsø har brukt, heter «Mother–Infant Transaction Program» (MITP), og er utviklet i USA. Foreldre med premature spedbarn fikk åtte éntimes veiledningsøkter på nyfødtposten. Her fikk de hjelp til å forstå og svare på barnets signaler og følelsesuttrykk. Etter at de kom hjem, hadde de fire

besøk der foreldreveiledningen fortsatte og fortløpende ble tilpasset barnets utvikling og temperament.

I sitt doktorgradsarbeid testet Landsem dette foreldreveiledningsprogrammet i en randomisert kontrollert studie der man fulgte barnas sosio-emosjonelle atferdsutvikling opp til ni års alder. Hun undersøkte også foreldres egenrapportering av opplevd stress i samme periode, i tillegg til barnas egenopplevde livskvalitet da de var ni år. Studien sammenligner tre grupper: en tiltaksgruppe med premature, en prematur kontrollgruppe og en kontrollgruppe med terminfødte barn.

Resultatene viste at da barna var ni år, klarte barna i familiene som hadde fått veiledning seg like godt på skolen som barna født på termin – både når det gjaldt atferd og skoleprestasjoner. En tilsvarende normalisering ble ikke funnet i den premature kontrollgruppen. Disse barna viste fortsatt flere atferdsproblemer enn sine jevnaldrende, spesielt uoppmerksomhet, tilpasningsproblemer og lavere kompetanseskårer.

Gjennom hele oppveksten rapporterte foreldrene i tiltaksgruppen stress på samme nivå som foreldrene i termingruppen, fant Landsem. Foreldrene i den premature kontrollgruppen derimot, spesielt mødre, rapporterte markert mer stress.

– Vi har så langt ikke analysert hvordan ulike utfallsmål samvarierer på individnivå, men mye tyder på at en tidlig styrking av sensitivitet, begeistring, forståelse og samspillskvalitet bringer familiene inn i mer positive utviklingsspiraler som har effekter på både barn og foreldre gjennom hele barndommen, sier forskeren.

Inger Pauline Landsem

- Forsknings-sykepleier ved Barne- og ungdomsklinikken, Universitetssykehuset Nord-Norge samt tilknyttet Helsefakultetet ved Universitetet i Tromsø, Norges arktiske universitet.
- Forsvarte 26. februar avhandlingen *Results from the Tromsø Intervention Study on Preterms until children's age of nine* for ph.d.-graden ved Universitetet i Tromsø
- Utga i 2012 boka *En bedre start – for deg og din baby*, Landsem forlag.



BARNA BIDRAR TIL OMSORGS- MILJØET

Barn er medskapere av sitt eget omsorgsmiljø, ifølge Landsem. «Mye tyder på at en svak samregulering mellom barn og foreldre i spedbarnsperioden svekker eller forsinker barnets evne til vellykket selvregulering seinere i småbarnsalderen», skrev hun i en kronikk i Aftenposten 4.11.2014. Som trener i Newborn Behavioral Observation (NBO) tilknyttet Spedbarnsnettverket RBUP sør og øst reiser hun nå landet rundt for å kurse psykologer og helsesøstre i familie-veiledning. Det handler mye om trening i å fortolke atferden hos premature barn og å lære om utfordringer barna og familiene kan møte de nærmeste årene.

Landsem ønsker at psykologene lærer denne metoden, ikke minst fordi de møter disse familiene i mange faser; når barna er helt små, når de går i barnehagen og senere i skolen. Kjernen i veiledningen er å styrke foreldrenes sensitivitet, kompetanse og mestringstro i omsorgen for barnet.

– Det er viktig å ikke bare snakke med foreldrene, men også ha kontakt med barnet så man forstår hva det er ved barnets atferd som gjør det så strevsomt å være foreldre.

BARE EN FORSINKELSE

Før hun startet doktorgradsarbeidet, hadde den tidligere spesialsykepleieren i nesten to tiår jobbet med nyfødte og premature barn og deres foreldre ved Universitetssykehuset i Tromsø. Premature barn er ikke vesensforskjellige fra andre barn, understreker hun.

Inger Pauline Landsem mener universitetene burde satse mer på utviklingspsykologi. Slik det er i dag, kan mange psykologer for lite om spedbarnsatferd, sier hun.

– Utviklingspsykologien beskriver det som en forsinkelse, ikke at noe er feil. Dermed handler foreldreveiledningen mest om å bygge bro mellom barn og foreldre, gjøre foreldrene trygge ved å normalisere og å oversette barnets signaler for foreldrene. Når foreldrene forstår barnet sitt bedre, gleder de seg også mer over barnet sitt.



FOTO: PRIVAT

– Jeg ble tryggere

Synne Garder Pedersen fikk råd om hvordan hun kunne støtte sin premature sønn.

Hun var 23 år og under utdanning. Sønnen måtte tas med hastekeisersnitt 9 uker før termin, og lå i kuvøse de første ustabile ukene. De unge foreldrene fikk bare holde ham 20–30 minutter hver dag. En stor påkjenning i seg selv, forteller mamma Synne Garder Pedersen. Vi møter henne og sønnen Filip, nå 15 år, på kafé i Tromsø.

Først nylig fikk hun vite at familien var i den såkalte tiltaksgruppa i prematurprosjektet (se forskningsintervjuet side 459) – de som fikk spesielt mye oppfølging og støtte de første månedene og årene. Da hun leste loggen veilederne hadde skrevet, kjente hun seg godt igjen.

– Jeg var redd for at Filip skulle få senskader og ikke utvikle seg normalt, og for at livet hans ikke ville bli bra. Det første året, kanskje lengre enn det, fikk jeg flere angstanfall, sier hun.

Filip selv er godt kjent med dramatikken rundt fødselen og tiden etterpå, men det er første gang han hører om morens sterke bekymring og angst. Oppvekst og skolegang har gått som normalt, synes han. Men da han var tre–fire år, fikk familien ekstra hjelp.

– Filip ble frustrert og sint i overganger mellom lek og andre aktiviteter. Da fikk vi veiledning bygd på Marte Meo-prinsippene. Sammen med en terapeut så vi på videoopptak av hva som skjedde i utfordrende situasjoner, og så fikk vi råd om hvordan vi kunne håndtere det annerledes slik at det ble bedre for Filip. Hverdagen ble mye bedre etter det, forteller Pedersen.

Men aller høyest verdsetter hun støtten hun fikk på nyfødtintensiven.

– De ansatte så både barnet og oss, sier hun. – Vi fikk hjelp til å forstå barnet vårt. For eksempel at når Filip ble stresset, ble han marmorert i huden. Han reagerte mye på lyd, og vi fikk råd om hvordan vi kunne roe ham ned. Det ga trygghet, noe som var veldig viktig for oss. ✕

nina@psykologtidsskriftet.no

Meninger



Institutt uten motstemmer

Et kritisk perspektiv på diagnoser og psykofarmaka er helt fraværende ved psykologisk institutt på Blindern, mener studentene Eir Torvik og Anniken Volden.

Side 466



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 samfunns temaer, 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.



Portvokter eller helsearbeider

Psykologer bør være bevisst skillet mellom helsetjenester og asylpolitikk.

«**JEG LEVER HER**, men jeg finnes ikke.» Ordene tilhører «George»¹, en flyktningpasient i Norge. Ganske presist beskriver han essensen i sin tilværelse. Han bor her, men finnes ikke på papiret. Han er en såkalt papirløs med endelig avslag. Det som gjør tilværelsen mest uutholdelig for George, er at han strever med invalidiserende posttraumatiske symptomer som har opprinnelse i opplevelser med krig, tortur og fangenskap i hjemlandet. Av frykt for sitt liv unnlot George å forlate Norge, og siden han befinner seg i landet uten gyldig oppholdstillatelse, har norske politikere begrenset hans rettigheter. Konsekvensen av denne politikken er at helsearbei-

.....

1. George er et pseudonym for en flyktningpasient som en av de undertegnede møtte på Enhet for traumatiserte flyktninger ved Tøyen DPS. Denne enheten var et særtiltak med utvidede rammer som også kunne ta imot uformelle henvisninger blant annet fra papirløse migranter. Enheten bærer nå navnet Storby- og flyktningteam (SOFT), men har i dag andre rammer i arbeidet med denne gruppen.

dere stilles i en vanskelig posisjon i møte med denne typen pasienter.

Det som gjør Georges historie tragisk, er at asylsøknaden antakelig ble avvist fordi han ikke ble vurdert som troverdig under asylintervjuet. Studier har vist at traumatiserte mennesker har et kroppsspråk som folk flest forbinde med lavere troverdighet (se Herlihy, Jobson & Turner, 2012; Rogers, Fox & Herlihy, 2015). I tillegg viser forskning at diskrepans i historiefortelling, ofte forbundet med manglende troverdighet, hyppigere er til stede hos traumatiserte personer (Herlihy & Turner, 2006). Manglende kompetanse om traumer hos intervjuer kan altså ha den paradoksale konsekvensen at manifestasjoner av hvorfor man søker asyl, faktisk vil hindre en i å få asyl. En vilkårlighet som utgjør et rettssikkerhetsproblem.

HVEM ER DE PAPIRLØSE?

Statistisk sentralbyrå (Zhang, 2008) har anslått at det finnes 18 000 papirløse migranter i Norge. »

TEKST

Mehdi Farshbaf, psykolog og doktorgradsstipendiat
Linnea Näsholm, sosionom

ILLUSTRASJON

Åshild Irgens

PAPIRLØSE



I praksis blir inntaksteamet i ulike DPS portvoktere for den til enhver tid gjeldende innvandringspolitikk

Da hører det til sakens natur at ingen helt har oversikten. Man antar at de papirløse hovedsakelig tilhører tre grupper: mennesker med endelig avslag på sin asylsøknad, mennesker som har tatt seg ulovlig til Norge uten å søke asyl, og de som en gang har hatt lovlig opphold, men som av ulike grunner ikke har det lenger (Ottesen, 2008). Ifølge veldedige organisasjoner er det spesielt mennesker fra land i krig, det vil si Afghanistan, Somalia, Irak og Sri Lanka, som befinner seg i denne posisjonen i Norge (Ottesen, 2008).

De fleste studier fra både Norge og utlandet viser at flyktninger og asylsøkere har dårligere psykisk helse enn resten av befolkningen (Blom, 2008; Fazel, Wheeler & Danesh, 2005). Sammenlignet med flyktninger med lovlig opphold ser papirløse migranter ut til å ha enda dårligere psykiske helse (Cavazos-Rehg, Zayas & Spitznagel, 2007; Marshall, Urrutia-Rojas, Mas & Coggin, 2005; Pikhart, Drbohlav & Dzurova, 2010). Statusen som papirløs bidrar i seg selv til dårlig mental helse. Å leve i skjul er å befinne seg i en stressende unntakssituasjon. (Kuehne, Huschke & Bullinger, 2015). Selv om papirløse er yngre sammenlignet med befolkningen for øvrig, viser det seg at manglende tilgang til helsetjenester og faktorer som dårlige arbeids- og boforhold fører til svekket helse (Castañeda, 2009; Cavazos-Rehg et al., 2007; Magalhaes, Carrasco & Gastaldo, 2010). I tillegg viser oversikt fra frivillige organisasjoner at når de først er i kontakt med helsevesenet, er helsetilstanden mer alvorlig (Siddharthan & Ahern, 1996).

Hvilke rettigheter papirløse migranter har, avhenger av hvilket land de befinner seg i. I Nederland gis papirløse samme rettigheter til helsetjenester som befolkningen for øvrig, samt at de som utfører helsetjenestene, får refundert mange av sine utgifter (Teunissen et al., 2014). I Norge har man en streng praksis. Papirløse migranter har kun rett på øyeblikkelig hjelp fra spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten, og nødvendig helsehjelp fra kommunehelsetjenesten. Papirløse har heller ikke rett til fastlege. I tillegg får de som behandler papirløse – med få unntak – ingen rett til refusjon av sine utgifter fra Helfo².

.....

2. Faktisk smitte eller mistanke om smittsomme sykdommer gir etter smittevernloven rett til smittevernhjelp også for papirløse migranter. Også gravide og barn uten lovlig opphold har utvidede rettigheter til helsehjelp.

MØTET MED PSYKISK HELSEVERN

Kirkens Bymisjon og Oslo Røde Kors etablerte i 2009 et helsesenter for papirløse, det eneste av sitt slag i Norge³. Det er en av instansene i Norge med best innblikk i møtene mellom denne gruppen og psykisk helsevern (Øverland, Guribye & Lie, 2014). Deres arbeid viser at papirløses psykiske helse forsømmes, og manglende rettigheter gjør tilgangen til systemet nærmest umulig. Mange erfarer at retten til øyeblikkelig hjelp tolkes vidt. Eksempelvis kan en suicidal pasient kun få én akutttime ett sted, mens et annet sted kan et slikt problem gi rett til et halvt år med stabilisering av tilstanden. Man ser også at denne gruppen får avslag ved inntak på DPS, enten fordi de mangler personnummer og adresse, eller fordi det refereres til manglende rettigheter ut over øyeblikkelig hjelp. Andre ganger avslås søknaden fordi det hevdes at pasienten ikke vil ha nytte av behandlingen grunnet ustabil livssituasjon. Konsekvensen er svekket psykisk helse og økt lidelse siden papirløse pasienter må vente til deres tilstand blir akutt før de søker hjelp.

FAGETIKK OG MENNESKERETTIGHETER

I praksis blir inntaksteamet i ulike DPS, der også psykologer ofte sitter, portvoktere for den til enhver tid gjeldende innvandringspolitikk. Dette er betenkelig og setter psykologer og andre helsearbeidere i en motsetningsfylt posisjon. I de etiske prinsippene for psykologer står det blant annet: «Psykologen viser respekt for og arbeider for å fremme utviklingen av menneskerettigheter, verdighet og integritet.» Spesielt vanskelig blir psykologens posisjon når man vet at praksisen rundt papirløse i helsevesenet står i motsetning til artikkel 12 i FN-konvensjonen om økonomiske, sosiale og kulturelle rettigheter (ØSK), som gir alle mennesker, også de som befinner seg i riket ulovlig, «den høyest oppnåelige helsestandard» (Aschehoug, 2010). I tillegg vil vi argumentere for at man bryter artikkel 2 – retten til liv i Den europeiske menneskerettskonvensjon (EMK) når man lar en sykdomstilstand eller psykisk lidelse gå ubehandlet, noe som i ytterste konsekvens kan føre til død (Aschehoug, 2010). Ifølge Menne-

.....

3. I oktober 2013 ble initiativet Helsehjelp til papirløse opprettet i Bergen.

skerettsloven § 3 skal både ØKS og EMK ha forrang fremfor annen lovgivning, inkludert utlendingsloven, men i praksis viser det seg at menneskerettighetene ikke tas på alvor for papirløse (Lysaker, 2011).

BEHOV FOR NYE TILNÆRMINGER

George, som vi begynte denne artikkelen med, var heldig. Han fikk helsehjelp, da det også fantes et særtiltak i Oslo (Enhet for traumatiserte flyktninger (ETF)) for dem uten lovlig opphold. Våre erfaringer fra ETF viste at det er mulig å hjelpe denne gruppen på tross av usikker livssituasjon. Vi så at det var mulig å stabilisere traumesymptomer og forhindre forverring av tilstand. Disse erfaringene er i tråd med studier fra andre land som viser at symptomlette oppnås med riktig behandling (Slobodin & de Jong, 2015; Stenmark, Catani, Neuner, Elbert & Holen, 2013).

