

TIDSSKRIFT FOR NORSK PSYKOLOGFORENING

PSYKOL OGI

Vol.53 nr.7 2016

Den varme stolen

Gestaltterapi i organisasjoner

Fagessay

RECOVERY

Reportasje

Tor Levin Hofgaard:

- Kjenn på hatet

Kommentar

ISSN 0332-6470

INTERPRESS 2008-07



9 770332 647006 07

RETURUKE 32 150 NOK



PSY KOL OGI

Vol. 53 **nr. 7** 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 O7 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.

Sats på ungdomshelse

REGJERING OG STORTING har merket seg uroen i mange unges sjelsliv. Nylig stilte en samlet helse- og omsorgskomiteé seg bak en tverrsektoriell og økonomisk forpliktende opptrappingsplan for barn og unges psykiske helse. Rett etter lanserte regjeringen «#Ungdomshelse – en strategi for ungdomshelse 2016–2021». Samlet sett gir det grunn til å forvente at «ord blir til handling», slik samarbeidsorganet Unge funksjonshemmede uttrykker det i strategiens forord.

Psykisk helse slår mot en på nær hver side i regjeringens femårsplan. Da er det lett å tenke at det er opp til helseministeren å ta det videre. Men strategien er forankret i syv departementer, og forplikter blant annet barne- og familieministeren, kunnskapsministeren og arbeids- og sosialministeren til å gjøre unges psykiske helse til en sentral del av sitt realpolitiske virke.

Den tverrsektorielle satsningen gir også flere verktøy for å korrigere den individrettede slagsiden som lett oppstår når behandlingsparadigmet får råde grunnen. Når det i strategien heter at ungdom «må lære å ta ansvar for egen helse og ta riktige helsevalg», kan det med fordel legges til at unge også må lære når de *ikke* skal ta ansvar. Ellers blir brukermedvirkning raskt en ansvarspulverisering fra det offentlige helsevesens side, slik Elisabeth Swensen skriver i denne utgaven (se side 558).

Like lite som at unge bør ta alt ansvar selv, trenger helseministeren å ta ansvar for alt som handler om psykisk helse. For også de andre ministrene forplikter seg med denne strategien til å være på ballen. Når LO-leder Gerd Kristiansen i juni-utgaven spør om ungdom får diagnoser, men egentlig trenger hjelp til arbeid, utdanning og økonomi, handler det om psykisk helse. Men det er arbeids- og sosialminister Anniken Hauglie og kunnskapsminister Torbjørn Røe Isaksen som har ansvar for mange av svarene. Akkurat som det er barne- og likestillingsminister Solveig Horne som har et politisk ansvar for å redusere antall unge som utsettes for grov vold fra sine foreldre (hvert femte barn under 18 år) eller utsettes for seksuelle overgrep før fylte 18 år (15 prosent).

Når syv ministre stiller seg bak strategien, gir det også håp om at den mektigste ministeren – finansminister Siv Jensen – følger opp sine kollegers strategi slik at det følger med midler til handling. De økonomiske argumentene er like overbevisende som de menneskelige: Strategiforfatterne argumenterer selv med nobelprisvinner James Heckman, som forteller at investering i utdanning, oppvekst og helsetjenester for barn og unge er samfunnsøkonomisk svært lønnsomt. Da gjelder det for regjeringen å faktisk investere i det de syv ministrene i fellesskap omtaler som «den største ressursen vi har. Ungdom nå til dags.» ✕



Bjørnar Olsen

Sjefredaktør

bjornar@

psykologtidsskriftet.no



Når syv ministre stiller seg bak strategien, gir det også håp om at den mektigste ministeren – finansminister Siv Jensen – følger opp sine kollegers strategi

510



558

ILLUSTRASJON: BENDIK KALTENBORN



MINDRE MEDISINER, MER MEDBESTEMMELSE

Hurdalsjøen Recoverycenter står for mer medbestemmelse og mindre medisiner. Journalist

Nina Strand har besøkt det private behandlingssenteret.

Reportasje

FEILSLÅTT BRUKERMEDVIRKNING

Elisabeth Swensen utfordrer visjonen om brukermedvirkning i denne utgavens hovedinnlegg. «Det virker for meg» er ikke nødvendigvis et godt argument, mener hun.

Debatt

548

***Det finnes ikke endelige resultater.
Å utvikle en læringskultur er det viktigste.***

Birgit Valla om arbeidsformen ved Stangehjelpa



REGULERINGSBJELP

Ved Vestre Viken har de utviklet en ny metode for å redusere tvang. Helsearbeidere må reagere *komplementært* og hjelpe personen til å regulere følelser og atferd. I denne utgaven kan du lese om resultatene fra den første studien av metoden.

Vitenskapelig artikkel ved Hammer, Fosse, Lyngstad, Møller og Heggdal

Innhold

- 505 **Sats på ungdomshelse**
Leder | Bjørnar Olsen
- 508 **- Mer nøytral forskning**
Nå: Johan Sigveland | Per Olav Solberg
- 510 **Attraktivt og utenfor**
Reportasje | Nina Strand
- 518 **Effekten av komplementær ytre regulering (KYR) på tvangstiltak**
Vitenskapelig artikkel | Hammer, Fosse, Lyngstad, Møller & Heggdal
- 530 **Den varme stolen**
Fagessay | Reidulv Dyrkorn
- 536 **Er det så ille å bli spurt om traumer? Barns opplevelser av traumekartlegging i BUP**
Vitenskapelig artikkel | Dos Santos, Jensen & Mørup Ormhaug
- 546 **Skriveglede med Huntingtons sykdom**
Hverdag | Tove Berg
- 548 **Endringsbransjen**
Fra praksis | Birgit Valla
- 557 **MENINGER**
Hovedinnlegg: «Det virker for meg» | Elisabeth Swensen (s. 558)
Debatt: Profesjon (s. 562), Utilregnelighet (s. 563), Organisering av DPS (s. 564)
Kommentar: Fortsatt en kamp | Tor Levin Hofgaard (s. 566)
Perspektiv: Smertestillende | Bent Høie (s. 568)
- 570 **INNTRYKK**
Anmeldelser: Schizofrenibegrepet under press (s. 570), Den overvinnelige skammen (s. 574)
- 577 **Kurskalenderen**
- 578 **Annonser**
- 585 **Stillingsannonser**

- Mer nøytral forskning

«Evidensbasert praksis» er lite verdt når ikke forskningen som underbygger praksisen, er til å stole på, mener spesialist i klinisk psykologi Johan Siqveland.

TEKST OG FOTO Per Olav Solberg

– Er det noe råttent i hele psykologiforskningsfeltet, Johan Siqveland?

– Det er vel å ta hardt i. Men feltet har noen åpenbare svakheter som må tas på alvor. Det alvorligste er det som på engelsk kalles «undisclosed conflict of interest». (På norsk: «ikke oppgitt interessekonflikt».) De som forsker på om en terapeutisk metode har effekt, er ofte de samme personene som har deltatt og investert i selve utviklingen av metoden. Forskeren har dermed sterke personlige interesser, og noen ganger økonomiske interesser, i å dokumentere en effekt. I enkelte tilfeller er det de samme folkene som oppsummerer denne forskningen, som igjen gir grunnlag for politikktutforming. Hvor troverdig er det?

– Hva viser egentlig den mer nøytrale forskningen om terapeutisk effekt ved ulike typer lidelser?

– Her er det mange svar avhengig av hvilke lidelser, metoder og forskning man tar utgangspunkt i. Vi kan ta to eksempler: For depresjon viser ulike metastudier at du må behandle mellom 5 og 7 pasienter med psykoterapi for at én skal bli bedre. For ME-pasienter som får kognitiv atferdsterapi (KAT), er forholdet 1 til 10. Du må altså behandle 10 personer for at én skal bli bedre. Spørsmålet er om dette er bra eller dårlig. Det kommer litt an på øyet som ser. Problemet er at vi på forhånd ikke kan vite hvem som blir bedre av den samme behandlingen, og

Hvorfor NÅ?

- «Evidensbasert praksis» er mantraet psykisk helsefeltet lener seg på. Johan Siqveland er kritisk til hvordan begrepet brukes.
- Siqveland mener terapeutiske metoder overselges uten at effekten av metodene kan dokumenteres godt nok.
- Siqveland er spesialrådgiver og ph.d.-kandidat ved Akershus universitetssykehus, der han blant annet forsker på posttraumatisk stress og kroniske smerter.

det gjelder i grunnen all behandling vi holder på med. Er dette effektivt? Hvordan formidler vi denne kunnskapen til pasientene våre? Har terapi andre, positive effekter for pasientene, men som ikke effektforskningen klarer å fange inn? Denne typen spørsmål må vi ha større debatt rundt.

– Hvor troverdig er evidensparadigmet når forskningen som underbygger evidensen, er såpass svak?

– Jeg tenker at psykologer i større grad bør forholde seg konstruktivt kritisk til evidensparadigmet. Jeg ser tendenser til at psykologer havner i hver sin grøftekant: Enten oppfatter de evidens som helt irrelevant for det de holder på med, eller de har klokkertro på evidensen vi har per i dag. Det finnes en middevei her. Jeg tror evidensparadigmet i seg selv er lovende for å informere om psykologisk behandling, men det undervurderes hvor kort vi egentlig har kommet i den kliniske forskningen. Dette er ikke et problem som er unikt for klinisk psykologi, det gjelder også klinisk medisin i større grad enn vi liker å tro. Vi kaster også bort store ressurser på forskning som fører oss lite videre. Konsekvensen er at framgangen i forskningen er mye mer langsom enn det vi kunne håpet på. En av de fremste forskerne som har studert dette nærmere, er John Ionnandis, professor i medisin ved Stanford University. Han hevder at hele 85 % av biomedisinsk forskning er bort-



kastet på grunn av grunnleggende problemer med «conflict of interest» og sviktende metoder.

– Hva må endres i terapiforskningen for at resultatene skal bli mer troverdige og til å stole på?

– Mer nøytral forskning er det enkle svaret.

Men det er mye upløydd mark i måten det forskes på, selv om forskningen i utgangspunktet er nøytral. Randomiserte, kontrollerte studier er gullstandarden. Det betyr at behandlingseffekten av en metode i en gruppe, blir sammenlignet med en annen type behandling i en tilfeldig kontrollgruppe. I svært mange studier betyr annen behandling «treatment as usual». Men hva er «treatment as usual»? Det kan være alt fra å stå på venteliste for å få en type støttesamtaler til en veldig uspesifikk form for oppfølging som det ikke er grunn til å tro er virksom. Problemet er at «treatment as usual» kan variere svært mye fra studie til studie. Resultatene man da får, vil alltid være relative til hva «treatment as usual» er i hvert enkelt tilfelle. Dette gir ikke god og troverdig forskning. I studier bør man heller sammenligne ulike behandlinger mer eksakt mot hverandre. KAT sammenlignet med dynamisk psykoterapi, for eksempel. Det er oppsiktsvekkende få studier som gjør dette – og det er et stort problem.

– Et funn er altså nødvendigvis ikke et funn, blant annet på grunn av «treatment as usual»-problemet. Men nullfunn er det ingen som vil ha, verken forskere eller publiseringskanalene?