Hva med alle de andre som er i samme situasjon som George? Med tanke på at dagens praksis kan være i strid med menneskerettighetene, og

at statusen som papirløs er noe vilkårlig og kan bygge på feilslutninger, er det viktig at psykologer har et bevisst og aktivt forhold til denne problemstillingen. Papirløse med psykiske lidelser er en svært sårbar gruppe med begrensede rettigheter. Vanligvis er vi på de sårbare side og gir helsehjelp ut fra hva som gagnar pasienten. I tilfellet papirløse ser det ut til at våre vurderinger ikke springer ut fra faglige vurderinger, men ut fra ressursbruk og innvandringsregulerende hensyn. Det må være et tydelig skille mellom helsetjenester og asylpolitikk, og hensynet til psykisk helse bør veie tyngst i vurdering om helsehjelp. ✕

REFERANSER

- Aschehoug, S. (2010). Rett til helsehjelp for papirløse migranter. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 130(7), 765–766. doi:10.4045/tidsskr.09.1225
- Blom, S. (2008). *Innvandrerens helse 2005/2006*. Hentet fra Oslo: <https://www.ssb.no/sosiale-forhold-og-kriminalitet/artikler-og-publikasjoner/innvanderers-helse-2005-2006?fane=om-content>
- Castañeda, H. (2009). Illegality as risk factor: a survey of unauthorized migrant patients in a Berlin clinic. *Social Science & Medicine*, 68(8), 1552–1560.
- Cavazos-Rehg, P.A., Zayas, L.H. & Spitznagel, E.L. (2007). Legal status, emotional well-being and subjective health status of Latino immigrants. *Journal of the National Medical Association*, 99(10), 1126.
- Fazel, M., Wheeler, J. & Danesh, J. (2005). Prevalence of serious mental disorder in 7000 refugees resettled in western countries: a systematic review. *The Lancet*, 365(9467), 1309–1314.
- Herlihy, J., Jobson, L. & Turner, S. (2012). Just Tell Us What Happened to You: Autobiographical Memory and Seeking Asylum. *Applied Cognitive Psychology*, 26(5), 661–676. doi:10.1002/acp.2852
- Herlihy, J. & Turner, S. (2006). Should discrepant accounts given by asylum seekers be taken as proof of deceit? *Torture: quarterly journal on rehabilitation of torture victims and prevention of torture*, 16(2), 81–92.
- Kuehne, A., Huschke, S. & Bullinger, M. (2015). Subjective health of undocumented migrants in Germany—a mixed methods approach. *BMC public health*, 15(1), 1.
- Lysaker, O. (2011). Sårbar kropp verdig liv. Anerkjennelseskampers eksistensielle kosmopolitikk. Oslo: Unipub.
- Magalhaes, L., Carrasco, C. & Galardo, D. (2010). Undocumented migrants in Canada: a scope literature review on health, access to services, and working conditions. *Journal of Immigrant and Minority Health*, 12(1), 132–151.
- Marshall, K.J., Urrutia-Rojas, X., Mas, F.S. & Coggin, C. (2005). Health status and access to health care of documented and undocumented immigrant Latino women. *Health Care for Women International*, 26(10), 916–936.
- Ottesen, S.H. (2008). *Papirløse migranter*. Hentet fra Oslo: [http://www.bymisjon.no/PageFiles/4132/Pairl%C3%B8se migranter rapport.pdf](http://www.bymisjon.no/PageFiles/4132/Pairl%C3%B8se%20migranter%20rapport.pdf)
- Pikhart, H., Drbohlav, D. & Dzurova, D. (2010). The self-reported health of legal and illegal/irregular immigrants in the Czech Republic. *International journal of public health*, 55(5), 401–411.
- Rogers, H., Fox, S. & Herlihy, J. (2015). The importance of looking credible: the impact of the behavioural sequelae of post-traumatic stress disorder on the credibility of asylum seekers. *Psychology, Crime & Law*, 21(2), 139–155.
- Siddharthan, K. & Ahern, M. (1996). Inpatient utilization by undocumented immigrants without insurance. *Journal of health care for the poor and underserved*, 7(4), 355–363.
- Slobodin, O. & de Jong, J.T. (2015). Mental health interventions for traumatized asylum seekers and refugees: What do we know about their efficacy? *International Journal of Social Psychiatry*, 61(1), 17–26.
- Stenmark, H., Catani, C., Neuner, F., Elbert, T. & Holen, A. (2013). Treating PTSD in refugees and asylum seekers within the general health care system. A randomized controlled multicenter study. *Behaviour research and therapy*, 51(10), 641–647.
- Teunissen, E., Sheraly, J., van den Muijsenbergh, M., Dowrick, C., van Weel-Baumburg, E. & van Weel, C. (2014). Mental health problems of undocumented migrants (UMs) in the Netherlands: a qualitative exploration of help-seeking behaviour and experiences with primary care. *BMJ open*, 4(11), e005738.
- Zhang, L.-C. (2008). *Developing methods for determining the number of unauthorized foreigners in Norway*. Hentet fra Oslo: <https://www.ssb.no/en/befolkning/artikler-og-publikasjoner/developing-methods-for-determining-the-number-of-unauthorized-foreigners-in-norway-26680?fane=om-content>
- Øverland, G., Guribye, E. & Lie, B. (2014). *Nordic Work with Traumatized Refugees: Do We Really Care*: Cambridge Scholars Publishing.

Ja takk til kritikk og debatt om diagnoser



Vi trenger flere kritiske motstemmer og en mer balansert framstilling av diagnoser og psykofarmaka på profesjonsstudiet i psykologi.

EIR TORVIK,

fjerdeårsstudent ved profesjonsstudiet i psykologi, Universitetet i Oslo

ANNIKEN VOLDEN,

femteårsstudent ved profesjonsstudiet i psykologi, Universitetet i Oslo

DIAGNOSEKRITIKK

PÅL KRAFT OG Birgit Valla tar til orde for ulike løsninger i en bred og mangefasettert diagnosekritikk i *Psykologtidsskriftet* nr. 5 2016. Mens Valla vil skrote diagnosene, vil Kraft utvikle mer treffsikre biomedisinske markører for psykopatologi og psykoterapeutisk endring. Valla skriver også om foredragene til forskerne og diagnosekritikerne James Davies og Peter Kinderman på Litteraturhuset 17. mars. Hun var overrasket over hvor få som møtte opp på gjesteforelesningen de holdt på Psykologisk institutt ved Universitetet i Oslo tidligere samme dag. Vitenskapsjournalist Robert Whitakers forelesning om de negative langtidsvirkningene av psykofarmaka på samme sted halvannet år tidligere hadde tilsvarende dårlig oppmøte. Som studenter deler vi Vallas bekymring for instituttets tilrettelegging for kunnskapsformidling om de mange og viktige debattene om både diagnoser og psykofarmaka. Bokanmeldelsen av Peter C. Gøtzsches *Dødelig psykiatri og organisert fornektelse* i samme nummer av tidsskriftet understreker hvor aktuelle spørsmålene er. Den kritiske litteraturen på dette området kan høres konspiratorisk ut, men om vi dukker ned i empirien og ser hvilke prominente forskere som står bak, tror vi studentene vil ta med seg et mer balansert perspektiv ut i arbeidslivet.

MOTSTEMMENE MANGLER

Poenget er at så ikke skjer. Ved UiOs profesjonsutdanning i psykologi er nesten hele andre året satt av til fagene kognitiv nevrovitenskap og alvorlig psykopatologi. Likevel hadde vi ikke én eneste kritisk forelesning hele dette året, ingen som presenterte motargumenter mot det høye og økende forbruket av legemidler i psykisk helsevern, ingen diag-

nosekritisk litteratur. Vi spurte blant annet en foreleser hvordan man kan måle nevrotransmittere og eventuell dysfunksjon hos visse pasientgrupper. Det kunne han ikke svare på, og det var heller ingen pensumlitteratur som oppklarte tvilen. Derimot hadde vi flere forelesninger med to psykiatere, hvorav den ene brukte store deler av tiden på å overbevise oss om at å *ikke* behandle depresjon med psykofarmaka er giftig for hjernen. Da vi begynte med utredning av psykiske lidelser noen semestre senere, stilte flere medstudenter spørsmål ved hvorfor det ble presentert så mange psykososiale aspekter ved de ulike diagnosegruppene. Hovedpoenget som vi hadde med oss fra tidligere, var jo at schizofreni og depresjon i stor grad kan forstås som nevrokjemiske ubalanser i hjernen.

Problemet er ikke at vi lærer om disse hypotesene på studiet. Problemet er at motstemmene, uenighetene og de inkonsistente, delvis manglende forskningsresultatene om diagnoser og psykofarmaka ikke kommer godt nok fram. Man kan ikke regne med at studentene går på ekstraprelesninger eller kjøper dyre bøker fra Abstrakt forlag for å få med seg at mange mener at diagnosene er lite evidensbaserte, og at psykofarmaka skader flere enn de gagnar. Man kan ikke regne med at studentene av seg selv forstår koblingen mellom stadig flere og mer finstemte diagnoser og økende psykofarmakabruk, når det ikke legges opp til det fra instituttets side. Man kan heller ikke regne med at alle reflekterer over at legemiddelindustrien har interesse av at psykologer diagnostiserer og anbefaler tilleggsbehandling med psykofarmaka så mye som mulig, og at den samme industrien også finansierer all forskning på, nettopp, psykofarmaka.



Motvind fra alle kanter

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

ETTERLÅNGERENAV DSM-5 har diskutert om diagnosesystemene DSM og ICD ble mest kraftig opplyst. Kritikken av diagnosesystemene kommer fra ulike hold og har mange fasetter. Noen mener at diagnosesystemene bidrar til økt sykebelasting av allerede syke mennesker, samt legitimerer et overforbruk av psykofarmaka. Andre er mer opptatt av at diagnosesystemene står i veien for integrering av forskning som kan øke effektiviteten og kvaliteten på hvordan psykiske lidelser oppstår og forløper, og best kan behandles.

De nye DSM-kriteriene ble først utgitt av forfatteren til *DSM-5* (Dartem, 2013) og Peter Knudsen (Dartem, 2013) har kommentert på norsk. Dette har gitt en inspirasjon til å gjøre som en kritisk til diagnose. Samtidig har det gitt en visuell løsning til den utrykte kritikkgrunnlaget.

Kritikken står i mange retninger, og

psykiatere og psykiatriske faglige organisasjoner og helsemyndigheter, samt legemiddelfabrikanter, men også noen kliniske psykologer som utøver og behandler med en sykdomsmodell som forskningsgrunnlag for praktiske tiltak.

Jonesen-Dartem beskriver i sin bok hvordan diagnosesystemene og diagnosekriteriene i DSM har blitt til ved at en gruppe psykiatere diskuterte og drøyt å utarbeide, og til sist ble samlet ved helsemyndighet. Som grunnlag for psykiatrens oppfatninger til deres kliniske utførelser og faglige utøvelse. Forskning var i liten grad et kunnskapsgrunnlag. Diagnoser ble behandret i form av hvordan tilstandene ble behandlet, og diagnosekriteriene representerte tegn og symptomer som disse pasientene eller barna opplevde som eller ble observert med. Forholdet mellom de mange symptomene som måtte være til stede for å tilfredstille en diagnose, ble regnet ved å bli så mange eller forholdsvis mange.

TEKST
Fotografert ved
Pulsgrønn studio,
Lørenskog (2013).
ILLUSTRASJON
Åshild Østrem

SKAPER IKKE FORVIRRING

Tabletter er nyttig for noen og er mulig å bruke pragmatisk for å komme i gang med en endringsprosess, slik mange psykiatere også tar til orde for. Når vi hører om ungdom som går på antidepressiva i årevis på grunn av milde depresjoner etter anbefaling fra psykolog, blir vi bekymret. Hjernene er i stor utvikling til vi er minst 25 år gamle, og en del evidens tyder på at langvarig psykofarmakabruk kan være med og opprettholde framfor å kurere psykisk lidelse. Psykiatriske legemidler demper dessuten følelse og subjektiv opplevelse på måter som kan forhindre sosial fungering og arbeid med det vanskelige i psykoterapi. Og hva gjør det egentlig med klienter å få problemene sine formulert av helsepersonell som at det er noe galt med hjernen? Hvordan påvirker det selvfølelse, autonomi, mestring og motivasjon til å lære seg å håndtere og leve med vanskene sine? Kunnskap om negative virkninger og usikkerhet må være en integrert del av studiet. Vi må få presentert – og begynne å diskutere – motstimer og alternativer til den medisinske modellen av psykisk lidelse. Framfor å forvirres, tror vi at studentene vil lære å forholde seg mer kritisk til både forskning og klinisk praksis. Det er selvfølgelig mulig å ha to tanker i hodet samtidig – å både kunne diagnostisere i henhold til gjeldende diagnosemanualer, og forholde

seg kritisk til innholdsvaliditeten i dagens diagnoser. Slik Valla skriver, er universitetet helst ikke et sted for indoktrinering, men et sted for kritisk tenkning.

Mange av psykologistudentene har deltidsjobb eller er i praksis ved psykiatriske institusjoner, der vi får erfaring med hvordan den medisinske modellen fungerer i praksis. Det meste av eventuell bedring tilskrives til psykofarmaka, og dersom det ikke går bedre, er løsningen som regel flere eller andre legemidler. Det kan også virke som at det er liten takhøyde for å stille spørsmål ved behandlingsmetodene. Psykiatrien virker ofte overraskende hierarkisk og lite humanistisk. Dersom vi som psykologistudent og nyutdannede psykologer ikke lærer å stille nødvendige spørsmål ved evidensgrunnlaget til oppleste og vedtatte sannheter i behandling av psykisk lidelse, hvem skal gjøre det da? Det er viktig å vite hva legene lærer, men det er også viktig å lære om motstridende og manglende evidens, og ikke minst en psykologisk modell for psykisk lidelse. Hvis ikke, risikerer psykologene å bli legemiddelindustriens nyttige idioter – de som nesten ikke kan psykofarmakologi, men stiller seg positive til å behandle psykisk lidelse med legemidler på grunnlag av noen forelesninger med en psykiater en gang for lenge siden. Som ansvarlige for behandling av klienter i psykisk helsevern er vel ikke det godt nok? ❖



Framfor å forvirres, tror vi at studentene vil lære å forholde seg mer kritisk til både forskning og klinisk praksis

FAKSIMILE fra aprilutgaven av Psykologtidsskriftet.



Integrert teori og praksis er best i utdanning av psykologer

En 6-årig profesjonsutdanning i Norge, med integrert teoriundervisning og praksis, er klart å foretrekke fremfor en 5-årig masterutdanning fra utlandet.



BJØRN RISHOVD RUND,
Psykologisk institutt,
Universitetet i Oslo

PSYKOLOG- UTDANNINGEN

JEG ER ENIG med Christian Zimmermann i at Norge tilbyr den beste utdanningen for psykologer som skal arbeide i Norge, og med Tor Levin Hofgaards anbefaling om å bruke norske utdanningsinstitusjoner. Min bakgrunn for å mene dette er: Jeg var leder ved Psykologisk institutt i Oslo og Nasjonalt råd for psykologutdanning på det tidspunktet da det 6-årige integrerte profesjonsprogrammet ble innført her i landet. Samtidig ble Norsk standard for psykologutdanning revidert (2001). Videre har jeg omfattende erfaring med og kunnskap om utenlandske utdanninger gjennom flerårig virke i Den europeiske psykologføderasjonen (EFPA) og Den internasjonale psykologunion (IUPsyS), samt forskningsopphold ved mange utenlandske utdanningsinstitusjoner.

Det lå et omfattende arbeid til grunn for at vi greide å bevare et 6-årig studieløp for psykologutdanningen da nesten alle andre universitetsstudier ble lagt om til bachelor-/master-programmer. (Unntakene var psykologi, medisin og teologi.) Vi jobbet i den sammenheng opp mot alle de politiske partiene og hadde flere møter med stortingskomiteer, universitetsledelsen og andre relevante instanser. De to grunnpilarene i psykologutdanningen, slik det kom til uttrykk både i den reviderte standarden og i de 6-årige profesjonsprogrammene, er: a) utdanningen skal bestå av integrert teoretisk og praktisk skoleing, b) utdanningen skal bygge på en generalistmodell.

TEORI OG PRAKSIS

Samordning av praksis og teoriundervisning, med tidlig start av praksis, er en helt nødven-

dig forutsetning for en god psykologutdanning (scientist-practitioner/Bouldermodell). Dette dannet derfor normen for en felles nasjonal psykologutdanning. I stor grad har vi lyktes med implementering av en slik modell i Norge, men uten å være helt i mål. Det er et uttrykt ønske hos studentene i Oslo om å starte med praktisk ferdighetstrening enda tidligere enn det vi nå gjør. Praksisen skjer ved norske institusjoner, de fleste av dem innenfor helsesektoren. Det er viktig at studentene får anledning til å omsette teoretisk kunnskap om lov- og regelverk innenfor rammen av den norske helsetjenesten og i den kulturen de skal ha sitt virke. Helse-lovene er omfattende. Det er for eksempel ikke nok å lære seg innholdet i Lov om psykisk helsevern og så regne med at den er grei å anvende i spesialisthelsetjenesten. Til det trengs omfattende skoleing under kyndig veiledning. En slik integrert teori- og praksisutdanning kan ikke utenlandske institusjoner tilby.

Jeg mener det videre er viktig å holde fast ved en generalistmodell. Uten den kan psykologutdanningen lett bli for praksisrettet, mye lik de treårige helseprofesjonsutdanningene. Det er nødvendig med en grundig skoleing i et bredt spekter av basalfag som grunnlag for praksisutøvelsen. Det er viktig at profesjonsprogrammet ikke gjøres til en ren klinisk utdanning. Grunnutdanningen skal være generell, spesialiseringen begynner etter endt grunnutdanning.

GOD FORRETNING

Tofte og Rzadkowska argumenter med at det norske samfunnet har behov for at det utdannes flere psykologer, og at vi trenger hjelp fra utenlandske universiteter for å klare dette. Ingen har med særlig treffsikkerhet klart å spå om behovet for ulike profesjoner, psykologer inkludert. Jeg skal derfor avstå fra å mene noe om det vil være et underskudd eller overskudd av psykologer her i landet om – la oss si – ti år. Men skulle vi dømme ut fra den konkurransen det er om psykologjobber for tiden, og det faktum at opptaket til profesjonsstudiene nylig er økt til 325 per år, er det nærliggende å anta at vi vil få et psykologoverskudd om noen år.

Flere utenlandske universiteter er i ferd med å etablere masterprogrammer i psykologi beregnet på norske studenter. Profesjonsutdanninger, særlig innenfor de områdene der det er vanskelig å få plass ved norske utdanningsinstitusjoner, er god forretning for utenlandske universiteter og tilsvarende kostbart for de norske studentene. Jeg er skeptisk til en slik utvikling. Skepsisen knytter seg til den utfordringen det vil være å skaffe disse studentene en relevant, integrert praksis gjennom hele studieløpet. Den er altså ikke knyttet til en uro for at utenlandske universiteter ikke kan gi god nok teoriundervisning. Som Tofte og Rzadkowska påpeker, er ikke de norske universitetene på toppen av noen rankinglister innenfor psykologi. Det har imidlertid med det forholdet å gjøre at norske institusjoner aldri vil kunne nå opp på samme nivå og omfang i forskning som de amerikanske og europeiske eliteuniversitetene.

Det er ingen tvil om at det er mange dyktige psykologer som er utdannet ved utenlandske universiteter. Men ut fra de argumentene jeg har nevnt, mener jeg en 6-årig profesjonsutdanning i Norge klart er å foretrekke fremfor en 5-årig masterutdanning fra utlandet. ❖



Det er nærliggende å anta at vi vil få et psykologoverskudd om noen år

Mindre familierterapi i BUP

Hensynet til økonomi har gitt færre familierapeutiske tilbud i barne- og ungdomspsykiatrien. Det kan få store negative konsekvenser på lang sikt.



HENRIETTE C.

ALSING, spesialist i klinisk familierpsykologi, Ambulant familierenhet, BUPA, Vestre Viken HF. Styremedlem i Norsk forening for familierterapi

FAMILIERTERAPI

FOR 25 ÅR siden var jeg psykologistudent i hovedpraksis ved Barne- og ungdomspsykiatrisk seksjon på et somatisk sykehus. Hver uke ble man orientert om nyinnlagte barn og ungdom med somatiske sykdommer og psykosomatiske tilstander. En eller to ansatte på BUP bisto daglig hver sine somatiske barneavdelinger. Også kvinneklinikken var tilført barnepsykiatrisk kompetanse på samme måte, for å fange opp særlig vanskelige svangerskap og farefulle fødsler. Slik ble terskelen lav for samarbeid mellom somatikk og barnepsykiatri. Familierperspektivet sto sentralt på BUP. Hver enkelt i familien hadde ulike problemstillinger BUP tok fatt i, for eksempel angst for smertefulle, men nødvendige prosedyrer i barnets somatiske behandling. Foreldrene strevde ofte med ulike emosjonelle reaksjoner på barnets sykdomsforløp, i tillegg til praktiske og økonomiske utfordringer i en helt ny hverdag, innlagt med sitt syke barn over lang tid. Også søsken ble inkludert i den helhetlige oppfølgingen. Noen intervensjoner skjedde adskilt for familiermedlemmene, andre med flere eller alle til stede. Felles for dem alle var et behov for kriseintervensjon, dersom innleggelsen kom brått og uventet.

Da jeg flere år senere kom tilbake til nevnte arbeidsplass som ansatt, var det godt å se at man fortsatt hadde hele familien i fokus ved alvorlig somatisk sykdom hos barn. De pårørende var delaktige og ikke utestengte og hjelpeløse. Ved tilfriskning, men også ved dødsfall, hadde hele familierystemet deltatt og kunne bistå hverandre i felles bearbeiding av hendelsene.

I årene etter de gode erfaringene på et somatisk sykehus har jeg vært ansatt på BUP innen psykisk helsevern. Der har det vært store endringer i vilkårene for familierapeutisk arbeid i løpet av kort tid.

OVERSTYRER FAGLIGE HENSYN

Med jevne mellomrom stilles det strengere krav til effektivitet og lønnsomhet i psykiatriske virksomheter. Familierterapi er en særlig sårbar behandlingsform i denne sammenheng. Metodene man vanligvis benytter, innebærer deltagelse av to eller flere terapeuter som samarbeider med en familier om et endringsprosjekt. Terapeutene bruker seg selv og hverandre aktivt, sammen med familien, og reflekterende prosesser gir muligheter for utvikling og symptomlette. Økonomiske forhold påvirker imidlertid metodevalget, da inntjeningen til BUP er knyttet til hver terapeuts direkte pasientrettede handlinger, såkalte tiltak. En terapitime skal registreres på én terapeut, så coterapeutenes arbeid i en familierapeutisk modell fremkommer ikke i statistikk over utført aktivitet ved klinikken.

Familierterapi er beskrevet i forbindelse med behandling av nær sagt alle former for psykologisk problematikk. Ved å intervensere i en del av et system, person, par eller gruppe, vil øvrige deler av systemet bli påvirket. Dersom flere i familien deltar i behandlingen, kan man bedre ivareta hver enkelt. Man påvirkes ikke bare passivt, men blir mer delaktig i endringene i familien. Slik oppnås en mer helhetlig helende prosess. Relasjonelle aspekter som kan ha bidratt

Debattert

Fagfrustrasjon

til at problemene oppsto, kan tematiseres, og man kan danne nye samhandlingsformer som er mer konstruktive for flere. I arbeid med familier ser man ofte at konflikter løses og nærhet opprettes eller gjenopprettes. Dette er særlig aktuelt for de familiene der barn lider under konfliktfylte foreldreforhold etter samlivsbrudd.

Man kan jobbe godt familierapeutisk som én behandler alene, men dersom man er flere terapeuter, åpnes langt flere muligheter. Et godt samarbeid mellom to eller flere terapeuter gir anledning til å anvende reflekterende team, der det som erfares i samtalen, kan løftes frem og tydeliggjøres fra flere posisjoner og synsvinkler. Strukturen tillater en oppgavefordeling mellom terapeutene, slik at man kan sikre at hvert familiemedlem får sin stemme frem i samtalen. Dette er med på å styrke barneperspektivet i familierapi.

INNSKRENKNING AV TILBUDET

Familierapi med flere terapeuter kan likevel ikke lenger tilbys så ofte som ønskelig i spesialisthelsetjenesten. Dette er paradoksalt, siden de mest alvorlige og sammensatte lidelsene behandles der. Her er behovet for varig endring størst. Desto viktigere er det at flere involveres i klientens endring, slik at virksomme faktorer med større sannsynlighet kan opprettholdes over tid. Terapi er i omfang en liten del av livet, og i et skjermet rom for klient og terapeut utgjør dette et system i seg selv. Dersom dette utvides til å inkludere flere av klientens nærmeste, styrkes overføringsverdien fra terapirommet til livet for øvrig. Ved deltagelse av flere terapeuter sikrer man prosessen ytterligere gjennom ivaretagelse av flere personer og relasjoner, som kan øke varigheten av intervensjonene og dermed forhindre tilbakefall.

Men arbeidsgiveren skal vise gode økonomiske resultater til sin oppdragsgiver, som igjen er avhengig av politisk vilje til prioriteringer. I klinikken erfares dette som at det i større grad spørres etter produksjonstall enn behandlingsresultater.

Sammenblanding av kortsiktige økonomiske forhold og valg av terapiformer er ofte uheldig. Friheten til å velge tilnærming og meto- dikk bør være tillagt behandlere i dialog med klienter, med tillit fra arbeidsgiver. ✕

Manglende forståelse: Psykologistudenter ved NTNU mener de lærer lite eller ingen ting om hvordan de skal møte og forstå mennesker med en annen kulturell bakgrunn enn dem selv. Derfor startet en håndfull av dem Psykologistudenter Uten Grenser (PUG). – Å si at vi dannet PUG som en protest mot fagtilbudet er kanskje litt krasst, men det var i alle fall drevet fram av en viss frustrasjon over det vi mener er klare mangler ved tilbudet, sier Anja Hallan-Wolff.

Universitetsavisa, 11. mai

Ikke dårlig: – Det er flott at vi har studenter som er opptatt av faget, sier Magne Arve Flaten, lederen ved Psykologisk Institutt ved NTNU. Når det er sagt, er Magne Arve Flaten ikke enig med studentene i at studietilbudet på instituttet han leder er for dårlig.

Universitetsavisa, 11. mai

Universitet uten mening? Kanskje sosiologistudenter også burde danne en organisasjon, slik psykologistudentene har gjort, hvor man kan lære metode, analysere data, anvende teorier og perspektiver eller lære om sosiologiske klassikere. Å lære sosiologi i praksis på egenhånd. Hva er så meningen med universitetet?

Anne Hirrich, Universitetsavisa, 12. mai

Ikke til å tro: I en tid da vi har gleden av å møte stadig flere med en annen kulturbakgrunn også her i Norge, og studenter reiser som aldri før for å lære om de andre, så har altså Psykologisk institutt stoppet undervisningen i kulturpsykologi. Det er nesten ikke til å tro.

Arnulf Kolstad, Universitetsavisa, 13. mai

Når brukerstemmen profesjonaliseres

Brukerkunnskapen må ikke profesjonaliseres så mye at den blir utilgjengelig og snever.



**HILDE HEM,
TONE LARSEN HOEL,
EVA MARIT
SVENDSEN,
ESKIL SKJELDAL**

Nasjonalt senter for erfaringskompetanse innen psykisk helse

BRUKERKRITIKK

I ET INNLEGG i Psykologi nr. 4/2016 argumenterer Odd Volden for at brukerbevegelsen på psykisk helsefeltet vil tjene på å profesjonaliseres. Volden kritiserer også Nasjonalt senter for erfaringskompetanses rolle og arbeidsmetodikk på dette feltet. Det er derfor god grunn til å svare på hans utfordringer til oss.

NY KUNNSKAPSMODELL?

Vi er enige med Volden i at det dominerende kunnskapsparadigmet og den medisinske modellen er for snevre. Dette perspektivet virker begrensende for en kunnskapsmodell der subjektets erfaringer står sentralt. At vi ikke er opptatt av analytiske og teoretiske bidrag utviklet av brukerstemmer, er ikke korrekt. Men vi er enige med Volden i at mye er i støpeskjeen. Vi har gjort noe for å utvikle teori på feltet: Vi har gitt ut publikasjonen Ny kunnskap – ny praksis. Et nytt psykisk helsevern. Her nevner forfatter Tor-Johan Ekeland konkrete initiativ til å styrke en subjektorientert kunnskap. Vi er ikke opptatt av enkelterfaringer for erfaringenes skyld, men rører oss på steder der erfaringer kan systematiseres og gjøres om til kunnskap. Det betyr at vi arbeider for at brukerbevegelsen nettopp kan samles og møte fagfolk og forskere som kan trekke i samme retning for et mer brukervennlig psykisk helsefelt. Vi håper at alle disse prosjektene sammen kan føre til en styrking av brukerstemmene, også på det teoretiske området.

MENINGSBRYTNING OG DIALOG

Vi vet at meningsbrytning er viktig for å skape ny kunnskap. Saklig uenighet er alltid et gode.

Uten saklig debatt får vi ikke vekst. Men der Volden er aktivist, og legger en konfliktmodell til grunn for utvikling av samfunn og kunnskap, har vårt senter lagt seg på dialogformen, og forståelsen av at kunnskap utvikles i samspill og påvirkningsforhold med andre kunnskapsområder og fag. Det er plass til begge tilnærminger på dette feltet. Volden etterlyser at brukerperspektivet må profesjonaliseres og systematiseres, ja, fagliggjøres. Vi mener at dette er en svært viktig debatt. Her må det skilles mellom brukerperspektiv, som kan være mange og forskjellige, og brukerkunnskapen, som ikke er en statisk størrelse. Perspektivene er like mange som brukernes opplevelser og erfaringer, mens brukerkunnskapen er en mer overordnet størrelse. Vi opplever at disse begrepene forstås på forskjellige måter, fra bruker til bruker og fra organisasjon til organisasjon. I denne debatten ønsker vårt senter å fremme mangfoldet og nyansene, samtidig som vi vet at vi har en sentral rolle i å tydeliggjøre og operasjonalisere begrepene på en konstruktiv måte.

Vi mener at vi må tåle kritikk og meningsbrytninger i debatten om kunnskapsutvikling, men kanskje fremmes kritikk i former som gjør at kun de tøffeste blir igjen på arenaen? Vi trenger en nyansert dialog med rom for flere stemmer.

VI ER IKKE FREMME!

Vårt senter arbeider for brukermedvirkning på alle nivåer. Det er derfor ikke tilfeldig at vi samarbeidet tett med to erfaringskonsulenter

i produksjonen av den nye håndboka for brukeransettelser. Uten deres erfaringer ville teksten ikke blitt brukerrelatert nok. Vi er ikke et sekretariat for brukerorganisasjonene, og skal heller ikke være det. Vi skal være en sentral aktør der kunnskapshull skal fylles. Her har vi de siste årene uttalt oss om tvang, om brukernes erfaringer med ACT-team, erfaringskonsulentenes opplærings- og veiledningsbehov, medisinfrie tilbud, om viktigheten av recovery-orientert arbeid, om brukerstyrte sengeplasser, osv., nettopp på bakgrunn av det kunnskapsgrunnlaget vi sitter med, basert på brukeres og pårørendes erfaringer.

I disse prosjektene hever vi blikket opp fra enkelterfaringene. Vi har en rekke prosjekter og publikasjoner der en slik systemisert kunnskap er enerådende. Men vi er ikke fremme! Vi tilstreber kontinuerlig å heve kvaliteten på vårt arbeid. Samarbeid og kontakt med ulike aktører på feltet er vår arbeidshverdag, og vi opplever at det bærer mange gode frukter.

ETT BRUKERPERSPEKTIV - ELLER FLERE PERSPEKTIVER?

Vi erfarer ofte at brukerperspektivet settes opp mot fagperspektivet. Men det er mulig å si at både bruker- og fagperspektivet inneholder mange perspektiver, og ikke ett. Av og til er disse perspektivene til og med sammenfallende. Om vi holder fast på Voldens skarpe skille mellom disse perspektivene, og om brukerperspektivet skal kunne utfordre de andre to dominerende perspektivene – fag- og byråkratiperspektivet – må brukerperspektivet bli

mer enn møtedeltagelse, slagord og enkelterfaringer, sier Volden. Her etterlyser han senterets rolle, og han mener senteret er for opptatt av enkelterfaringer med tjenestene og for lite opptatt av å akkumulere kunnskap for og om brukerperspektivet. Han mener at senteret ikke har forsøkt å bli et fyrtårn av brukerstemmer, og at vi burde ta ansvar for å lage en grunntekst for brukerperspektivet og en utdanning for brukerrepresentanter/erfaringskonsulenter, og avslutter med et helt konkret spørsmål: «Hvorfor prioriteres ikke dette?»

Vårt senter har ikke ansvar for å etablere utdanningsløp, men vi har oppfordret og vil fortsette med å oppfordre til å styrke brukerkunnskapen i relevante utdanningsløp. Forslaget om å lage en grunntekst for brukerperspektivet er godt, og vi har initiert en artikkelsamling (lanseres 27. oktober, 2016) som kanskje kan dekke noe av dette behovet.

ER PROFESJONALISERING VEIEN?

Kanskje er det en styrke at brukerkunnskapen ikke profesjonaliseres så mye at den blir utilgjengelig for andre aktører? Terskelen må ikke bli så høy at vi hindrer nye stemmer i å delta i diskusjonene. Vi hører sprikende meninger fra brukere om hvorvidt en profesjonalisering nødvendigvis er veien å gå. Vi er ikke sikre på hva som er rett. Men det vi er helt sikre på, er at vi vil vite hva andre mener, og hvorfor de mener det de mener. I dette arbeidet er senteret avhengig av at vi sammen med både brukere og pårørende, fag- og forskningsfeltet og tjenesteyterne kan føre en sunn dialog. ✕



Kanskje fremmes kritikk i former som gjør at kunde tøffeste blir igjen på arenaen?

Oppklaring av misoppfatninger



Vi takker for Kirsten Rasmussens interesse for vår artikkel, men vil kort kommentere to misoppfatninger i hennes kritikk av den.

STÅL BJØRKLY,^{1,2}

professor, dr. psychol.,
spesialist i klinisk
psykologi

PÅL GRØNDAHL,¹

Ph.d, psykologspesialist

¹ Kompetansesenter
for sikkerhets-,
fengsels- og
rettspsykiatri Helse
Sør-Øst, OUS,

² Avdeling for
helse- og sosialfag,
Høgskolen i Molde

UTILREGNELIGHET

VÅRT HOVEDMÅL MED artikkelen i *Psykologtidsskriftet* nr. 4/16 var å gi en empirisk oppdatering av sammenhengen mellom psykotiske symptomer og vold. Vi gjorde dette ved å presentere forskningslitteratur som i all hovedsak er publisert de siste fem årene. Da gir det ikke mening at Rasmussen henviser til kurs de siste 15–20 årene som skal ha rommet gjennomgang av dynamiske risikofaktorer for vold. Dynamiske risikofaktorer dekker i tillegg til psykotiske symptomer et vidt spekter av faktorer som impulsivitet, antisosiale holdninger, osv. Disse er viktige, men vårt fokus var altså å presentere ny forskning på sammenhengen mellom psykotiske symptomer og vold. Hvis Rasmussen kan dokumentere at den forskningsbaserte kunnskapen vi beskriver i artikkelen når det gjelder sammenhengen mellom psykotiske symptomer og vold, fantes for 15-20 år siden, så er vi interessert i å få tilgang på denne forskningslitteraturen.

Vårt andre mål med artikkelen var å introdusere mulig relevans av å integrere denne nye kunnskapen i rettspsykiatriske erklæringer knyttet til voldskriminalitet utført av psykotiske mennesker. Som vi skrev i artikkelen, så hevdet Tilregnelighetsutvalget at det ikke finnes empiri som kan gjøre det mulig å etablere noen sikker sammenheng mellom psykose og en straffbar handling. Vi mener at vår gjennomgang av ny kunnskap viser at dette lar seg gjøre når det gjelder vold. Sammenheng mellom visse typer aktive psykotiske symptomer, sterkt emosjonelt ubehag og vold kan altså la seg påvise. Som en logisk konsekvens av dette vil psykotiske symptomer uten sterkt emosjonelt ubehag *ikke* føre til voldsatferd. Kunnskap om dette kan bidra til å redusere fordommer om voldsrisiko hos personer med psykoselidelser.

UVANLIG ORDNING

Rasmussen gjør et poeng av at ikke enhver psykoselidelse automatisk vil innebære utilregnelighet. Naturligvis vet vi det. Men i de fleste

tilfeller der de sakkyndige mener å avdekke pågående psykotiske symptomer, vil og skal de nærmest automatisk konkludere med at observanden var psykotisk på handlingstiden. Dette skal de uansett om de psykotiske symptomene har noen sammenheng med den påståtte straffbare handlingen eller ikke. Dette er en uvanlig ordning internasjonalt sett. Vi vet også at tilregnelighetsbegrepet dekker flere tilstander enn psykose, men artikkelen omhandler altså, som overskrift og tekst for øvrig viser, kun psykose. Dette har tydeligvis Rasmussen ikke fått med seg.

Rasmussen skriver:

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.

Hvis det går an å «utrede symptomenes effekt på virkelighetsforankringen», hvorfor skal en da ikke også kunne utrede hvordan disse symptomene virket inn på motiv og intensjon ved en voldshandling? Eller sagt på en annen måte: Er det mulig å gjøre en utredning av effekt på «virkelighetsforankringen» uten å vurdere hvordan symptomene virket inn på motiv og intensjon (han vil drepe meg, jeg må forsvare meg ved å uskadeliggjøre ham)? Gir det virkelig mening i for eksempel en drapssak å utrede «symptomenes effekt på virkelighetsforankringen» uten å ha undersøkt om motivet for og intensjonen med handlingen var psykosepåvirket? Norge sier ja, resten av verden sier nei.

Vår artikkel handlet om psykotiske symptomer og vold. Vi kan ikke se hvordan artikkelen har bidratt til misoppfatning av dagens utilregnelighetsregler. ❌

Open access er veien å gå

Hvordan kan Psykologtidsskriftet øke leserkretsen, forfatterbidrag, innflytelse og pasientmedvirkning?