– Dette er en annen utfordring i forskningen. Iveren etter å finne noe – og publisere – som utgjør en signifikant forskjell. Det har tradisjonelt vært mindre krav til forskningsmessig stringens i psykoterapiforskning sammenlignet med medisinsk forskning. For eksempel har det vært vanlig å ikke på forhånd registrere forsøket og heller ikke oppgi hvordan man skal måle utfall. Det betyr at det er enkelt å manipulere med tall og kun ta med de utfallene som ser ut til å være signifikante, selv om det kan være tilfeldige funn. Denne typen forskningsfeil kan mye lettere avsløres hvis forskningen er gjennomiktig, og hvis man på forhånd vet hvilke variabler forskerne skal måle effekten av. Det er flere store kontroverser gående på dette feltet for tiden. Et konkret eksempel er den såkalte PACE-studien, publisert i tidsskriftet *Lancet* i 2014, som viste effekt av kognitiv atferdsterapi på ME-lidelsen. Den studien er det flere som krever skal bli trukket tilbake fra tidsskriftet på grunn av manglende forskningsmessig skikkelighet. ✘

USIKRE EFFEKTER

Johan Siqueland mener psykologifeltet må være mer åpent om at effekten av psykologiske intervensjoner og metoder i terapi er mer usikre enn det som kommuniseres.

REPORTASJE



Hurdalsjøen Recoverycenter

ATTRAKTIVT OG UTENFOR

De bruker minst mulig medisiner og gir brukerne mye medbestemmelse i terapien. Psykologtidsskriftet har utforsket recoverybehandling i praksis.

TEKST OG FOTO Nina Strand

- **SÅ DU** innlegget om medisinfrie alternativer i Aftenposten i dag?

Jeg har knapt rukket å sette meg i besøksstolen på John Vegard Leinslies kontor før han spør. Psykologen, som er fagdirektør ved Hurdalsjøen Recoverycenter, er irritert. Han sikter til et debattinnlegg i Aftenposten med tittelen «Medisinfrie alternativer – et udokumentert sjansespill?». Jan Ivar Røssberg, professor og overlege ved Universitetet i Oslo, kritiserer Bent Høies krav om at alle regionale helseforetak skal ha et medisinfritt behandlingstilbud for personer med alvorlige psykiske lidelser. «Det stemmer ikke, som Høie flere ganger har hevdet, at det finnes veldokumenterte behandlingsmetoder uten bruk av medikamenter for personer med psykotiske lidelser», skriver Røssberg (14.6.16).

– Dette er en polarisering av debatten, sukker Leinslie. – Det handler ikke om å være for eller imot medisiner. Poenget er *måten* vi bruker medisinene på. Diskusjonen handler om *riktig* bruk av medisiner. Og om at folk som går på medisiner over lang tid, har det veldig dårlig. Samtidig vet vi som har lang erfaring i psykisk helsevern for folk med psykoser, at medisiner kan være både riktig og viktig i behandlingen.

– *Brukerne, og kanskje særlig brukerorganisasjonene, er mer skeptiske til medikamenter?*

– Ja. Og jeg er enig: Feilmedisinering er et problem. Men vi må ikke låse oss fast i posisjoner. Jeg er redd for at hele prosjektet med å få ned medisinbruken skal strande fordi debatten blir så polarisert. Det tjener ikke noen. Sannheten ligger ikke i ytterpunktene. Jeg synes det er forkastelig av denne professoren å fremstille det som at det ikke finnes evidensbasert behandling uten medisiner. Vi *vet* at andre typer behandling virker, sier psykologen.

Riktig bruk av medisiner. Det er her han mener Recoverycenteret skal være. Centeret er altså ikke et rent medisinfritt behandlingstilbud, slik man kan få inntrykk av fra omtaler i presse og sosiale medier.

I MEDVIND

Behandlingssenteret ved Hurdalssjøen seiler i medvind. Pasienter som har blitt behandlet her, står fram i mediene og skryter av tilbudet. Brukerorganisasjonene som også har vært med på å utvikle tilbudet, applauderer. Rundt 300 pasienter venter utålmodig på å få plass. Sen-

teret passer øyensynlig som hånd i hanske med Bent Høies «pasientens helsetjeneste» – med mer myndige pasienter og mindre medisiner. De vil også tilby helt medisinfritt behandlingstilbud til pasienter som ønsker det.

Foreløpig er Recoverycenteret ett av svært få behandlingstilbud som har svart på helseministerens og brukernes krav om medisinfritt tilbud. I mellomtiden fortsetter det første private sykehuset i psykisk helsevern sin virksomhet, slik de har gjort i vel et år. Det er *recoveryfilosofien* som ligger til grunn for organiseringen av tilbudet. Hva innebærer det?

Recovery kan oversettes med tilfriskning eller bedring. Samtidig som målet er bedring, dreier det seg også om å leve best mulig med plagene man har, og å lære seg når og hvordan en kan få støtte og hjelp når en trenger det.

Recovery handler ikke om en spesifikk behandling, men om «å gjenskape tilhørighet i nærmiljøet og en identitet utenfor problemene sine, altså å skape seg et liv på tross av eller innenfor begrensningene av den situasjonen man er i», skriver Marit Borg i *Tidskrift for Norsk psykologforening* nr. 5/2009. Utviklingen av recoverytenkningen er tuftet på samarbeid mellom brukere, forskere og klinikere, og kunnskap fra brukermiljøene har vært helt avgjørende for å få innsikt i personenes egne aktive roller i det å mestre og å leve med psykiske problemer, og få til et godt liv i sitt nærmiljø.

MEN LIVET ER SMERTEFULLT

Tidlig en solfylt junimorgen plukker Vegard Leinslie meg opp i Oslo, og mens den stillestående elbilen skyter fart på motorveien mot Hurdal i de store granskogene noen mil nord for byen, får jeg første introduksjon i tenkningen som ligger til grunn for Recoverycenteret.

– Frivillighet og samarbeid er nøkkelord. Recoverytenkningen innebærer tro på menneskers egne evner til å finne ressursene i seg selv, og handler om å oppnå mestring og håp – sammen med andre, sier han, akkompagnert av dempet lyd fra bilradioen. Leinslie er nemlig litt spent, og endelig: NRK Ekko starter sin reportasje fra arbeidsplassen hans. Den forteller om Amy, som etter mer enn 20 år med psykose, tvang og utagering nå har fått et bedre liv. Takket være Hurdalssjøen Recoverycenter, mener hun selv, fordi de ansatte der ga henne håp om et bedre liv. Hun fikk tillit til behand-

»

– Som behandlere må vi tåle lidelsesstrykket. Ikke løpe etter piller når en pasient blir utfordrende og urolig

*John Vegard Leinslie,
fagdirektør og psykolog*

lingsstedet som spurte henne hva hun selv ønsket, og som lyttet til svarene.

Etter å ha vært svingdørspasient i Viken helseforetak i mer enn 20 år, mener Amy nå at hun har tryggheten og kunnskapen som gjør at hun skal klare seg uten nye tvangsinnleggelser. Og psykologen ved Viken innrømmer i reportasjen at samarbeidet med Amy hadde blitt fastlåst og lite konstruktivt, og at avgjørelsen om flytting til et nytt behandlingssted med andre arbeidsmåter var riktig. På Hurdalsjøen har 39-åringen lært seg strategier for å få hjelp fra omgivelsene i tyngre perioder. Det hender hun kommer tilbake til Recoverycenteret når hun trenger mer støtte rundt seg. Til gjengjeld gjør hun en innsats som såkalt visitor på senteret, det vil si at hun støtter andre innlagte som trenger håp om bedring. Nyttig for senteret, og en meningsfylt rolle for Amy.

Leinslie lytter til radioreportasjen, han er godt kjent med historien. Selv har han en nærmere 20 år lang karriere i psykisk helsevern – fra Blakstad sykehus i Asker, som er kjent for sin tilnærming, basal eksponeringsterapi, rettet mot pasienter med langvarige og alvorlige psykiske problemer. På Hurdalsjøen jobber han innenfor andre ideologiske rammer, men kanskje har han tatt med seg noe av forståelsen fra Blakstad når han reflekterer:

– Livet er smertefullt, og god helse er ikke fravær av smerte. Som behandlere må vi tåle lidelsesstrykket. Ikke løpe etter piller når en pasient blir utfordrende og urolig.

KUNNSKAPSBASERT LÆRING

Vi kjører ned mot de lave, grå bygningene som er omgitt av majestetiske trær. Nedenfor husene skimter vi Hurdalssjøen, som blinker mellom trestammene. På dette avsidesliggende stedet kan mennesker med alvorlige psykiske lidelser og rusproblemer flytte inn i de litt slitne bygningene for å få ro, fysisk aktivitet og gode naturopplevelser, i tillegg til økologisk mat – og et terapeutisk opplegg som bryter med mye av det de har erfart tidligere.

Tom Liudalen møter oss utenfor. Han er psykiatrisk sykepleier og klinikkssjef, med lang fartstid i psykisk helsevern, blant annet ved Dikemark sykehus i den tiden sykehuset utgjorde et eget lite samfunn på landsbygda i Asker. Om en halvtime skal han lede en gruppe pasienter som er i gang med programmet *Illness Management and Recovery (IMR)*, og jeg

skal få være flue på veggen. Men før det rekker Liudalen og Leinslie å gi meg et kræsurskurs om metoden.

IMR er et kunnskapsbasert behandlingsprogram der pasientens personlige mål er et sentralt utgangspunkt. Gjennomgående temaer er kunnskap om utfordringene en selv har, og om hvordan en mestrer symptomer og hindrer tilbakefall, utvikler en sunn livsstil og bedrer sine sosiale ferdigheter. Gruppelederne tar utgangspunkt i manualen *IMR – Kurs i personlige ferdigheter og mestringsstrategier for personer med alvorlige psykiske lidelser*, forfattet av Kim T. Mueser og kolleger. Liudalen leser fra boka: Hva betyr tilfriskning for deg? Hva gir deg selvtillit? Boka har elleve kapitler og 59 moduler. Jeg skal få være med på én av modulene.

SPRINGENDE OM STRESS

Liudalen sitter tålmodig og venter mens det trange grupperommet fylles opp. Noen varsler allerede nå at de må gå tidlig for å fikse praktiske ting, det ser ikke ut til å bli en strukturert og effektiv økt. Deltakerne består av pasienter fra Oslo kommune. Dette er mennesker som er ferdigbehandlet i spesialisthelsetjenesten, men som ikke har greid seg så godt i den kommunale boligen de ble tilbudt etterpå. De trenger mer støtte rundt seg enn kommunen kan tilby. De er dårlige. Derfor har velferdsetaten i Oslo betalt for plass for dem på Hurdalsjøen.

Jeg synes de ser overraskende unge ut. Overraskende kvikke også, sammenlignet med hva en journalist kunne forestille seg ut fra bakgrunnsinformasjonen. Men jeg ser at de er urolige. Det er fredag formiddag, og de har kanskje andre planer i hodet enn å sitte i et grupperom og snakke om dagens tema: stressmestring.

En ung sykepleier som også skal delta i gruppesamtalen, sørger for at kaffen raskt kommer på bordet. Liudalen inviterer deltakerne inn i temaet ved å snakke litt om seg selv. Med rolig stemme og med den brede Asker-dialekta fra oppveksten forteller han om situasjoner der han selv blir stressa og irritert, og hva han tenker om det i ettertid. Å snakke dialekt er et bevisst valg, sier han til meg etter møtet. Han har aldri lagt seg til et mer akademisk språk, eller Oslo vest-sjargong som har høyere status. Det vil bare skape distanse til folk han møter, mener han. Og han lykkes med å få gruppedeltakerne på banen.