JEG VIL FØRST gratulere Psykologtidsskriftet for å ha vunnet prisen for «god faglig formidling og evne til å nå egen målgruppe» av Norsk tidsskriftforening (1). Hvis man regner målgruppen som de heldige 9000 som får tidsskriftet hver måned, kan det knapt bli bedre. Hvis man derimot inkluderer norsktalende psykisk syke, pårørende, helsearbeidere og politikere i målgruppen, så vil leserombudet påstå at Psykologtidsskriftet kan gjøre et smart og progressivt trekk. Norsk tidsskriftforening skriver: «Tidsskriftet [Psykologi] er den sentrale publiseringskanalen i psykologi på norsk.» Dette er en posisjon som må bevares og styrkes, samtidig som man tar inn over seg ansvaret som følger av det å være den største formidlingskanalen i Norge på et tema som berører alle. Dette ansvaret er langt på vei ivaretatt, i kraft av at nesten alt som er publisert i tidsskriftet, ligger åpent tilgjengelig på nett.

Dessverre opererer tidsskriftet nå med en sperrefrist på mye av innholdet, som hindrer tilgang for ikke-abonnenter de første seks månedene etter publisering. Dette er svært uheldig, fordi det som regel er fersk informasjon og kunnskap som blir tatt opp i samfunnsdebatten. Jeg mener sperrefristen på seks måneder må bort, og at tidsskriftet burde gå over til gratis tilgang for alle fra første dag.

Hva kan man tjene på at Psykologtidsskriftet blir gratis tilgjengelig på internett? For det første vil redaksjonen gå inn i fremtiden med ansiktet riktig vei. Mer og mer av informasjons- og meningsutvekslingen foregår på internett. Samfunnsdebatten raser i sosiale medier, med lenker til åpent tilgjengelig informasjon. Hvis man i diskusjonsfora lenker til ferske tekster i Psykologtidsskriftet, kommer leseren sannsynligvis til en side der det står: «resten av artikkelen er sperret . . .». Da må man vente seks måneder, bestille abonnement eller kjøpe den aktuelle utgaven av tidsskriftet. Debattinnlegg dør dersom det lenker til noe som krever pålogging.

Hensikten med sperrefrist og lukking av innhold på nett er vanligvis å sikre inntektene. Hvorfor betale for abonnement hvis det er gratis

på internett? Der mener jeg Psykologtidsskriftet har et heldig fortrinn, fordi det store flertall abonnenter betaler via medlemsavgiften. Jeg tviler på at noen vil melde seg ut av Psykologforeningen fordi innholdet i tidsskriftet er åpent tilgjengelig. Tvert om tror jeg medlemmene vil se fordeler i å gjøre innholdet tilgjengelig for alle. Inntektstapet fra abonnenter vil bli lite, samtidig som økning i antall lesere burde gi høyere inntekter fra annonser og reklame. Tidsskrift for Den norske legeforening og Dagens Medisin har alt innhold åpent for alle fra første dag, og det virker som en godt fungerende forretningsmodell. Debattsiden i Dagens Medisin er for øvrig et meget godt diskusjonsforum for helsepersonell.

En annen faktor er at alle som er ansatt ved Universitetet i Oslo (UiO) siden 2013, har signert en kontrakt på at de skal arkivere en elektronisk kopi av alle artikler skrevet i arbeidstiden (2). De som er ansatt før 2013, blir sterkt oppfordret til å bruke open access*-journaler. Denne regelen kan vel regnes som «sovende» i skrivende stund, men plutselig kan det komme en leder som hører på hva Universitetsbiblioteket mener om denne saken, og da har Psykologtidsskriftet et problem. Universitetene har mange potensielle bidragsytere til Psykologtidsskriftet, og hvis disse risikerer sanksjoner ved å publisere i dette tidsskriftet istedenfor i et av de mange konkurrerende, kan innholdet i Psykologtidsskriftet over tid forringes. Det er enkle måter å omgå UiOs føringer på, men hvis Psykologtidsskriftet vil tiltrekke seg dyktige bidragsytere, er «gratis gold open access» svært ettertraktet. Forfattere betaler vanligvis 10 000–30 000 kroner for å publisere artikkelen sin på denne måten. Mange er villige til å betale fordi man beholder opphavsretten selv, og det øker antall lesere.

Open access øker antall lesere, synligheten og siterings-«impact» (Alma Swan, 2010). Open access vil øke påvirkningsgraden tidsskriftet har inn i samfunnsdebatten, og man kan mer direkte nå tematisk berørte grupper. Open access øker på denne måten pasientmedvirkning og bidrar til et mer demokratisk samfunn der tilgang på informasjon ikke blir begrenset av hvem man er, og hvor mye man tjener. Jeg håper redaksjonen, Norsk psykologforening og medlemmene deler disse verdiene med meg. ✖

1. <http://www.tidsskriftforeningen.no>
2. Politikk for håndtering av immaterielle rettigheter ved UiO, seksjon 2.3.6 <http://www.uio.no/om/regelverk/forskning/immaterielle-rettigheter/>
3. Swan, Alma (2010). The Open Access citation advantage: Studies and results to date. <http://eprints.soton.ac.uk/268516/>

* Open access er digitalt materiale som er fritt tilgjengelig på internett. Begrepet brukes særlig, men ikke utelukkende, om vitenskapelig publisering. Med open access forstås først og fremst materiale som gjøres tilgjengelig for alle og uten noen form for krav om vederlag, eksempelvis i åpne institusjonelle arkiver. Noen regner også publisering der forfatteren må



TEKST

Espen Walderhaug,
psykolog og PhD.



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

Til ungdommen

Vi må spørre om ungdommer får en medisinsk diagnose når de egentlig har problemer med arbeid, utdanning og økonomi og sosial tilpasning.

FORENSTUND siden ble jeg sittende og prate med en kollega. Under samtalen ringte telefonen. Hun unnskyldte seg, tok telefonen, og kom etter en stund tilbake. Åpenhjertig og frustrert fortalte hun meg historien om sønnens angstproblemer og hans kamp for å opprettholde en normal tilværelse og å forbli i inntektsgivende arbeid. Telefonen var fra NAV. Etter halvannet år hadde endelig noen tatt kontakt for å avtale en samtale for å se på mulige løsninger. Hun var sjeleglad for omsider å bli innkalt til *noe*, selv om det på dette tidspunktet fortsatt var uklart om sønnen ville få hjelp.

Ett og et halvt år hadde altså gått. Lenge ventet de på time hos psykolog, kun for å finne ut at henvisningen aldri var sendt. Da de byttet fastlege, ble det tatt tak i saken, men likevel uten lovnader om at noe faktisk ville skje. Forsatt venter gutten på å få hjelp. Han er i begynnelsen av tjuårene, og har slitt med psykiske problemer siden tenårene. Han har fått beskjed om at NAVs «Senter for jobbmestring» ikke er et tilbud til ham, fordi han faktisk er i jobb og ikke er mottaker av arbeidsavklaringspenger. For «Raskere tilbake»-tilbudet er han mest sannsynlig for syk. En henvisning er nå sendt til det offentlige, der estimert ventetid er mellom 6 og 12 måneder.

I mellomtiden klammer gutten seg til arbeidslivet. Egenmeldinger og sykmeldinger er ikke til å unngå. Angsten får blomstre, og døgnrytmen er snudd på hodet. Morens oppsummering har bitt seg merke i meg:

«Det er helt feil å snakke om de unge som *faller* ut av arbeidslivet. Sannheten er at vi *skyver* dem ut av arbeidslivet.» Jeg skulle ønske jeg kunne si at denne historien er unik. Dessverre er mitt inntrykk at mange som sliter, har lignende erfaringer.

VI ER BEKYMRET

I LO er vi bekymret for de unge. Ungdom er en sårbar gruppe, som ofte rammes tidlig når økonomien peker nedover og arbeidsledigheten øker. Kravene til formell kompetanse øker stadig, og tilbudene til dem som ikke besitter slik kompetanse, blir færre. Før hadde unge skoleleie gutter et alternativ når de kjente at de ikke maktet en dag til på skolebenken. De dro til sjøs eller jobbet på den lokale fabrikken. Hvor drar de hen nå?

Flere unge forteller om psykiske vansker. Om det er en reell økning i psykiske lidelser, eller om det skyldes at åpenheten rundt temaet har

endret seg, diskuteres fortsatt. Det er uansett dramatisk at over halvparten av alle nordmenn som blir uføretrygdet i 30-årene, blir det på grunn av en psykisk lidelse. Det er også alvorlig at ca. 30 prosent av ungdommene ikke fullfører videregående utdanning, når vi vet hvor viktig kompetanse er for å lykkes i dagens samfunn.

Mangel på kompetanse og utvikling av psykiske lidelser må også ses i sammenheng. For hva skjer med 17-åringen som står uten utdanning, uten arbeidserfaring og uten fremtidsutsikter i arbeidslivet? Morgendagen er relativt dystert dersom han verken fullfører skolegangen eller kommer i jobb. Å befinne seg på utsiden av samfunnet i ung alder er risky business. Man havner fort mellom flere stoler, og tiden løper raskt fra en. Mange unge i denne situasjonen forteller om mangel på mestringsfølelse, svinnende fremtidshåp og utvikling eller forverring av psykiske problemer og/eller rusproblematikk.

RASK OG RIKTIG HJELP

LO mener det er grunn til å sette spørsmålstegn ved bruken av diagnoser for unge som havner på utsiden. På bakgrunn av en Fafo-rapport¹ fra 2014 kan en reise spørsmålet om ungdommer får en medisinsk diagnose, når de egentlig har problemer med arbeid, utdanning, økonomi og sosial tilpasning. Hva var høna, og hva var egget? Var det psykiske problemer som førte dem på utsiden, eller var det det å havne på utsiden som ga dem problemer med helse? Eller så NAV og helsevesenet ingen annen mulighet enn en diagnose for å sikre stønad til livsopphold? Har alle muligheter vært vurdert og prøvd på veien til et liv utenfor arbeidslivet?

Uansett hvor problemet starter, er det viktig at de unge får riktig og god oppfølging. Det burde ikke være stoler å falle mellom. Det burde være en sammenhengende benk av tilbud og tjenester som hindrer uhensiktsmessige varianter av stolteken mellom ulike instanser og hjelpeapparat. En ungdom som utvikler psykiske problemer, må raskt få tilbud om riktige tiltak, slik at man i størst mulig grad kan forebygge en forverring av situasjonen. Han kan ikke få beskjed om at det er ven-

tetid på et halvt til ett år. På den tiden risikerer vi at han har falt ut av skolen eller mistet jobben.

Det ordinære helsetilbudet innenfor psykisk helse må styrkes. I tillegg må lavterskeltilbud å la «Senter for jobbmestring» og «Rask psykisk helsehjelp» utvides, og informasjon om tjenestene må samordnes og gjøres lettere tilgjengelig for brukerne. Rask inntak er helt avgjørende for å forebygge forverring av helsesituasjon og bivirkninger av dette.

IKKE BARE HELSE

Men det er ikke bare helsetilbudet som må styrkes. Å forhindre at unge havner på utsiden krever sammensatte tiltak. For å møte utfordringene er det behov for innsats på flere områder. Utdanningsapparatet, helsevesenet og NAV har alle viktige roller, og for at løsningsene skal bli gode, må koordineringen av tjenestene bli bedre. Forskningen viser dessuten at ungdom er en gruppe som krever ekstra tett oppfølging, og dette må tas på alvor. Hvordan kan en etat som NAV gi god oppfølging når en enkelt saksbehandler skal følge opp 200 personer?

Både ordinær utdanning, mer tilpassede arbeidsmarkedstiltak og kortere ventetid på tilbud og tiltak vil være avgjørende for å gi unge den bistanden de har behov for. Innholdet i tiltakene må i større grad tilpasses personer med lettere psykiske lidelser og ungdom som mangler gjennomført videregående opplæring. I tillegg må det ordinære arbeidslivet i mye større grad brukes til arbeidstrening. Lønnstilskuddsordninger er et effektivt virkemiddel for å oppnå dette og kan i mye større grad tas i bruk i Norge. I tillegg må NAV styrke sin satsing på unge, og vi må hindre et system der diagnoser er avgjørende for om en får hjelp og oppfølging. Manglende arbeidserfaring og sårbar livsfase gjør at ungdom kan ha mer nytte av bistand til jobbsøking og kopling til arbeidsgiver enn andre. Unge må gis tydeligere prioritering i NAV. Unge må egentlig gis høyere prioritet – punktum. Og selv om det ofte er problematisk å prioritere grupper i samfunnet, er det som regel helt nødvendig. Jeg avslutter derfor med en oppfordring til dem som bidrar til å avgjøre både ungdommens og Norges fremtid. Kjære helseminister, kjære arbeidsminister og kjære kunnskapsminister: Hva med en felles satsing «Til ungdommen»? ❖



Det er dramatisk at over halvparten av alle nordmenn som blir uføretrygdet i 30-årene, blir det på grunn av en psykisk lidelse

1. «Unge mottakere av helserelevante ytelser», Fafo-rapport 2014:37 (Grødem, Nielsen og Strand)



Mysteriet falske tilståelser

Psykologer, politi og dommere må vite at falske tilståelser skjer, og at det kan ha med psykologisk sårbarhet å gjøre, advarer jusprofessor Ulf Stridbeck.

TEKST

Øystein Helmikstøl

FOTO Kristin Svorte

- **DET HANDLER** ikke om en bestemt diagnose, men vi må være oppmerksomme på mentalt sårbare personer, rusede personer og personer som er på avrusning.

Det sier Ulf Stridbeck til Psykologtidsskriftet. Han er jusprofessor ved Det juridiske fakultet ved Universitetet i Oslo og skriver om falske tilståelser i boken *Rettspsykiatriske beretninger*, som han har redigert sammen med psykologspesialist og forsker Pål Grøndahl.

Psykologer, politi og dommere må være på vakt og ha kunnskap om falske tilståelser. Det er noen som er mer mentalt sårbare for dette enn andre, ifølge Stridbeck.

TILSTO DRAP

The Innocence project¹ i USA har dokumentert at mer enn 25 prosent av de personene som er blitt frikjent på grunn av DNA-bevis, hadde tilstått forbrytelsen. Tilståelsene omfattet drap og voldtekter. Ifølge Stridbeck er tallene ikke på langt nær så høye i Norge.

.....

1. www.innocenceproject.org

- En tilståelse har større betydning i amerikansk rettsvesen, og etterforsknings- og politimetodene er hardere. Og ikke minst *plea bargaining* «inviterer» til å tilstå noe man ikke har gjort, sier Stridbeck.

I *Rettspsykiatriske beretninger* skriver han om Sture Bergwall, kjent som Thomas Quick. Mannen tilsto 39 drap og ble dømt for åtte.

- Da han begynte å tilstå, ble forholdene rundt ham bedre. Han hadde motiver om belønning for å tilstå. Sture Bergwall er i kategorien mentalt sårbar, sier Stridbeck.

Det er dokumentert at flere av tilståelsene Bergwall kom med, er falske. Rett før tiltalen mot ham ble tatt ut, oppdaget man at to asylsøkere han påsto å ha drept, ikke var døde.

- 130 personer har tilstått drapet på Olof Palme i 1986. Flere enn 10 personer har tilstått at de drepte Trude Espås. Jeg tenker at det har med sårbare personers behov for å bli sett og få oppmerksomhet å gjøre, sier Stridbeck.

TEORIEN OG FORSKNINGEN

Jusprofessoren lener seg på den britisk-islandske psykologen Gísli Guðjónsson, som deler tilståelser inn i to hovedgrupper: sanne og falske. »



OM FALSKE TILSTÅELSER Det er noen som er mer mentalt sårbare for dette enn andre, mener jusprofessor Ulf Stridbeck.

– Jeg tenker at det har å gjøre med sårbare personers behov for å bli sett og få oppmerksomhet

Ulf Stridbeck om at 130 personer har tilstått drapet på Olof Palme.

Bakgrunn

- * Ulf Stridbeck er professor ved Det juridiske fakultet ved Universitetet i Oslo.
- * Han er opptatt av skjæringspunktet mellom jus, psykologi og rettspsykiatri.
- * Har sammen med Pål Grøndahl redigert boken *Rettspsykiatriske beretninger. Om sakkyndighet og menneskeskjebner*, som blir anmeldt på påfølgende side i denne utgaven.

Også falske tilståelser deler han inn i to undergrupper: fremtvungne og frivillige.

Fetterens tilståelse i Birgitte Tengs-saken plasserer Stridbeck i kategorien fremtvunget eller presset. Og kanskje manipulert fram.

– Fetteren fikk i oppgave å skrive et filmmanus om hvordan den eventuelle morderen hadde gått fram. Da han til slutt tilsto, visste han ikke hva som hadde bakgrunn i manus, og hva som var hans egne tanker.

Den amerikanske psykologen Saul Kassin deler de fremtvungne tilståelsene inn i to underkategorier: imøtegående og internaliserte.

En fremtvunget imøtegående tilståelse betyr ikke at man har internalisert skylden. Man er bevisst på sin egen uskyld, men tilstår likevel for å slippe unna ubehaget ved å bli avhørt. Forskning viser, skriver Stridbeck i boken, at uskyldige ofte har en sterk tillit til rettssystemet og tror at sannheten vil komme fram til slutt.

– Uskyld er altså en faktor som kan føre til feilaktige domfellelser, sier forfatteren.

Stridbeck påpeker at det er frivillige falske tilståelser man vet minst om. I Norge finnes det ingen systematisk dokumentasjon på dette feltet. I tillegg til Birgitte Tengs-saken er Fritz Moen-saken og Hollekim-saken kjente eksempler på det.