– Jeg blir stressa når jeg føler at folk på bussen legger merke til meg og ser ekstra lenge på meg, forteller en ung mann. Da kan han også bli sint. Liudalen presenterer en enkel teknikk for å roe seg ned, og forklarer at det gjelder å øve på teknikken.

– Da sitter den når vi virkelig trenger den, sier han.

– Det der er bedre enn en pille, svarer en av deltakerne.

Samtalen blir ofte springende; noen vil snakke om hvordan det å tegne eller drive med musikk gir dem daglige gleder. En forteller om da hun fikk sin første diagnose, og får trøstende kommentarer fra de andre. Liudalen lar assosiasjonene komme, aksepterer dem og responderer på dem. Samtidig som han mildt leder deltakerne tilbake til den røde tråden, gang på gang: Hva kan vi gjøre for å dempe stress og irritasjon?

– Jeg ville introdusere deltakerne for noen handlingsalternativer. Men samtalen kunne nok vært mer fokusert. Vi får ta opp disse temaene om igjen senere, kanskje om noen uker, oppsummerer Liudalen etter at deltakerne har forlatt grupperommet.

Det blir det nok tid til. Disse personene skal bli på Hurdalsjøen i flere måneder, kanskje i flere år.

Dette er mennesker som er fryktelig lei av å bli presentert for løsninger og forslag til hvordan livet kan bli bedre, ifølge den erfarne sykepleieren.

– De har vært gjennom et utall behandlinger og terapeutiske opplegg, og er dritt lei av verdensmestere. Mange vil fort stenge av hvis de mer- »

SAMARBEIDER OM BEDRINGEN Recoverytenkning innebærer tro på menneskers egne evner til å finne ressursene i seg selv, og handler om å oppnå mestring og håp – sammen med andre, ifølge fagdirektør John Vegard Leinslie.



UT PÅ TUR Tom Liudalen har ofte med seg hundene på jobb, og det har hendt at de har vært med når han har gått på tur med en beboer. Enkelte beboere klapper og stiller ekstra mye med hundene, men de har ingen formalisert plass i tilbudet.

ker at terapeuten prøver å påvirke dem. Her gjelder det å være tålmodig, tenke langsiktig, og la folk velge selv hva de vil ta fatt i.

– *Du brukte deg selv som eksempel, og er altså ikke redd for å være personlig i gruppebehandlingen?*

– Det er jo en form for alminneliggjøring. Men det hender nok at jeg lyver på meg noen problemer i slike sammenhenger, smiler han.

TERAPEUTISK SAMFUNN

Liudalen mener det i altfor lang tid har vært lagt altfor stor vekt på medisiner i behandlingen. Han kaller det en forenkling av hjelpetilbudet. Derfor støtter han brukerforeningenes krav om mindre vekt på medisiner i behandlingen.

– Vi har ikke lyktes i å være det vi skal være: gode samtalepartnere på svært viktige livsområder, sier Liudalen, som også ønsker større vekt på tradisjonelt miljøarbeid, med nærhet og tilstedeværelse for pasientene. Her trekker han linjene tilbake til Dikemark sykehus på 1970-tallet, der han og kollegene kastet de hvite frakkene sammen med diagnosesystemet, for å skape det de kalte terapeutiske samfunn.

– Leger og psykologer deltok aktivt i dette opprøret, og var mye til stede sammen med pasienter og miljøpersonell. I dag sitter de mest på kontorene, og går glipp av situasjoner og hendelser som kunne gitt dem en bedre forståelse av pasienten, mener han.

– *Jeg hører brukerne snakke om en seng å sove i og en skulder å gråte på. Er det det dere vil være?*

– Nei, det er ingen god beskrivelse, verken av hva slags pasienter vi har her, eller av arbeidet vårt, svarer Liudalen, som kan fortelle om pasienter med store utfordringer. Noen av dem kommer langveisfra, av samme grunn som Amy: Situasjonen på behandlingsstedet er fastlåst, og helseforetaket velger å betale for plass på Hurdalsjøen. Da er det godt å ha lang erfaring, også i å tåle trusler og utagerende atferd. Før det er snakk om medisiner, vil han heller ta med seg en urolig pasient ut, og tåle skrik og truende atferd.

– Mange av oss som jobber her, er vant til sterkt symptomtrykk og til å finne løsninger, sier Liudalen. Han er glad for at også psykolog Leinslie har mye erfaring med de mest utfordrende pasientene. Det er en styrke at psykologen ikke glemmer seg på kontoret når situasjonen begynner å bli utfordrende, mener han.

«LOVE BOMBING»

Da jeg igjen besøker Hurdalsjøen fire dager senere, vil også fagdirektør Leinslie tilbake i sin personlige yrkeshistorie for å sette dagens problemstillinger i relieff. Som ung student jobbet han på Emma Hjorts hjem, akkurat da helsepolitikkerne på 1990-tallet bestemte seg for at mennesker som fikk omsorg i helsevern for psykisk utviklingshemmede (HVPU), skulle flytte ut av institusjonene og inn i egne boliger.

– Det er noe av det verste jeg har vært med på. Beboerne skulle flyttes til en hjemkommune de aldri hadde bodd i, og få omsorg fra ansatte med mye lavere kompetanse enn de hadde på institusjonen, sier psykologen.

Paradoksalt nok kom en lignende reform akkurat da Leinslie selv skulle begynne sin psykologkarriere. Han var dypt skeptisk da, og mener fortsatt at iveren etter å legge ned døgnavdelingene i mange sammenhenger betydde å kaste barnet ut med badevannet.

– Noen trenger beskyttelse i perioder, sier han, og spør om jeg vet hva rehabiliteringsstress er.

– Ikke det? Det er når vi sender pasienter gjennom behandlingssystemet med forventninger om rask bedring. Vi overser stresset vi påfører folk ved å ha så høye forventninger om at de skal bli friske. Noen blir faktisk dårligere av dette, sier psykologen, som opplever at noe

av det mest virkningsfulle han sier til pasientene i dag, er: «Velkommen hit! Her skal du få være.»

Han vil snakke mer om trygghet og omsorg. Det er ikke mer enn fire år siden han skapte overskrifter i Dagbladet – som en av de ansvarlige for et botilbud i regi av Blakstad sykehus, tilrettelagt for mennesker med alvorlig psykisk lidelse og samtidig rus- og aggresjonsproblemer. Personalet varslet om utbredt rusmisbruk blant beboerne, og var frustrert over manglende muligheter til å reagere mot det. Psykolog Leinslie svarte at en rigid holdning kunne føre til at pasienter risikerte å havne på lukket avdeling.

– Jeg mente vi skulle reagere annerledes, helt motsatt av det pasientene var vant med fra før. Vi skulle drive «love bombing», møte pasientene med omsorg og ivaretagelse når de hadde ruset seg og var ustabile, istedenfor med sanksjoner.

– *Slik som når vi foreldre sier til ungdommene våre: Vi er der for deg, uansett. Vær aldri redd for å komme hjem.*

– Nettopp. Dette er grunnleggende utviklingspsykologi, og handler om å etablere en trygg base. Ikke støte pasienten fra oss når noe går dårlig, men tvert imot gi den tryggheten som skal til for at pasienten går ut for å utforske verden, sier fagdirektøren. Denne holdningen har han med seg i møtet med brukerne på Recoveryssenteret.

– ALLE HAR ERFARINGSKOMPETANSE

Hurdalsjøen Recoveryssenter har sagt at de vil at halvparten av de ansatte skal ha erfaringskompetanse. Hvordan klarer de det?

– Det er ikke spesielt vanskelig når en vet hvor vanlig psykiske helseutfordringer er i befolkningen generelt. Mange av de ansatte her har selv hatt psykiske helseutfordringer, og mange har erfaringer som pårørende. Selv har jeg en nær slektning som er veldig syk, svarer Leinslie.

– *Det er fortsatt ikke så mange psykologer eller andre behandlere som er åpne om slike ting. De med erfaringskompetanse er fortsatt «de andre»?*

– Ja. Men når vi er åpne, viser det seg jo at mange med helseutdanning har egne erfaringer. Men noen av oss ansatte har det tettere på kroppen enn andre her og nå, sier psykologen, og forteller at folk som søker stillinger hos dem, vet at de får lov til å snakke om den vanskelige tiden. Han synes det er viktig at også pasientene får høre disse historiene.

– Vi har ikke lyktes i å være det vi skal være: gode samtalepartnere på svært viktige livs-områder

*Tom Liudalen,
klinikkisjef og
psykiatrisk sykepleier*

»



VIL VÆRE ET LEVENDE HÅP – Selv har jeg vært helt nede på bunnen. Men uansett hvor mye møkk man er i, må man ikke miste håpet, sier Ann-Helen Martinsen, miljøterapeut med erfaringskompetanse.

– Folk som jobber i psykisk helsevern, vet at veldig mange med psykiske problemer kan få et godt liv. Det er ikke riktig at man ikke kan bli bra. Vi får ikke ofte nok høre disse historiene. Psykologen Arnhild Lauveng er en som fortalte om sin bedringsprosess, og som har tent håp hos mange.

Men han understreker at alle ansatte må ha utdanning som helsepersonell. Risikoen ved at ansatte kan bli for personlige og opptatt av sin egen historie mener han blir oppveid av gevinsten: håpet. Den ansatte kan si: Jeg har vært langt nede. Og her er jeg nå. Dette kan du også komme deg igjennom.

– Likemannstanken har dessverre ikke samme plass i psykisk helsevern som i kreftomsorgen, for eksempel.

– KJENNER IGJEN FØLELSENE

Nå skal jeg få møte en ung ansatt, en vernepleier, som fikk jobb også i kraft av sine egne erfaringer med selvskadning og rus. Miljøterapeut Ann-Helen Martinsen tar meg med gjennom de lange korridorene med praktiske, blanke linoleumsgulv inn på besøksrommet, som har moderne møbler og urban kunst på de hvite veggene. Her kan pasientene ta imot familie og venner. Akkurat nå består mye av Martinsens jobb i å følge ei ung jente som bor i en skjermet leilighet i toppetasjen.

– Da jeg leste papirene hennes, så jeg at hun har vært gjennom mye av det samme som meg, og jeg tok henne umiddelbart inn i hjertet mitt, sier miljøterapeuten. Hun forteller at de to nå bruker mye tid på fysisk aktivitet, og på å gå gjennom modulene i IMR-programmet. Her velger de ut temaene som passer best. Det ligger kvalitetssikring i nettopp det at beboeren får den behandlingen hun eller han ønsker, mener Martinsen. Hun understreker at de er et team rundt denne jenta, der psykologen, legen og andre fra personalet deltar.

Jenta sliter med sosial angst, og sammen med Martinsen utfordrer hun angsten. De oppsøker steder med mye folk, og jenta øver seg i å ta kontakt, prate med damen i kassa, eller med informasjonsdisken på kjøpesenteret. Samtidig er miljøterapeuten opptatt av det som ligger under symptomene.

– Når de som står deg nærmest, er de som skader deg mest: Hvordan skal du da lære å stole på andre mennesker? Selv har jeg gått noen runder med min egen skam, og vet mye om følelsene som ligger under pasientenes fortellinger.

– Kjenner denne jenta din historie?

– Jeg har fortalt den i grove trekk, og snakker med lederne her om hvor mye jeg skal dele. Erfaringene mine kan være en ressurs for mennesker som går gjennom noe av det samme. Jeg vil være et levende håp ved å vise at ting kan gå seg til. Selv har jeg vært helt nede på bunnen. Men uansett hvor mye møkk man er i, må man ikke miste håpet, avslutter hun.