JESUS

Sigurd Hollekim tilsto i 1963 å ha drept en kvinne som var meldt savnet. Hollekim forklarte seg detaljert om motivet, om drapshandlingen og om fjerning av liket. Fire sakkyndige konkluderte med at tiltalte var tilregnelig og at tilståelsen var troverdig. Forsvareren Alf Nordhus gikk imot både sin egen klient og de fire sakkyndige. Forsvareren mente at Hollekim levde seg inn i en Jesus-rolle, og at tilståelsen lå på et psykologisk plan. Han pekte på Hollekims oppdragelse, hans dypt religiøse innstilling og hans soningsiver.

«Alt pekte i retning av at han påtok seg skyld», skrev Nordhus.

Hollekim ble frikjent.

– Jeg vet ikke hvorfor Hollekim tilsto, og det er ikke forsket på sammenhengen mellom religiøse forestillinger og tilståelser. Noen politiavhør kan jo invitere til forsoning: Bare du tilstår, så skal du få det godt. Det har nok blitt benyttet av tidligere generasjoner av manipulative avhørere.

FALSKE MINNER

Stridbeck minner om en kjent psykologisk sannhet: Man kan glemme ting som faktisk har skjedd, og huske ting som ikke har skjedd. Det er dokumentert mange ganger. Dette kan føre til falske innrømmelser.

Når tiden går, produserer hukommelsen minner om hva man tror har skjedd, ikke hva som faktisk har skjedd. Selv om det man tror er uutslettelige inntrykk. Dette finnes det forskning på: Folk har skrevet ned minner to år etter en hendelse, da ser man at minnet har endret seg suksessivt.

Hukommelsen skaper sammenhenger, og den blåser i hva som faktisk skjedde.

– Dette er skummelt i terapi. Recovered memory-terapi gjør at folk plutselig kan huske ting som aldri har skjedd. Man har plantet minner, sier Stridbeck, som nevner Bergwall-saken som et eksempel.

– Og det finnes verre saker. Folk husker plutselig bloddryppende ritualer av barneofring. Terapeuter er straffedømt for å ha plantet minner mer eller mindre suggestivt. ❌

Rettspsykiatriens utvikling og dilemmaer

Som praktiserende sakkyndig finner jeg boken lærerik og spennende.

REDAKTØRENE SKRIVER I bokens forord at de vil presentere et spennende fagfelt gjennom en blanding av historiske vinklinger, reelle saker og faglige bidrag. Slik ønsker de å vise rettspsykiatriens utvikling og de vanskelige dilemmaene på en engasjerende og klargjørende måte. Langt på vei synes jeg at de lykkes godt med dette. Bokens oppbygning er meget leservennlig med illustrerende sitater som innledning til hvert kapittel. Leserne blir også invitert til å gjøre seg opp sin egen oppfatning av de reelle sakene som presenteres. Som praktiserende sakkyndig syntes jeg det var både lærerik og spennende.

TILFELDIG OPPNEVNINGSSYSTEM

Med få unntak, der språket blir litt for folkelig og viktige begreper noe lemfeldig behandlet (kap.1), er kapitlene velskrevne og informative. Kapitlene om psykogene bevissthetsforstyrrelser og psykisk utviklingshemming var spesielt interessante, og minnet meg nok en gang om hvor viktig det er at sakkyndige har kunnskap om psykologiens basalfag, i dette tilfellet kognitiv psykologi og test-psykologi. Det er urovekkende når forfatteren i kapitlet om psykisk utviklingshemming skriver: «For i de fleste straffesakene mangler vi kunnskaper om IQ, tilpasningsatferd og utviklingsforløp, og selv om mistanken er der, blir det sjelden til at retten, eventuelt påtalemyndigheten, rådfører seg med psykolog.» Den innledende historien om Kim illustrerer godt hvor tilfeldig oppnev-

ning av sakkyndige fungerer. Særlig i saker der intellektuell funksjon står sentralt i tilregnelighetsspørsmålet, er det bekymringsfullt at tverrfaglige vurderinger ikke sikres initialt. Når oppnevningen ikke er kompetansebasert, risikerer retten å få to motstridende rapporter, slik vi husker det fra rettsaken om 22. juli-terroristen.

Rettspraksis tilsier at dersom det fremkommer tvil ved strafferettslig tilregnelighet, skal tvilen komme tiltalte til gode. Et alvorlig spørsmål i denne sammenheng blir da i hvilken grad tvilen er en konsekvens av et svært tilfeldig oppnevningssystem. Som sakkyndige kan det oppnevnes to spesialister i psykiatri, eller en psykiater og en spesialist i klinisk psykologi. Med denne ordningen vil alltid en psykiater bli oppnevnt, men ikke nødvendigvis en psykolog. Når psykologen er med, kan det like gjerne dreie seg om at psykiaterne har rekviert denne til å gjøre en evnevurdering. Slik blir psykologen redusert til legens medhjelper, en funksjon som psykologen for lengst har forlatt i andre sammenhenger.

UNIKE INNBLIKK

I del IV, metodikk og utredning, savner jeg en mer overordnet diskusjon om rettspsykiatriens status som faglig premissleverandør for retten. Basert på psykologifagets anvendelighet, metodifang og solide vitenskapelige basis burde det ha en langt mer fremtredende plass i rettsystemet enn som en underavdeling av faget rettspsykiatri.



PÅL GRØNDAHL OG ULF STRIDBECK (RED.)

Rettspsykiatriske beretninger. Om sakkyndighet og menneskeskjebner.
Gyldendal Akademisk, 2015. 416 sider

ANMELDT AV

Anne-Kari Torgalsbøen, professor ved Psykologisk institutt, Universitetet i Oslo

«The great enemy of the truth is very often not the lie – deliberate, contrived, and dishonest – but the myth – persistent, pervasive and unrealistic.» Dette sitatet, for øvrig ikke korrekt gjengitt i boken, innleder kapitlet om den medrivende og svært tankevekkende Paulshussaken. Hvordan kunne en eiendomsvist føre til diagnosen querulant paranoia og tvangsinnleggelse på sinnssykeasy? Forfatter Mari Johansen gir her et unikt innblikk i hvordan praktiseringen av en paternalistisk psykiatri resulterte i en svært tragisk menneskeskjebne. Den innledende historien og analysen av tidligere justisminister Sverre Parelius Riisnæs i lys av den fascinerende tilstanden simulering, er fengslende og godt skrevet. Denne reelle saken gir også innsyn i rettspsykiaternes humanistiske rolleforståelse på den tiden, manglende tematisering av habilitet, og de fatale konsekvenser dette fikk for vurderingene som ble gjort. For en som er opptatt av å formalisere psykologisk kompetanse i strafferetten, var det oppklarende å lese at skepsisen mot psykologers kompetanse har slike dype historiske røtter.

AVSPORING

Å se sakkyndiges virke gjennom de andres blikk (del VI) synes jeg ga mange gode innspill og kloke refleksjoner som jeg vil ta med meg videre i min praksis. Det er dog med en viss undring jeg registrerer at Inga Bejer Engh (statsadvokat under rettsaken mot 22. juli-terroristen) benytter anledningen til å fremføre en tabloid kritikk av fagpersoner som tilkjennega sin faglige uenighet i den første sakkyndige vurderingen av masseorderens psyke: «Tidligere statsadvokat Svein Holden og undertegnede kom ut av telling på antall foreslåtte diagnoser, men merket oss at det siste som ble foreslått var syfilis», skriver hun, og advarer mot fjerndiagnostikk. De av oss som var engasjerte i mediedebatten, vil hevde at dette er en avsporing. Utgangspunktet for kritikken var at retten ikke sørget for en kompetansebasert oppnevning av sakkyndige slik at vurderingen av masseorderens psyke ble faglig bredt forankret.

Kort oppsummert: Lesverdig, nyttig og ansporer til videre debatt om vurdering av utilregnelighet. ❌

Har du lyst til å anmelde i Psykologtidsskriftet?

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

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

Ferskvare



Utilregnelig

I *Utilregnelighet*. En historie om rett og medisin (Pax forlag) gir Svein Atle Skålevåg leserne utilregnelighetens historie i det norske rettsve-

senet. Fra Ragnhild Tregagås i 1324 gjorde sin fetter impotent, men fikk omgjort straffen fordi hun led av månesyke, helt frem til dagens diskusjoner rundt grensene for skyldevne og DSM-systemets treffsikkerhet. Historien fortelles gjennom både lovverk og enkeltskjebner.



Makt og maktmisbruk

Hva er bra med makt? Når blir maktbruk til maktmisbruk? Finnes det en strategi for å håndtere makten til din fordel? Endre

Sjøvold har forsket på maktbruk i organisasjoner, og jobbet frem et rammeverk for å forstå og gjenkjenne maktens mange nyanser. I boka *Makt og maktmisbruk i arbeidslivet* (Universitetsforlaget) viser han hvordan maktspeilet kan brukes for å påvirke andre, og hvordan du selv kan oppdage og forsvare deg mot maktmisbruk.



Intersubjektiv barneterapi

Målet i tidsavgrenset intersubjektiv barneterapi er å hjelpe barn og foreldre til å gjenopprette grunnleggende

utviklingsprosesser, som emosjonsregulering. I *Håndbok i tidsavgrenset intersubjektiv barneterapi (TIB). Kunnskapsgrunnlag, behandlingsprinsipper og eksempler* (Fagbokforlaget) vektlegger forfatterne Unni Tanum Johns og Birgit Svendsen formulering av terapifokus, parallelt foreldrearbeid og tilpasning til enkelte familiens behov og ressurser.

Fra arkivet: 1979

Norsk psykiatri et skritt frem og to tilbake

Vi har fått innskjerpede forskrifter vedrørende ansvarsforholdene i våre psykiatriske institusjoner. Disse forskriftene fastslår endelig at overlegen har det absolute faglige og administrative ansvaret. Heldigvis har man besinnet seg såpass, at man har gitt forskriftene for drift av de barne- og ungdomspsykiatriske institusjonene «forkjørsrett» fremfor de generelle forskriftene, som nå presenteres.

En intensjon med disse forskriftene har vel vært å øke pasientenes rettssikkerhet. En fokusering av rettssikkerheten er et fremskritt og det er å håpe at disse intensjonene kommer pasientene til gode. Vi er på ingen måte overbevist om at så vil skje, og vår skepsis bunner hovedsakelig i to forhold. Vi har ingen tro på at en hierarkisk og autoritær ansvarsfordeling vil gi større rettssikkerhet. Vi er tvertimot redde for at en slik hierarkisk struktur kan bety et dårligere og mindre variert behandlingstilbud vis-à-vis pasientene. Det kan virke som om de sentrale helsemyndighetene også har hatt andre intensjoner med forskriftene enn bare å sikre pasientenes rettssikkerhet. Etter vår vurdering er disse forskriftene bedre egnet til å ivareta overlegens rettssikkerhet enn pasientenes.

(...)

Her ligger vår annen grunn til skepsis. Disse forskriftene mangler en forutgående og dyptpløyende debatt om hva lederskap og administrasjon innen psykiatrien egentlig er. Den «løsning» som forskriftene legger opp til er derfor bare et lappverk som tilslører problemene heller

enn å løse dem. Det en trenger i psykiatrien før en går igang med å lage forskrifter er en seriøs debatt om hva psykiatri er og ikke er. En trenger debatt om hva psykiatriske lidelser egentlig er, hva det er som forårsaker dem og hvordan de best kan behandles.

(...)

Vi tror at en videre utvikling av psykiatrien betinger en «avmedisinifisering» av den og ikke en «oppmedisinifisering». Forståelse av psykologiske og sosiale forholds betydning i forbindelse med de psykiatriske lidelser har gjort psykiatrien mindre medisinsk og dermed mindre statistisk. En «remedisinifisering» er derfor et langt skritt tilbake. Problemet i forholdet mellom foreldre og barn, konflikter mellom ektefeller og dysfunksjoner i sosiale systemer er ikke og må ikke defineres som medisinske problemer. En medisinsk definisjon inviterer til en forståelse som leder oppmerksomheten bort fra løsningen av slike problemer.

Fra usignert leder, januar 1979

Etter vår vurdering er disse forskriftene bedre egnet til å ivareta overlegens rettssikkerhet enn pasientenes

Stille styrke

TV-serien «Jeg mot meg» viser at folk med psykiske lidelser ikke er svakere enn andre, men tøffere.

TITTEL

Jeg mot meg

SJANGER

Norsk dokumentarserie, 8 episoder

PRODUKSJONS-SELSKAP

ANTI TV, 2015

PRODUSENT

Elisabeth Stabell

REGISSØR

Stefan Faldbakken

PROSJEKT-REDAKTØR I NRK

Gitte Calmeyer

ANMELDT AV

Svein Øverland, psykologspesialist

Jeg vet at TV – og særlig såkalt virkelighets-TV, ikke er virkelig. Men jeg vet også at psykolog Peder Kjøs* er en fin fyr. Jeg ser det på hvordan han møter blikket til ungdommene i rommet. Noen ganger uten å si noe. Øynene formidler mer enn tomme og terapeutiske ord. Og jeg ser hvordan tryggheten hans gjør pasientene trygge.

Jeg sitter som alle de andre seerne i et annet rom. Hjemme. Foran TV-en, nettbrettet, eller de mange andre skjermene vi omgir oss med. Og vi følger med på hva som skjer i terapirommet og i livet til de i gruppa.

SPENNENDE SJANGERBLANDING

I «Jeg mot meg» blir vi kjent med åtte ungdommer. Vi følger dem i en gruppeterapi og gjennom deres egen filming av hverdagslivet sitt. Delvis som en videodagbok og delvis som dokumentar. En av ungdommene, Karsten, ser rett inn i kameraet. Stemmen er rusten. Han har grått. Han er redd. Han er tøff. Så forteller han sin historie. Denne sjangerblandingen er spennende. Den setter også serien i en kategori for seg selv. Det er ikke vanlig reality-TV, det er reality-terapi.

.....

* Peder Kjøs er også fagredaktør i Psykologtidsskriftet.

«Endelig et reality-program med mening!» uttalte Tove Gundersen i Rådet for psykisk helse. Ja, serien har mening. Det er det beste med den. Den viser at folk med psykiske lidelser ikke er svakere enn andre, men tøffere. Serien har en stille styrke. Den viser ikke vold, blod og unødvendig drama. Ungdommene trer frem som personer, ikke som diagnoser. Psykologen viser seg som et menneske, og samtidig som en spesialist. Både serien, ungdommene og psykologen viser ydmykhet. «I løpet av tiden vi møttes ble vi godt kjent med hverandre. Jeg ble så glad i alle sammen. Men de har gått videre i sine liv og trenger ikke meg sittende på skulderen», sier Kjøs (Aftenposten, 20.04.16).

HVA ER TERAPI?

Men hva er egentlig terapi? Ja, hva er virkeligheten, egentlig? Folk flest tror at terapi handler om å «sortere tanker», «bearbeide ting som har skjedd» eller «se sammenhenger og få innsikt». Og når psykologer snakker om innsikt, tenker de ofte at pasienten skal få forstå ting «slik de egentlig er» – noe som ofte betyr at de forstår ting på samme måte som psykologen. Men psykiske problemer oppstår ofte fordi forståelsen av problemet ikke hjelper oss til å løse problemet. Noen ganger kan også forståelsen



TRYGG TERAPEUT Når Peder Kjøs møter blikket til ungdommene, formidler han mer enn tomme, terapeutiske ord. Tryggheten hans gjør pasientene trygge, skriver Svein Øverland. Foto: Anti v/ Andris Søndrol Visdal

av problemet forsterke problemet. Terapi handler derfor om å finne en bedre forståelse heller enn en «egentlig forståelse». Serien tar ikke opp slike spørsmål. Kanskje med god grunn, for mange vil nok oppfatte det som sær filosofi heller enn spennende psykologi. Men likevel. Serien er veldig god. Jeg synes imidlertid den kunne ha blitt enda bedre med å gå litt mer inn i hva terapi handler om.

Mange vet ikke hva terapi er. Og psykologer er ofte dårlige til å forklare det. Terapi er noe som skjer når mennesker snakker med hverandre på en spesiell måte. Det er i hvert fall sånn det skal være. Dessverre er det ikke alltid slik. Jeg husker en gutt jeg hadde i behandling, han var 12 år. I tredje time spurte han forsiktig: «Du? Det er greit med alle spørsmålene. Men når begynner egentlig terapien?» Han skjulte det godt, men han ble veldig skuffet da jeg svarte: «Spørsmålene er ikke bare for å få svar. Det er det her som er terapien.»

GJERNE MER SNACKS

Fra kommentarene i sosiale medier ser det ut til at serien har funnet det publikummet den burde – ungdommen. Spørsmålet er hvordan NRK kan utnytte dette til det beste for psykisk helse. Og hvordan vi som psykologer kan bruke serien til å forklare hva terapi er. Vi veldig voksne er vant til lineær TV, at historien fortelles «rett frem» uten mulighet til å skifte perspektiv eller kommunisere med dem på skjermen. For ungdom derimot, blir det lett litt kjedelig. Med bonusmateriale, etter-intervjuer, lenker og annet digitalt snacks kunne serien blitt gjort både mer inspirerende og nyttig.

Men «Jeg mot meg» er en god serie. Og gode serier får nye sesonger. Veldig gode serier blir også bedre hver sesong. Jeg gleder meg til mer. Og jeg håper at Peder Kjøs blir psykologen også i de neste. ❌

”

Serien er veldig god. Jeg synes imidlertid den kunne ha blitt enda bedre med å gå litt mer inn i hva terapi handler om



Kurskalenderen

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

Pris eks. mva. for innrykk i tillegg til annonse i Psykologtidsskriftet:

1 innrykk kr 2 000,
2 innrykk kr 3 000,
3 innrykk kr 3 500,
4 innrykk kr 4 500.

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

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/>

OKTOBER 2016

Sorgutdanning på deltid

Universitetet i Bergen i samarbeid med Senter for Krisepsykologi v/ professor Atle Dyregrov.

Se annonse i Psykologtidsskriftet nr. 05.16 og 08.16. Søknadsfrist 1. oktober.