«BRUKSANVISNING» PÅ SEG SELV

Hurdalsjøen Recoverycenter er en privat institusjon, og dermed ikke en del av samhandlings-systemet i den offentlige helsetjenesten. Hva skjer da når en pasient skrives ut til sitt hjem i kommunen? Jeg spør psykolog Leinslie, som virker glad for å få det spørsmålet.

– Vi må lage et samarbeid rundt hver enkelt pasient. Jeg mener at vi faktisk har større grad av samhandling med kommunene enn tilfellet ofte er i det offentlige. Suksesskriteriet vårt er jo at vi får til disse pasientforløpene. Hvis det viser seg at pasienten som har blitt behandlet hos oss, er tilbake på akuttavdelingen kort tid etter utskriving herifra, vil vi ikke kunne forsvare at vi skal ha en rolle i systemet.

Han understreker at de ikke vil skrive ut pasienter før de vet at oppfølgingen er forsvarlig. Som et ledd i det lager de i samarbeid med brukeren et dokument som ganske detaljert beskriver brukernes interesser, ønsker for boligen, hva slags mennesker hun ønsker å bo sammen med – eller ikke ønsker å bo sammen med. Det kan ligne på en individuell plan, bare mye mer innholdsrik, forklarer psykologen. Dokumentet inneholder også en konsekvensanalyse: Hva kan skje hvis jeg blir plassert sammen med noen med ruslidelse, eller sammen med en som skriker mye og er urolig?

– Enkelte kommuner synes nok dette blir for mye informasjon og for mange forslag. Men dette handler om å bygge et liv. Vi har jo alle tanker om dette: Hvor kan jeg *ikke* bo?

Dokumentet kan brukes av dem som har kontakt med brukeren videre: fastlege, behandlere, familie. Og av NAV. Leinslie mener NAV har blitt mye bedre enn før til å samarbeide for å finne arbeid og sysselsetting til pasientene.

KAN IKKE VELGES FRITT

Men det er skjær i sjøen. I dag kommer flertallet av pasientene fra Oslo og andre kommuner, mens personalet mener at Recovery-

senteret burde vært et svært aktuelt tilbud for pasienter med psykoselidelser og andre alvorlige lidelser som i dag blir behandlet i spesialisthelsetjenesten, og som nå har fått fritt behandlingsvalg. Noen ønsker medikamentfri behandling, andre vil være mest interessert i recoverytilnærmingen. Leinslie forteller at foreløpig strander det på rammebetingelsene. Det er Helseøkonomiforvaltningen (HELFO) det står på, og helseforetakene, ifølge Leinslie. HELFO er en etat under Helsedirektoratet, som betaler trygderefusjon til behandlere og helseaktører. Døgnprisen HELFO har tilbudt Recoverycenteret per pasient, er for lav til at pasientene som trenger det mest, vil kunne få et forsvarlig tilbud, ifølge fagdirektøren. Helseforetaket Incita har søknad om godkjenning av Hurdalsjøen Recoverycenter til behandling hos HELFO, men vil ikke kunne tilby tjenester til de mest ressurskrevende pasientene som de ønsker å kunne hjelpe, selv om søknaden innvilges.

De regionale helseforetakene har heller ikke villet inngå samarbeid med Recoverycenteret, til tross for at de selv ikke har klart å etablere de medisinfrie tilbudene som Helse- og omsorgsdepartementet har krevd fra dem i mange år, og som svært mange brukere etterspør. Og der står saken akkurat nå.

Noen lokale helseforetak kjøper enkeltplasser ved senteret, men det er svært vanskelig for pasienter å få en behandlingsplass her finansiert av det offentlige.

Synd for det private sykehuset, som mister pasienter. Men også synd for pasientene som kunne trengt deres tilbud, mener psykologen. Mange står i kø, og mange tar kontakt. Blant annet velstående foreldre som gjerne vil legge inn barnet sitt her og betale selv.

– Vi får ukentlig slike henvendelser, men sier konsekvent nei. Helse er et offentlig ansvar, mener vi. Folk skal ikke betale i dyre dommer for å få god hjelp de har rett på.

Samtidig mener han at det også er et offentlig ansvar å gi folk et alternativ når tilbudet de har, ikke fungerer.

– Sånne som oss trengs. Vi ønsker å samarbeide med det offentlige, ikke minst fordi offentlig psykisk helsevern trenger et korrektiv. Vi representerer et alternativ som mange vil ha.

Da gjenstår det å se om helsemyndighetene vil komme dem i møte. ❌

– Jeg har gått noen runder med min egen skam, og vet mye om følelsene som ligger under pasientenes fortellinger

*Ann-Helen Martinsen,
miljøterapeut og
vernepleier*

Mer om brukermedvirkning – se også Birgit Vallas tekst «Endringsbransjen» på side 548 og Elisabeth Swensens debattinnlegg «Det virker for meg» side 558

VITENSKAPELIG ARTIKKEL

TIDSSKRIFT FOR NORSK PSYKOLOGFORENING 2016 S. 518–529 FAGFELLEVDERT

JAN HAMMER, ROAR FOSSE, ÅSE LYGSTAD, PAUL MØLLER, DIDRIK HEGGDAL

Alle er ansatt ved Klinikk for psykisk helse og rus, Vestre Viken HF

KONTAKT roar.fosse@vestreviken.no

EFFEKTEN AV KOMPLEMENTÆR YTRE REGULERING (KYR) PÅ TVANGSTILTAK

Implementering av komplementær ytre regulering ved en langtidsseksjon for psykoser og sammensatte lidelser ble fulgt av en markant nedgang i bruken av tvang overfor kvinnelige pasienter.