Les mer og søk plass: uib.no/evu

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/>

LEDIG LOKALE I DRØBAK, i felleskap med psykolog og coach, på 18,2 m² + 10,6 m² gang / felles areal. Adresse er Holterveien 4 G. Henvendelse tlf. 957 96 685

KONTOR LEDIG SENTRALT PÅ LILLEAKER. Kontorleie 4.000,- pr.mnd., inkl. strøm og deling av felles v-rom. Henv. Rune Øidvin – 941 82 028

Seminarer fra Almagroforeningen: Madrid/Moral de Calatrava, Spania og Havanna, Cuba:

MADRID/MORAL DE CALATRAVA,
SPANIA 20. – 27. SEPTEMBER 2016:

Tema: «Jeg som psykoterapeut»

**Forelesere: Dag Oulie og Terje Neraal, psykiatere;
Rhine Skaanes, skuespiller; Hans Peter Broch,
Jørn Holm Callesen og Tor Sletten, psykologer**

Vi vil ha begrenset deltagerantall til dette seminaret, men det er noen plasser ledig.

HAVANNA, CUBA, 23. – 27. JANUAR 2017:

**Tema: «Psykisk helse som
kulturell prosess – psykoterapi
som dynamisk samspill»**

**Forelesere: Reina Rodriguez Mesa, Ida Fernandez,
Ana Sarracent, Carmen Borrego, Alexis Alonso
og Carlos Rubalcaba, psykiatere;
Jesus Ajurria, Siri Gullestad, Jessica Broitman,
Doris Brothers, Ginger Rhodes, Per Einar Binder,
Jon Sletvold, Kari Lossius, Hans Peter Broch
og Tor Sletten, psykologer.**

På grunn av stor pågang, har vi måttet søke nye lokaler, og dermed er det noen plasser ledig

For videre informasjon om seminarene og påmeldingsprosedyrer gå inn på:
<http://www.almagroforeningen.no>

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

torsdag 16. juni

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



«Den lille i den store» 25 ÅRS JUBILEUMS- KONFERANSE FOR IBUP

Hvordan virker tidlige erfaringer inn i forhold til tilknytning, utvikling og overgangsfaser?

Vi følger «den lille» gjennom barndom og ungdom, og ser også på forholdet til familien, terapeuten og hjelpeapparatet.

16.–17. september 2016,
Voksenåsen konferansehotell,
info og påmelding **www.IBUP.no**.

Norsk Karakteranalytisk Institutt
utdanning i karakteranalyse og kropporientert psykoterapi

To-årig grunnseminar i psykoterapi oppstart januar 2017 i Oslo

**Innføring i en relasjonell
kroppsbasert psykoterapi.**

Tid: Fredag ettermiddag og lørdag,
10 timer pr. samling 10 ganger i året.

Grunnseminaret inngår i den Karakteranalytisk utdanningen som er godkjent som fordypningsprogram i spesialiteten i psykoterapi. Grunnseminaret er også godkjent som fordypningsprogram i klinisk voksenpsykologi (gammel ordning).

Søknadsskjema sendes til e-post:
kontor@karakteranalyse.no (søknadsskjema finner du på **www.karakteranalyse.no**)

Informasjonsmøte om utdanningen holdes i våre lokaler i **Gjerdrumsvei**
onsdag 14. september kl 1630.

**LÆRINGSUTBYTTE**

- økt forståelse for at samtalen med barnet er viktig for sakens opplysning
- økt forståelse for barnets behov for informasjon og involvering i prosessen
- bevissthet knyttet til det å få frem barnets syn og ta dette på alvor i sin fortolkning og forståelse av barnets situasjon

MÅLGRUPPE

Dommere i tingrett og lagmannsrett, advokater og psykologer

BIDRAGSYTERE

- Inger Bonnie Gjerde, dommer i Nord-Troms tingrett
- Ida Brandtzæg, psykologspesialist barn
- Stig Torsteinson, psykologspesialist barn
- Kristin Skjørten, Forsker I, NKVTS og professor II, UiO / dr. philos

Seminar om foreldretvister i domstolen.

For advokater, psykologer og dommere.

Barn har rett til å bli hørt

Hvordan påvirker ny lovgivning ditt arbeid med barnsakene?

Saker etter barneloven øker i domstolene. Stortinget har vedtatt en rekke lovendringer for å fremme barneperspektivet og barns rettigheter. Blant annet er barns rett til å bli hørt styrket. Ved foreldretvister har barn også fått rett til å bli informert om domstolens avgjørelser. Gjennom FNs barnekonvensjon har Norge forpliktet seg til at barnets beste skal være et grunnleggende hensyn. Dette gjelder ikke bare ved avgjørelsene domstolene treffer, men også i saksbehandlingen.

Seminalet legges opp som en kombinasjon av forelesning og refleksjon/diskusjon i grupper der alle tre målgruppene er representert.

TID OG STED

Vi tilbyr to alternative seminardatoer:

- Oslo, 20. oktober 2016
- Gardermoen, 1. november 2016

Domstoladministrasjonen dekker deltakeravgift inkl lunsj. Reise- og oppholdsutgifter må dekkes av den enkelte.

Meld deg på og få tilsendt program ved å sende epost til: mari-ann.fremstad@domstol.no. Opplys om navn, tittel, arbeidssted og epost. Husk å oppgi hvilket seminar du ønsker å melde deg på.

Søknadsfrist er 15. august 2016

INTENSIVKURS I UTREDNING AV MINORITETSFAMILIER I BARNEVERNET

Vanderweele AS inviterer til kurs i utredning av minoritetsfamilier i barnevernet **10.-14. oktober**.

Kurset skal gi interkulturell grunnkompetanse til sakkyndige. Egne krav for sakkyndige som vil komme på domstolens liste over minoritetssakkyndige.

Se **vanderweele.no**

Introduksjonskurs i R-PAS: Rorschach Performance Assessment System



Kurset retter seg mot psykologer med eller uten tidligere erfaring med Rorschach-metoden. Kurset er godkjent av NPF som fritt spesialkurs og vedlikeholdsaktivitet, 53 timer

Sted og dato: Oslo, 23.9., 14.10., 11.11. og 16.12.2016 samt 3.2., 10.3. og 28.4.2017

Kursholdere: Cato Grønnerød og Harald Janson

Informasjon og påmelding: norof.weebly.com

NoRoF Den norske Rorschach-forening

Toårig fordypningsprogram til spesialiteten i barne- og ungdomspsykologi

Starter våren 2017

Programmet er utarbeidet i tråd med Psykologforeningens nye bestemmelser for obligatorisk program i spesialistutdanningen, for spesialiteten i barne- og ungdomspsykologi. Programmet består av seks kurs à to dager på til sammen 96 timer, 96 timer gruppeveiledning, samt selvstyrte arbeidsgrupper på 8 timer per semester. Første samling er i januar 2017.

Se **www.iapnett.no** for beskrivelse av programmet.

Aktuelle forelesere/veiledere:

Haldor Øvreeide, Svein Mossige, Kirsti R. Haaland, Tine K. Jensen, Mette Bengtson, Ane Heiberg Simonsen, Bernadette Christensen, Dagfinn Mørkrid Thøgersen, Odd Arne Tjersland, Per Eriksen, Tori Mauseth, Anne-Beth Grøndahl, Hanne Netland Simonsen, Vibeke Silseth, Anne Lothe Brunstad og Are Evang.

Veiledning:

Veiledning med psykologspesialist i grupper på fire inngår i programmet. Veiledningen foregår i Oslo, men det kan opprettes lokale grupper, hvis det er nok deltakere til å danne gruppe og det er praktisk mulig. Det forutsettes også deltakelse i de selvstyrte veiledningsgruppene.

Kostnader:

6 kurs på kr 5 500 per kurs. Utgifter til veiledning i gruppe (kr 7 500 per semester) kommer i tillegg, samt utgifter til reise og opphold. Merk at andre og siste samling holdes utenfor Oslo.

Forutsetning for deltakelse er at psykologen er i klinisk praksis, hovedsakelig med barn og/eller ungdom. Videre at veiledning i gruppe lar seg ordne praktisk.



Frist for påmelding: **1. oktober 2016**

Gå til IAPs hjemmeside <http://www.iapnett.no> for påmeldingsskjema.

Eventuelle spørsmål kan rettes til koordinator Inga Marie Holst, e-post: ingamarieholst@gmail.com, mobil: 959 33 884.

Med forbehold om mindre justeringer grunnet nye målbestemmelser.



WAIS-IV – Administrasjon og tolkning

Målgruppe:

Psykologer som bruker eller ønsker å ta i bruk WAIS-IV (Wechsler Adult Intelligence Scale). For å få fullt utbytte av kurset forutsettes kompetanse tilsvarende norsk cand. psychol. grad med grunnleggende kjennskap til statistikk knyttet til testbruk. Ved behov kan repetisjon av dette kombinert med å gjøre seg kjent med WAIS-IV være nyttig før en kommer på kurset. Psykologforeningens testkurs er forbeholdt psykologer.

Målsetting:

Gi grunnlag for selvstendig og faglig oppdatert bruk av WAIS-IV i klinisk psykologarbeid på tvers av ulike psykologroller og problemstillinger.

Innhold:

Dette er et kurs som tar for seg både administrasjon og tolkning av WAIS-IV. Det gis en presentasjon av Wechsler-testene generelt og WAIS-IV spesielt, samt de amerikanske og skandinaviske standardiseringsprosjektene. Endringer fra WAIS-III i oppbyggingen av testen gjennomgås, herunder nye og gamle deltester og indekser. Kurset vil innbefatte øvelser i administrering av de nye deltestene og tilbakemelding av resultatene, fokusering på unngåelse av typiske administreringsfeil, samt gjennomgang og øvelse på en trinnvis modell for tolkning av testresultatene med verktøy/metoder som går utover det som finnes i manual og skåringsprogram. Temaer knyttet til rapportskrivning vil bli gjennomgått sammen med forslag til utarbeiding av rapporter.

Deler av kurset vil bli casebasert der kursdeltakerne oppfordres til å sende inn kasuistikker på forhånd eller å ta med på kurset.

Om kurslederne:

Arne Holen har vært norsk klinisk ekspert på det skandinaviske WAIS-IV prosjektet. Han er utdannet cand psychol fra UiB i 1998, spesialist i klinisk nevropsykologi og har tatt NPFs veilederutdanning. Han er avtalespesialist i Helse Sør-Øst og driver privatpraksis på Lillestrøm. Er også ansatt ved Avdeling for Rus og Avhengighet (ARA), Oslo Universitetssykehus.

Håvard Sørli er utdannet cand psychol fra UiB i 1998 og er spesialist i klinisk nevropsykologi. Han er ansatt ved Avdeling for Akuttpsykiatri og Psykosebehandling på Reinsvoll i Sykehuset Innlandet.

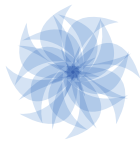
Kurset godkjennes som fritt spesialkurs og vedlikeholdsaktivitet med 16 timer.

Sted og dato: Oslo, 19.-20. september 2016

Avmeldingsfrist: 15. august 2016

Medlemspris: kr 6 700

Kursnr: 127-16



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



Psykologikongressen 2016

I den andres sted – omsorg for seg selv og andre

Hvordan leve seg inn i hvordan andre tenker og føler? Hvordan sette seg i den andres sted?

Vi lever våre liv nært sammenbundet med hverandre. Relasjoner blir skapt når vi prøver å sette oss i våre medmenneskers sted. Denne evnen til mentalisering er fellesnevner for Psykologikongressen 2016. Mentalisering er en forutsetning for at vi skal kunne fungere i sosiale fellesskap og tilpasse vår atferd til hverandre.

Årets plenumsforedrag vil omhandle temaer som selvmedfølelse, fremmedfrykt, kjønnsidentitet, depresjon og altså mentalisering.

Vi tilbyr deg to dager som veksler mellom «state of the art»-presentasjoner og praksisnære symposier og foredrag. Ikke minst har vi gleden av å by på faglige tungvektene som Peter Fonagy og Pim Cuijpers.

Blant andre bidragsyttere i plenumsalen:

- Per-Einar Binder: Ikke vær så slem med deg selv – medfølelse når livet blir vanskelig
- Leif Edward Ottesen Kennair: Vi og de andre
- Åsa Hammar, UiB: Tilbakefall ved depresjon
- Ira Haraldsen, Rikshospitalet: Kjønnen ligger i hjertet ikke i hjernen
- Nanna Sønnichsen Kayed: Psykisk helse, traumer og livskvalitet hos barn og unge i barneverninstitusjoner

Husk påmelding innen 30. juni for å få redusert pris.

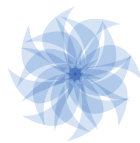
Kongressen godkjennes som 15 timers fritt spesialkurs og vedlikeholdskurs for spesialitetene.

Sted og dato: Oslo Kongressenter, 1.-2. september 2016

Påmeldingsfrist: 28. juli 2016

Kursnr: 920-16

Påmelding via www.psykologforeningen.no/kurs og utdanning



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



Universitetet i Bergen har ledig 2 stillingar som

Stipendiat - dobbelkompetanse i psykologi

Det psykologiske fakultet | Søknadsfrist: 01.09.2016

Finn din stilling på uib.no



Bufetat
Barne-, ungdoms- og familieetaten - Region Midt-Norge

Psykolog

Barne-, ungdoms- og familieetaten har ledig en fast 100 % stilling som psykolog/kartlegger i Nasjonalt inntaksteam.

Nasjonalt inntaksteam (NIT) er en enhet med nasjonale oppgaver i Bufetat. NIT inngår som del av ny organisering av inntak til Bufetats tjenester. NIT har som hovedoppgave å kartlegge og innstille på tiltaksvalg for institusjon i hht. barnevernlovens § 4-24 og 4-26 og sørge for resultatmålinger ved avslutning av institusjonsoppholdet.

Søknadsfrist: 15.06.2016

Se fullstendig utlysning og søk på bufdir.no

www.bufdir.no




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

Psykologspesialist/psykolog Familieavdelingen

Ved avdelingen er det ledig 100 % fast stilling for psykologspesialist/psykolog. Andre med relevant utdanning og klinisk erfaring kan komme i betraktning.

Tiltredelse: 8. august 2016

Kontakt:
Leder Bente Barstad på
tlf. 32 74 97 00 / 918 49 236



Søk elektronisk via
www.modum-bad.no

Her finner du også fullstendig utlysningstekst.

Søknadsfrist: 8. juni 2016 www.modum-bad.no

Avdeling for rusmedisin, AFR Poliklinikk søker:



Seksjonsleiar

Vi har ledig 100% fast stilling som seksjonsleiar for AFR poliklinikk. AFR er i ein utviklingsfase der vi søker å styrke den polikliniske forankringa i pasientutviklinga. Vi søker derfor etter ein leiar som både har inngående kunnskap om tverrfagleg spesialisert behandling for rus- og avhengigheit (TSB) og som kan vere med å vidareføre utviklinga av ei framtidretta poliklinisk verksemd med høg fagleg kvalitet.

Avdeling for rusmedisin har i tillegg til AFR poliklinikk tre seksjonar for døgnbehandling, ein FoU avdeling, samt eigen poliklinisk seksjon for LAR-verksemda.

Interessert?

Ta kontakt med Avdelingsdirektør Avdeling for rusmedisin Else-Marie Løberg på telefon 980 94420

Referansnr.: 3041103589 **Søknadsfrist:** 12.06.2016



HELSE BERGEN
Haukeland universitetssjkehus

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

ALTERNATIV TIL VOLD

Alternativ til Vold (ATV) er en privat stiftelse som organiserer behandlingstilbud til mennesker med voldsproblematikk. Stiftelsen har 3 hovedmålsettinger: a) behandling, b) kunnskapsformidling og c) forskning. ATV driver 11 behandlingssentre i Norge, i tillegg til behandlingssamarbeid med ATV kontorer i Norden. Klientgruppen er i hovedsak voksne som utøver vold, men noen kontorer arbeider også med voksne, ungdom og barn som har vært utsatt for vold. Stiftelsen har 50 ansatte, hovedsakelig psykologer.

ALTERNATIV TIL VOLD – TROMSØ SØKER psykolog/psykologspesialist/terapeut i 100 % fast stilling

ATV Tromsø utlyser en 100 % fast stilling. ATV Tromsø ble åpnet høsten 2011 og har 3 ansatte. Kontoret ligger sentralt i byen og har et stabilt, hyggelig og sosialt miljø.

Arbeidsoppgavene for stillingen vil hovedsakelig bestå av terapeutisk arbeid, individuelt og i grupper, med klienter som utøver vold i nære relasjoner. Det vil også være samtaler med klienter som har vært utsatt for vold. Behandlingen innebærer ofte samarbeid med andre instanser som barneverntjeneste, familievernkontor, helsestasjon, m.fl.

ATV søker engasjerte medarbeidere som er motivert for kontinuerlig faglig oppdatering og som ønsker å delta i et engasjerende og spennende faglig fellesskap. Videre må søkeren ha et eksplisitt ønske om å lære mer om vold og behandling. Erfaring fra arbeid med vold er ønskelig, men annen behandlingserfaring vil også være relevant. Personlig egnethet vektlegges. Vi ønsker en person med gode samarbeidsevner og som ønsker å by på seg selv.

Vi søker deg som:

- Liker å være psykoterapeut
- Liker å jobbe i team
- Synes at vold kan være en spennende terapeutisk utfordring
- Liker at det settes av mye tid til fagutvikling
- Liker at jobben også kan inneholde formidling og undervisning
- Liker å jobbe innenfor et større nasjonalt psykologfellesskap
- Liker å få nye utfordringer som fagperson

Søknadsfrist 31. juli 2016, intervju vil trolig bli avholdt i uke 33.

For nærmere opplysninger kontakt **Barbora Jakobsen**, psykolog og kontorleder ved ATV Tromsø på telefon: 410 46 952.

Send søknad på e-post til barbora@atv-stiftelsen.no

Helse Fonna HF omfattar sjukehusa Haugesund, Stord, Odda, Valen, fire DPS og ti ambulansestasjonar. Vi har over 3200 medarbeidarar og dekkjer ei befolkning på nær 180 000. Bli betre kjent med oss på www.helse-fonna.no og www.facebook.com/helsefonna

Nevropsykolog/psykologspesialist

Ved nevropsykologisk eining i seksjon spesialisert behandling, Haugesund sjukehus, har vi no ledig fast stilling for nevropsykolog/psykologspesialist. Velkomen til eit sterkt fagmiljø med gode kolleger.

Nevropsykologisk eining høyrer til Klinikken for psykisk helsevern i Helse Fonna. Eininga er eit resultat av samarbeid på tvers av psykisk helsevern og somatikk i Helse Fonna-området, og vi utgreier heile aldersspekteret frå barn til eldre. Pasientane kjem primært frå nevrologisk avdeling, psykisk helsevern og førstelinetenesta. Eininga har fem psykologstillingar og eit velutstyrt nevropsykologisk testlaboratorium som disponerer 3,5 testteknikar-stillingar.

Nevropsykologisk eining er ein del av seksjon spesialisert behandling ved Haugesund sjukehus. Vi har derfor eit sterkt fagmiljø innan utgreiing av kognitive funksjonar. Seksjonen har eigen alderspsykiatrisk poliklinikk med to psykologspesialistar og poliklinikk i psykisk helsevern for utviklingshemma med éin psykologspesialist og éin i spesialisering. Seksjonen er knytt til forskningsmiljøet, og har to ansatte med fullført PhD og tre som er godt i gong med PhD-løp.

ARBEIDSOPPGÅVER

Stillinga inneber arbeid med barn og vaksne frå både somatikk og psykisk helsevern som treng utgreiing og/eller oppfølging relatert til nevropsykologiske problemstillingar.



PERSONLEGE EIGENSKAPAR

Vi søker deg som er strukturert, ansvarsbevisst og fleksibel. Du likar varierte utfordringar, har gode kommunikasjonssevner, er engasjert og vil bidra til eit godt arbeidsmiljø.

KVALIFIKASJONAR

- Psykologspesialist/nevropsykolog, men psykolog kan også søkje.
- Vi vektlegg at søkjar er personleg eigna og har relevant erfaring.
- Krav om Norsk B2-nivå dersom norsk ikkje er hovudmålet

HOS OSS FÅR DU

- Alle spesialistar får 4 mnd utdanningspermisjon per 5 år dei arbeider i føretaket.
- For psykolog i spesialisering tilbyr vi komplett utdanningsløp, med opptening av 1 veke permisjon per år til å skrive spesialistoppgåve.
- Lønn i samsvar med gjeldande overenskomst med NPF.
- Høgt fagleg nivå og triveleg arbeidsmiljø
- Konkurransedyktig pensjonsordning. Yrkesskade-, gruppeliv- og tenestereiseforsikring.
- Ei inkluderande arbeidsliv-bedrift (IA-bedrift).
- Hjelp med bustad, oppgi i søknaden dersom det er ønskeleg.

Søknadsfrist: 15.06.2016.

FOR MEIR INFORMASJON:

Monica Haraldseid Breivte. Psykologspesialist og funksjonsleiar for nevropsykologisk eining. Mob: 91641047.

Les heile stillinga og søk på www.helse-fonna.no/jobb



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.

2. GANGS UTLYSNING

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: 12.06.16.



Skjelfoss psykiatriske senter ligger i Østfold, i Hobøl kommune. Det er totalt ca. 40 pasienter med driftsavtale med Helse Sør Øst; spesialisthelsetjenesten, samt kontrakter innen kommunehelsetjenesten i Østlandsområdet. Senteret gir behandling og bo/omsorgstjenester til mennesker med alvorlige psykiske lidelser og med ROP lidelser i aldersgruppen 20–60 år. Ca. 50 % av pasientene er innlagt til tvunget psykisk helsevern.

Ledig vikariat som psykolog/psykologspesialist

Ved Skjelfoss psykiatriske senter er det ledig 1 års vikariat i 100% stilling som psykolog/psykologspesialist.

Les stillingsannonсен på www.skjelfoss.no

Kontaktinfo:

Stig Olsen – Teamleder Stab, tlf: 93 48 44 80

Søknad sendes til: sol@skjelfoss.no

Søknadsfrist: 15. juni



Bufetat

Barne-, ungdoms- og familieetaten - Region Sør

MST-terapeuter i Telemark og Buskerud

Barne-, ungdoms og familieetaten har egne enheter som driver med multisystemisk terapi (MST), som er en tidsavgrenset, familiebasert behandlingsmetode for ungdom med alvorlige atferdsvansker. Terapeutene jobber i hjem, nærmiljø og skole med foreldre og ungdom, der ungdommen står i fare for å bli plassert utenfor hjemmet. MST er en evidensbasert metode utviklet i USA, og implementeringen i Norge ledes av Atferdssenteret, Universitetet i Oslo. I Region sør drives det totalt fem MST- team. Et team består av tre-fire terapeuter og en veileder som er faglig og administrativ leder av teamet. Behandlingen er tilgjengelig 24 timer i døgnet, 7 dager i uka.

Tilgjengelighet er regulert gjennom egen avtale for MST-terapeuter, og er godt økonomisk kompensert. Stilling som MST-terapeut innebærer selvstendig arbeid, fleksibel arbeidstid og kontinuerlig faglig utvikling gjennom ukentlig veiledning og regelmessige fagseminarer.

Ved Buskerud, Vestfold, Telemark Behandling for ungdom er det ledig ledig to faste 100 % stillinger som MST-terapeuter, med arbeidsområde Telemark/Vestfold og Buskerud. Spesiell opplæring innen MST vil bli gitt.

Søknadsfrist: 15.06.2016

Se fullstendig utlysning og søk på bufdir.no

www.bufdir.no



Bufetat

Barne-, ungdoms- og familieetaten - Region Øst

MST-terapeut - vikariat (100 %)

Barne-, ungdoms og familieetaten har egne enheter som driver med multisystemisk terapi (MST), som er en tidsavgrenset, familiebasert behandlingsmetode for ungdom med alvorlige atferdsvansker. Terapeutene jobber i hjem, nærmiljø og skole med foreldre og ungdom, der ungdommen står i fare for å bli plassert utenfor hjemmet. MST er en evidensbasert metode utviklet i USA, og implementeringen i Norge ledes av Atferdssenteret, Universitetet i Oslo. I Region øst drives det totalt fem MST- team. Et team består av tre-fire terapeuter og en veileder som er faglig og administrativ leder av teamet. Behandlingen er tilgjengelig 24 timer i døgnet, 7 dager i uka.

Ved MST Lillestrøm/Sandvika er det nå ledig et vikariat i 100 % stilling som terapeut.

Den som tilsettes må ha mulighet til å kunne arbeide svært fleksibelt.

Tilgjengeligheten er regulert gjennom egen avtale for MST-terapeuter, og er godt økonomisk kompensert. Spesiell opplæring innen MST vil bli gitt.

Søknadsfrist: 15.06.2016

Se fullstendig utlysning og søk på bufdir.no

www.bufdir.no



Sortland kommune

Opplevelser i massevis - og jobb - venter deg!

Psykolog

Ved Psykisk helsetjeneste er det ledig 100 % fast stilling som klinisk psykolog.

Fullstendig utlysningstekst på www.sortland.kommune.no.
Søknadsfrist: 14. juni 2016



blåbyen www.sortland.kommune.no

frantz.no

FAMILIEKONTORET I VEST-AGDER, AVD. KRISTIANSAND HAR LEDIG FAST 100 % STILLING SOM PSYKOLOGSPESIALIST/ PSYKOLOG

Familiekontoret i Vest-Agder har to avdelinger henholdsvis i Kristiansand og Farsund. Arbeidsoppgavene er bl.a. terapeutisk arbeid med par, familier og enkeltpersoner med samlivs- og relasjonsproblemer, samt rådgiving.

Familiekontoret utfører også lovpålagt meklingsoppgave for foreldre etter ekteskapslov og barnelov.

Søknadsfrist: 30.06.16

Se fullstendig utlysning på finn.no

Helse Midt-Norge RHF er ett av fire regionale helseforetak i Norge. Disse eies av staten ved Helse- og omsorgsdepartementet og skal sørge for at befolkningen får tilgang på spesialiserte helsetjenester med god kvalitet. Helse Midt-Norge RHF har overordnet ansvar for spesialisthelsetjenesten i Nord-Trøndelag, Sør-Trøndelag og Møre og Romsdal. Virksomheten er organisert gjennom 4 helseforetak som eies av Helse Midt-Norge RHF. I tillegg er Helse Midt-Norge IT direkte underlagt RHF som egen selvstendig enhet. Den samlede virksomheten omfatter ca 20 000 medarbeidere og et årlig budsjett på vel 20 milliarder kroner. Se ytterligere informasjon på www.helse-midt.no.

Hjemmel i klinisk nevropsykologi

Vi har ledig 100% fast stilling for deg som er spesialist i klinisk nevropsykologi. Hjemmelen er besluttet lokalisert i Stjørdal.

Hjemlene vil kreve et godt samarbeid med helseforetaket, og sammen skal det skapes balanse og stabilitet innen dette fagområdet i denne delen av regionen. Betingelser for hjemlene er i samsvar med reglene i Rammeavtalen mellom Norsk psykologforening og Helse Midt-Norge RHF.

Kontaktinfo: Karin Bostad, rådgiver, tlf. 412 14 382 eller Arnt Egil Hasfjord, rådgiver, tlf. 413 22 145

Søknadsfrist: 23. juni 2016

Søknad blir sendt elektronisk via www.helse-midt.no - der du òg finner fullstendig utlysningstekst.

HELSE  MIDT-NORGE

frantz.no

Helse Midt-Norge RHF er ett av fire regionale helseforetak i Norge. Disse eies av staten ved Helse- og omsorgsdepartementet og skal sørge for at befolkningen får tilgang på spesialiserte helsetjenester med god kvalitet. Helse Midt-Norge RHF har overordnet ansvar for spesialisthelsetjenesten i Nord-Trøndelag, Sør-Trøndelag og Møre og Romsdal. Virksomheten er organisert gjennom 4 helseforetak som eies av Helse Midt-Norge RHF. I tillegg er Helse Midt-Norge IT direkte underlagt RHF som egen selvstendig enhet. Den samlede virksomheten omfatter ca 20 000 medarbeidere og et årlig budsjett på vel 20 milliarder kroner. Se ytterligere informasjon på www.helse-midt.no.

Hjemmel i klinisk psykologi

Vi har ledig 100 % fast stilling for deg som er spesialist i klinisk psykologi. Hjemmelen er besluttet lokalisert i Ulsteinvik.

Hjemmelen vil kreve et godt samarbeid med helseforetaket, og sammen skal det skapes balanse og stabilitet innen dette fagområdet i denne delen av regionen. Betingelser for hjemmelen er i samsvar med reglene i Rammeavtalen mellom Norsk psykologforening og Helse Midt-Norge RHF.

Kontaktinfo: Karin Bostad, rådgiver, tlf. 412 14 382 eller Arnt Egil Hasfjord, rådgiver, tlf. 413 22 145

Søknadsfrist: 23. juni 2016

Søknad blir sendt elektronisk via www.helse-midt.no - der du òg finner fullstendig utlysningstekst.

HELSE  MIDT-NORGE

frantz.no

Vi søker:

Psykologspesialist/psykolog

100 % fast stilling (spesialist)



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

Les mer på www.kirkenssosialtjeneste.no

Kirkens Sosialtjeneste TSB Stavanger er en behandlingsinstitusjon for unge rusmiddel-avhengige. Vi holder til på Tjensvoll i Stavanger og jobber på oppdrag fra Helse Vest RHF. Virksomheten har døgneklinikk med 15 døgnplasser og poliklinikk. Klinikken er en del av Tverrfaglig Spesialiserte Behandlingstjenester (TSB) i Helse Vest sitt opptaksområde og har tverrfaglig bemanning bestående av sosionomer, sykepleiere, lege, psykologer, samt personell med annen relevant utdanning og erfaring.

Psykologene har oppgaver innen diagnostikk, behandling, veiledning, inntaksarbeid og tverrfaglig samarbeid internt/eksternt. Oppgavene er knyttet til både døgneklinikk og poliklinikk.

Kvalifikasjoner for psykologspesialiststilling

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

Vi ser etter en medarbeider som er personlig egnet og har relevant erfaring. Psykolog som er i spesialiseringsforløp kan også søke. Det kan også være aktuelt å tilby stilling/engasjement til nyutdannet psykolog. Søker må beherske norsk skriftlig og muntlig.

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

Ta gjerne kontakt med psykologspesialist **Tordis Stokke tlf. 416 46 982**, virksomhetsleder ved Kalfaret Behandlingssenter som er faglig veileder for institusjonen vår.

Søknad med CV sendes på epost til: **tsb.stavanger@s-ks.no innen 10.06.16.**

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. Helseforetaka 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 Stavangerområdet

100 % avtaleheimel for godkjend spesialist i klinisk psykologi i Stavangerområdet er ledig frå 01.10.2016, eller etter avtale.

Sentrale moment i vurdering av søkjarane 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 Sola DPS om oppgåvefordeling og for å sikre gode pasientforløp. Avtalespesialisten skal også i et visst omfang kunne ta imot pasientar som blir tilvist frå Sola DPS. Dette vil bli regulert nærare i den individuelle driftsavtalen.

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

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

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

Søknadsfrist er tre veker etter utlysing.

Nordlandssykehuset HF har følgende stillinger ledig:

Salten distriktpsikiatriske senter, Korttidsenhet rus

Psykologspesialist/ psykolog TSB

- 100 % fast stilling.

Vi har for snarlig tiltredelse ledig 100 % stilling innenfor TSB som psykologspesialist/psykolog i behandlerstab tilknyttet korttidsenhet rus. Rus- og avhengighetsbehandling på korttids døgnavdeling innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) er et frivillig tilbud til personer over 18 år som ønsker avrusning, kartlegging, utredning og behandling som et ledd i endring av egne rusmiddelvaner. Dette gjelder både legale og illegale rusmidler.

Vi tilbyr pasientene individuelt tilpassede behandlingsforløp, basert på gjeldende retningslinjer/veiledere for alle typer rusproblemer.

For nærmere opplysninger kontakt enhetsleder Mette Moe, tlf. 926 30 459.

Søknadsfrist: 15. juni 2016

Fullstendig utlysning og elektronisk søknadsskjema:
www.nlsh.no

frantz.no

 **NORDLANDSSYKEHUSET**
NORDLÁNDA SKIPPJIVIESSO



Nordlandssykehuset HF har følgende stillinger ledig:

PHR Salten distriktpsikiatriske senter

Psykologspesialist til psykoseteam

- 100 % fast stilling ledig fra 1. september.

Psykoseteamet ved Salten DPS gir et helhetlig tilbud til mennesker som har, eller står i fare for å utvikle en psykoselidelse. Vi er opptatt av å tilpasse behandlingen individuelt etter en grundig utredning. Tilbudet til pasientene skal være helhetlig. Vi er stolte over å ha flere gruppetilbud som retter seg mot pasientenes fysiske helse. Psykoedukasjon, brukermedvirkning og god pårørendeinvolvering er sentralt i arbeidet vårt.

For nærmere opplysninger kontakt nhetsleder Terje Arnøy, tlf. 915 27 886, avdelingsleder Randi M. Meland, tlf. 906 23 383 eller psykologspesialist Kari Bøckmann, tlf. 75 50 17 69.

Søknadsfrist: 15. juni 2016

Fullstendig utlysning og elektronisk søknadsskjema:
www.nlsh.no

frantz.no

 **NORDLANDSSYKEHUSET**
NORDLÁNDA SKIPPJIVIESSO



Nordlandssykehuset HF har følgende stillinger ledig:

Salten distriktpsikiatriske senter, PHR-klinikken,
Forebyggende familieteam

Psykologspesialist og klinisk konsulent

- 2 x 100 % fast stilling.

Nyopprettede forebyggende familieteam ved Salten DPS søker etter psykologspesialist og klinisk konsulent. Teamet skal være et klinisk lavterskeltilbud for sårbare familier med særskilt vekt på barn i alderen 0-6 år. Hensikten er å hindre skjevutvikling hos barn som er i risiko som følge av at mor/far har rusproblem, psykisk lidelse eller alvorlig somatisk lidelse.

Teamet skal jobbe ambulant og på tvers av nevnte fagområder innen spesialisthelsetjenesten, og mot kommunehelsetjeneste og barnevernstjeneste. Teamet blir organisatorisk underlagt rusteamet ved Salten DPS.

For nærmere opplysninger kontakt avdelingsleder Randi M. Meland, tlf. 906 23 383 eller psykolog Andreas Østvik, tlf. 986 74 531.

Søknadsfrist: 15. juni 2016

Fullstendig utlysning og elektronisk søknadsskjema:
www.nlsh.no

frantz.no

 **NORDLANDSSYKEHUSET**
NORDLÁNDA SKIPPJIVIESSO



 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!

Distriktpsikiatriske senter Tynset har et opptaksområde på ca 21000 innbyggere. Vi har to behandlingsenheter, døgnenhet med 10 plasser og voksepsykiatrisk poliklinikk med integrert TSB/LAR team. Poliklinikken har 14 årsverk, inklusive 2 overleger, lege i utdanningsstilling, psykologspesialist, 4 psykologer, psykiatriske sykepleiere, psykomotorisk fysioterapeut.

Vi trenger din kompetanse

Psykologspesialister/ psykologer

2 x 100 % fast stilling. BUP Hedmark, poliklinisk enhet Tynset. Arbeidet ved poliklinikkene innebærer utredning, diagnostisering og behandling i forhold til et bredt spekter av problemstillinger i barne- og ungdomspsykiatri. (Ref. nr.: 3070216940)

Kontaktperson: Enhetsleder Ragni Hole, tlf. 941 70 519 / 62 48 35 26 eller avdelingssjef Hanne Øverås, tlf. 917 02 411

Søknadsfrist: 10. juni 2016

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

HELSE  SØR-ØST

frantz.no



Nordland
FYLKESKOMMUNE

Ledig funksjon som psykolog i TOO-prosjekt i Nordland

Den offentlige tannhelsetjenesten i Nordland ønsker å engasjere/komme i kontakt med psykolog, som skal samarbeide med vårt personell i TOO-prosjektet (Tortur, Overgrep og Odontofobi). Arbeidet vil være viktig og banebrytende i forhold til det politiske satsningsområdet som er å etablere behandlerteam for pasienter som har vært utsatt for tortur, vold og overgrep, og for dem som har odontofobi eller tannbehandlingsangst.

Generelle arbeidsoppgaver:

- Klinisk virksomhet; diagnostikk og behandling
- Kompetansespredning gjennom veiledning og konsultasjon

Vårt TOO-team er lokalisert til Saltvern tannklinik i Bodø og den det inngås avtale med må ha anledning til å være tilstede på klinikken ved behov, foreløpig anslått til inntil en dag pr. uke. På Saltvern tannklinik inngår du som psykolog i odontofobiteamet sammen med tannlege, tannpleier og tannhelsesekretær.

En del av funksjonen vil fremover også kunne inkludere behandling av ungdommer med odontofobi og pasienter som skal gjennomgå eller har gjennomgått ortognatisk kirurgi.

Følgende kvalifikasjoner vil bli vektlagt:

- Kompetanse om traumatisering gjennom vold, overgrep, og tortur samt flyktningefeltet
- Engasjement og interesse for odontofobi
- Undervisning og veiledning
- Evne til å arbeide selvstendig
- Erfaring med tverrfaglig samarbeid

Dersom dette høres interessant ut ber vi deg ta kontakt for en uforpliktende samtale så snart som mulig, og **innen 23. juni**.

Nærmere informasjon kan gis av tannhelsesjef Odd-Roar Wetting, tlf. **481 48 092** eller e-post oddwet@nfk.no

Faglige spørsmål kan rettes til tannlege i odontofobiteamet, Sigrid Lunding, tlf. **75 53 82 44** eller e-post siglun@nfk.no



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.

Divisjon psykisk helsevern består av Avdeling DPS, Avdeling BUP, Avdeling rus og avhengighet, Avdeling akuttpsykiatri, Avdeling spesialpsykiatri, Avdeling alderspsykiatri, Avdeling voksenhabilitering og Avdeling FoU. Divisjonen har ca. 1.700 årsverk og er lokalisert på Øvre og Nedre Romerike, inkl. Nordbyhagen, samt i Groruddalen og i Follo.

Forsker/postdoktor

FOU-avdeling i Divisjon psykisk helsevern har ledig 100 % stilling for forsker / postdoktor.

Ledig fra 3. oktober 2016.

Referansen: 3050519942

Spørsmål vedrørende stillingene kan rettes til:

Lars Tanum, seksjonssjef, tlf. 67 96 88 69 eller Torleif Ruud, avdelingssjef, tlf. 975 46 760.

Postdoktor

Implementering av psykosebehandling

Det er ledig 100 % stilling som Postdoktor i forskningsprosjektet Implementering av nasjonale retningslinjer i psykosebehandling - FOU psykisk helsevern.

Referansen: 3050560088

Spørsmål vedrørende stillingene kan rettes til:

Torleif Ruud, avdelingssjef, tlf. 975 46 760, Lars Tanum, seksjonssjef, tlf. 67 96 88 69 eller Kristin S Heiervang, forsker, tlf. 901 50 138.

Stipendiat

Implementering av psykosebehandling

FOU psykisk helsevern har ledig Doktorgradsstipendiat om implementering av nasjonale retningslinjer for behandling av psykoselidelser.

Referansen: 3050655771

Spørsmål vedrørende stillingene kan rettes til:

Torleif Ruud, avdelingssjef, tlf. 975 46 760, Lars Tanum, seksjonssjef, tlf. 67 96 88 69 eller Kristin S Heiervang, forsker, tlf. 901 50 138.

Les mer om stillingene på www.ahus.no
- Søk innen 7. juni 2016

www.ahus.no

HELSE SØR-ØST



Ledig stilling i PP-tjenesten

100 % vikariat som Psykolog/ped.psyk.rådgiver fra 01.09.16 til 30.06.17 i PP-tjenesten i virksomhet Barn og unge.

Søkere med annen relevant utdanning som cand. paed.spec., cand.ed. eller tilsvarende, kan også søke. Det legges vekt på personlig egnethet. Den tilsatte må disponere egen bil i tjenesten. Lønn etter avtale.

Arbeidsoppgavene vil omfatte utredning av barn og unge og oppfølging i barnehage og skole både på individ- og systemnivå. PP-tjenesten er et tverrfaglig kontor med et godt fag- og arbeidsmiljø.

Nærmere opplysninger om stillingen kan fås ved henvendelse til:

Tjenesteleder Harald Ring, telefon: 992 49 400, e-post: harald.ring@tonsberg.kommune.no

Søknadsfrist: 12.06.16

Se fullstendig utlysning på www.tonsberg.kommune.no - ledige stillinger
Arkivsaknr: 16/6061

På grunn av økende arbeidsmengde søker vi etter:

Psykolog i 100 % stilling

Stiftelsen Karmsund ABR Senter er en ideell organisasjon som tilbyr et bredt utvalg av tjenester til personer med rusproblemer. Vi har 6 avdelinger på 3 ulike steder. På Avaldsnes Ressurscenter på Karmøy har vi tilbud om tverrfaglig spesialisert rusbehandling på oppdrag for Helse Vest. Her er det stabiliserings- og utredningsavdeling, døgnavdeling, dagavdeling og poliklinikk.

Arbeidsoppgaver: Utredning, diagnostisering og behandling av henviste pasienter. Delta i undervisning og gruppetilbud for pasienter. Delta i arbeid med patientsikkerhet, systematisk kvalitetsarbeid og kontinuerlig forbedring av virksomheten.

Kvalifikasjoner: Norsk autorisasjon som psykolog. Vi ønsker søkere med variert klinisk erfaring og interesse for fagfeltet. Søkere må beherske norsk muntlig og skriftlig.

Søknadsfrist: 17. juni 2016 **Tiltredelse etter avtale.**

For fullstendig stillingsannonse se på: www.stiftelsen-karmsund.no

Kontakt: Halvor Hansen 92632316 / Mona K Vedøy 41298918



**Stiftelsen
Karmsund ABR-Senter**

PSYKOLOGTIDSSKRIFTETS MATERIELLFRISTER OG ANNONSEPRISER 2016

SPESIALPLASSERING:

1/1 side 4 farger plassert på 3. omslagside kr 19 500.

KURSANNONSER/RUBRIKKANNONSER:

Kurs, utleie av lokaler m.v. kr 23 per sp.mm.

Fargetillegg kr 11,50 per sp.mm.

Priseksempel for en 1/4 sides kursannonse i sort/hvitt kr 2 645, samme format i farger kr 3 968.

SMÅANNONSER:

Kun tekst, maks 4 linjer/170 tegn (sort) kr 1 450.

NETTANNONSER:

Pris for en stillingsannonse kun på nett er kr 10 850, pris for kursannonse kun på nett er kr 5 850. Nettannonsene har ingen frister, kan publiseres i løpet av kort tid, og ligger tilgjengelig i inntil en måned. For et tillegg på kr 4 450 kan kursannonser annonsert i Psykologtidsskriftet også oppføres på www.psykologforeningen.no under «Konferanser og kurs».

Få ekstra oppmerksomhet til din stillingsannonse på nettsiden. For kr 4 850 (inntil en måneds visning) kan logo vises på forsiden www.psykologtidsskriftet.no med link til bedriftens stillingsannonse.

Alle stilling ledig-annonser innrykket i Psykologtidsskriftet blir også publisert, som en medlemservice, på www.psykologtidsskriftet.no/stillingsannonser

Nr	Materiellfrist	Utgivelse
7	16.06	01.07
8	18.07	01.08
9	18.08	01.09
10	19.09	03.10

ANNONSEFORMATER

1/1 side	1/2 side		1/4 side
Stående	Stående	Liggende	Stående
170x234	82,5x234	170x115	82,5x115

Priser stillingsannonser/profilannonser:

Format	4 farger	Sort
1/1 side	16 550	15 250
1/2 side	12 250	11 250
1/4 side	10 850	9 850

Annonser som skal lages som trykk-klar PDF blir belastet med kr 850 per annonse. Alle priser er ekskl. mva.

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



Lenvik kommune

www.lenvik.kommune.no



Kommunepsykolog

Lenvik kommune har ledig 100% fast stilling som kommunepsykolog med snarest mulig tiltredelse.

Arbeidsoppgaver:

- Klinisk arbeid mot barn og familie, inntil 6 konsultasjoner for utredning og behandling.
- Veiledning og undervisning med fokus på forebygging og tidlig innsats for barn og foresatte. Samarbeid med bl.a. jordmor, helsesøster, barnevern, psykisk helsetjeneste, barnehage og skole.
- Systemarbeid. Deltakelse i kommunens tverrfaglige arbeid som barnebykommune, utforming av relevant planverk og strategi for satsing på barn og forebygging.

Nærmere opplysninger om stillingen fås ved henvendelse til kommunalsjef helse og omsorg, Bente Johnsen Karlsen, tlf. 480 04 179, epost: bente.johnsen.karlsen@lenvik.kommune.no.

Søknadsfrist: 15. juni 2016.

Søknad sendes via www.jobbnorge.no - hvor du også finner fullstendig utlysingsstekst. For nærmere informasjon om Lenvik kommune, se kommunens nettside - www.lenvik.kommune.no

BARNEBYEN

- Trygghet når du trenger det mest

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

Kristiansand

Psykologspesialist/psykolog - Avdeling for voksenhabilitering

Vi har ledig stilling for psykologspesialist/psykolog i 100 % vikariat fra 29.08.2016. og i 1 år.

Vi er lokalisert på Kongsgård på Lund. Seksjonen har 14 stillinger, derav 3 psykologer. Andre yrkesgrupper er leger, vernepleiere, sykepleiere, sosionom, fysioterapeut og testtekniker.

Opplysninger: Anne Kate Jynge, seksjonsleder, tlf. 988 90 931, Rune Harald Ulvestad, ass. seksjonsleder, tlf. 917 58 537 eller Janne Liverød Risholm, psykologspesialist, tlf. 958 65 133.

Søknadsfrist: 12.06.2016

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

Ønsker ikke kontakt med rekrutteringsbyrå/annonselesere.

frantz.no



SØRLANDET SYKEHUS



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

- Trygghet når du trenger det mest

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

Kvinesdal

Psykologspesialist/psykolog - Distriktpsykiatrisk senter (DPS) Lister

Vi har ledig 2 x 100 % st. fast som psykologspesialist/psykolog ved DPS Lister Kvinesdal. Tiltredelse etter avtale.

DPS Lister Kvinesdals kliniske problemstillinger er svært varierte og dekker et bredt spekter av behandlingsmessige utfordringer, tilnærminger og metodevalg.

Opplysninger: Britt Randi Skoglund Galdal, enhetsleder, tlf. 916 86 099 eller Anne Dorte Lyken, avdelingsleder, tlf. 411 73 873.

Søknadsfrist: 10.06.2016

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

Ønsker ikke kontakt med rekrutteringsbyrå/annonselesere.

frantz.no



SØRLANDET SYKEHUS

NORSK PSYKOLOGFORENING

SENTRALSTYRET

President

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

Visepresidenter

Rune Frøyland
rfrøey@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 Øverland
klara.overland@uis.no
406 08 818

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

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

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

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

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

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

Østfold
Harald Sandnes
hasandne@online.no
930 94 209

FAGETISK RÅD

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

ANKEUTVALG FOR FAGETISKE KLAGESAKER

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

LØNNS- OG ARBEIDS- MARKEDSUTVALGET

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

FORHANDLINGS- UTVALG FOR PRIVAT PRAKSIS

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

SPEKIALITETSRÅDET

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

KVALITETSUTVALGET

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

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 Sognæs, 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, utdanningsjef, e-post bjornhild@psykologforeningen.no
Eva Danielsen, nestleder, e-post eva@psykologforeningen.no
Kontakt kurs@psykologforeningen.no

NORSK PSYKOLOGFORENING

Pb. 419 Sentrum, 0103 Oslo
Besøksadresse: Kirkegata 2
Tlf. 23 10 31 30
Faks 22 42 42 92
E-post post@psykologforeningen.no
Hjemmeside
www.psykologforeningen.no

For mer informasjon, se
www.psykologforeningen.no

TIDSSKRIFT FOR NORSK PSYKOLOGFORENING

Pb. 419 Sentrum, 0103 Oslo
 Besøksadresse:
 Grev Wedels plass 4

FAGLIGE MED-ARBEIDERE I PSYKOLOG-TIDSSKRIFTET

Trine Anstorp, Regionalt ressurscenter om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging

Kjersti Arefjord, Universitetet i Bergen

Eva Dalsgaard Axelsen, Universitetet i Oslo

Henning Bang, Universitetet i Oslo

Per-Einar Binder, Universitetet i Bergen

Anne Inger Helmen Borge, Universitetet i Oslo

Tim Brennen, Universitetet i Oslo

William Brochs-Haukedal, Norges handelshøyskole

Nikolai Czajkowski, Universitetet i Oslo

Knut Dalen, Universitetet i Bergen

Gudrun Dieserud, Nasjonalt folkehelseinstitutt

Fanny Duckert, Universitetet i Oslo

Atle Dyregrov, Senter for krisepsykologi

Tor-Johan Ekeland, Høgskulen i Volda

Ståle Einarsen, Universitetet i Bergen

Hege R. Eriksen, Universitetsforskning Bergen

Anders Martin Fjell, Universitetet i Oslo

Magne Arve Flaten, Universitetet i Tromsø

Rolf W. Gråwe, St. Olavs hospital

Siri Erika Gullestad, Universitetet i Oslo

Roger Hagen, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet

Odd E. Havik, Universitetet i Bergen

Anthony Hawke, Familievernkontoret i Stavanger

Asle Hoffart, Modum Bad

Arne Holte, Nasjonalt folkehelseinstitutt

Hanne Haavind, Universitetet i Oslo

Reidun Ingebretsen, Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring

Tine K. Jensen, Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress

Leif Edward Ottesen

Kennair, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet

Stein Knardahl, Statens arbeidsmiljøinstitutt

Gerd Kvale, Universitetet i Bergen

Øyvind Kvello, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet

Kim Larsen, Sykehuset Østfold

Arild Lian, Bredtvet kompetansesenter

Gro Therese Lie, Universitetet i Bergen

Astri J. Lundervold, Universitetet i Bergen

June Ullevoldsæter Lystad, Oslo Universitetssykehus

Svein Magnussen, Universitetet i Oslo

Øyvind Lund Martinsen, Handelshøyskolen BI

Willy-Tore Mørch, Universitetet i Tromsø

Simon-Peter Neumer, RBUP Øst og Sør, Oslo

Geir Høstmark Nielsen, Universitetet i Bergen

Hans Nordahl, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet

Inger Hilde Nordhus, Universitetet i Bergen

Terje Ogdén, Atferdssenteret – Unirand

Ståle Pallesen, Universitetet i Bergen

Magne Raundalen, Senter for krisepsykologi

Sissel Reichelt, Universitetet i Oslo

Ivar Reinvang, Universitetet i Oslo

Astrid M. Richardsen, Handelshøyskolen BI

Jan H. Rosenvinge, Universitetet i Tromsø

Bjørn Rishovd Rund, Universitetet i Oslo

Frida Gullestad Rø, Universitetet i Oslo

Michael Helge Rønnestad, Universitetet i Oslo

Gro Mjeldheim Sandal, Universitetet i Bergen

Per Øystein Saksvik, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet

Borrik Schjødt, Haukeland universitetssykehus

Jan Skjerve, Universitetet i Bergen

Ingunn Skre, Universitetet i Tromsø

Arvid Skutle, Stiftelsen Bergensklinikkene

Lars Smith, Nasjonalt kompetansenettverk for sped- og småbarns psykiske helse

Håkan Sundberg, Universitetet i Bergen

Frode Svartdal, Universitetet i Tromsø

Nora Sveaass, Psykologisk institutt, Universitetet i Oslo

Stephen von Tetzchner, Universitetet i Oslo

Odd Arne Tjersland, Universitetet i Oslo

Bente Træen, Universitetet i Oslo

Merete Øie, Sykehuset Innlandet HF

Simon Øverland, Universitetet i Bergen

Til bidragsyterne: Faglige bidrag sendes i redigerbar, elektronisk form (word-format) til sjefredaktør Bjørnar Olsen: bjornar@psykologtidsskriftet.no. Filnavnet skal inkludere navn på førsteforfatter. Bare ferdigstilte tekster blir vurdert. Ved oversendelse må manus være i overensstemmelse med retningslinjer og lengdekrav (psykologtidsskriftet.no, se: *Skriv for oss*). «Faglig bidrag» oppgis som e-postens tittel. E-postens hoveddel skal innholde navn på artikkel og forfattere, sammendrag på inntil 130 ord, og det totale antall tegn i bidraget (inkl. mellomrom). Det bør komme fram om artikkelen passer som f.eks. fagbulletin (maks 12 000 tegn), fagartikkel (18 000–28 000 tegn), fagessay (maks 20 000 tegn), «fra praksis»-bidrag (maks 15 000 tegn), eller «faglig innspill» (7 000–15 000 tegn). Avklar også om artikkelen bygger på en student- eller spesialistoppgave.

Abonnement: Tidsskriftet utkommer den første i hver måned. Medlemskap i Norsk psykologforening inkluderer abonnement. For ikke-medlemmer er abonnementsprisen for privatabonnement kr 1445 per år, bedriftsabonnement kr 2250, portotillegg utland. Løssalg ordinære utgaver kr 150 + porto/eksp.gebyr.

Annonser: Kontakt Unni Sandland, tlf. 23 10 31 33, e-post tidsskrift@psykologtidsskriftet.no eller www.psykologtidsskriftet.no, se: *For annonsører* for informasjon om annonsering.

Frist for innlevering av annonser:
 16.06, 18.07, 18.08, 19.09, 18.10, 18.11