I psykisk helsevern er bruk av tvang hjemlet i psykisk helsevernloven (1999). Innleggelse i døgnseksjoner kan skje frivillig (§ 2.1), ved tvungen observasjon (§ 3.2) eller tvungent psykisk helsevern (§ 3.3). De vanligste tvangstiltakene ved døgnopphold er mekaniske tvangsmidler (§ 4–8a), korttidsvirkende legemidler (§ 4–8c), kortvarig fysisk holding (§ 4–8d) og skjerming på pasientens rom eller i eget avsnitt (§ 4–3) (Helsedirektoratet, 2016). Slike tvangstiltak kan øke helsepersonells trygghetsfølelse og vurderes som nødvendige for å ivareta sikkerhet og pasientens helse (Happell & Harrow, 2010; Wynn, 2003), men de kan også oppleves som belastende for pasienter og helsepersonell (Bonner, Lowe, Rawcliffe, & Wellman, 2002; Happell & Harrow, 2010). På bakgrunn av en «vedvarende tverrpolitisk bekymring over omfanget av tvang i psykisk helsevern» lanserte Helse- og omsorgsdepartementet i 2012 Nasjonal strategi for økt frivillighet i psykiske helsetjenester (Helse- og omsorgsdepartementet, 2012, s. 8). Strategiens visjon var at «de psykiske helsetjenestene skal understøtte den enkelte brukers autonomi, verdighet og mestring av eget liv og være basert på frivillighet og respekt for den enkeltes ønsker og behov» (Helse- og omsorgsdepartementet, 2012, s. 6). Til tross for økt bevissthet rundt bruken av tvang og alternativer til tvang har omfanget av tvangsbruken ikke gått ned (Helsedirektoratet, 2016).

ABSTRACT

Effects of complementary external regulation (CER) on coercive measures

We examined whether implementation of Complementary External Regulation (CER) led to a reduction in coercive measures in female patients. Women admitted to the CER ward and a comparison ward from 2006 to 2014 were included (n = 101). We extracted data on mechanical, psychopharmacological and physical restraint and open-area seclusion (selected § 4 resolutions) from medical records and protocols. Changes in the use of coercive measures were investigated first with non-parametric tests and then with general linear modeling adjusted for possible covariates. At the CER ward a decrease was seen in both total § 4 resolutions (99 %) and in the proportion of patients with at least one resolution (74 %). No systematic changes over time were found at the comparison ward. CER may be a promising intervention for reducing coercive measures at long-term psychosis wards.

Keywords: coercion reduction, complementary external regulation, basal exposure therapy, psychotic disorders, complex mental disorders, autonomy

De fleste kontrollerte studier om tvangsreduserende tiltak er gjennomført ved akutt- og sikkerhetsseksjoner (Dahm, Odgaard-Jensen, Husum, & Leiknes, 2015), der tvangsmidler og skjerming brukes hyppigst (Helsedirektoratet, 2016). To landsdekkende prosjekter er utført ved norske akuttseksjoner de siste 15 årene, henholdsvis Gjennombruddsprosjekt Psykiatri i regi av Den norske legeforeningen (Mathisen & Føyn, 2002) og Brukerorienterte alternativer til tvang i sykehus (BAT) i regi av SINTEF (Norvoll, Hatling, & Hem, 2008). I tråd med funn fra internasjonal forskning indikerte begge prosjektene at økt bevissthet rundt tvang og iverksettelse av helhetlige, sammensatte tiltak på flere nivåer reduserer tvangsbruk (Bak, Brandt-Christensen, Sestoft, & Zoffmann, 2012; Gaskin, Elsom, & Happell, 2007; Scanlan, 2009; Stewart, Van der Merwe, Bowers, Simpson, & Jones, 2010). I litteraturen identifiseres enkeltkomponenter som inngår i målrettet og systematisk arbeid på organisatorisk nivå, samtidig som det påpekes at komponentene hver for seg ikke er tilstrekkelige (Hatling, 2013). På et overordnet nivå handler dette særlig om forankring av arbeidet på ledelsesnivå og endring av behandlingsfilosofien og personalets holdninger i retning av økt samarbeid med og involvering av pasienten i behandlingen (Bak et al., 2012; Gaskin et al., 2007; Scanlan, 2009). Blant strukturelle endringer er etablering av krisehåndteringsteam og økning av bemanningen (Gaskin et al., 2007; Scanlan, 2009; Stewart et al., 2010). Terapeutiske tiltak inkluderer kontinuerlig opplæring og trening av helsepersonell i kommunikasjonsferdigheter, strategier for å de-eskalere potensielt farlige situasjoner og intervensjoner som utvikler pasientenes evne til emosjonsregulering (Bak et al., 2012; Gaskin et al., 2007; Scanlan, 2009; Stewart et al., 2010). Videre er monitorering av tvangsbruken, gjennomgang av tvangsepisoder og systematisk kartlegging av voldsrisiko nevnt som betydningsfulle (Bak et al., 2012; Dahm et al., 2015; Gaskin et al., 2007; Scanlan, 2009; Stewart et al., 2010).

Den eneste kontrollerte studien vi fant i litteraturen som undersøkte tvangsbruk ved langtidsseksjoner utenom sikkerhetsseksjoner, sammenlignet en modell for intensiv døgntil behandling og en forsterket versjon av Assertive Community Treatment med ordinær behandling. Ingen effekter ble funnet på tvangsbruk (Øhlenschläger et al., 2007). En retrospektiv korrelasjonsstudie som inkluderte tolv langtidsseksjoner i Danmark og Norge, fant at lav bruk av mekaniske tvangsmidler var knyttet til obligatorisk gjennomgang av tvangsepisoder, pasientinvolvering, større areal og liten følelse av trengsel i seksjonene (Bak, Zoffmann, Sestoft, Almvik, & Brandt-Christensen, 2014).

Komplementær ytre regulering (KYR)

En lukket langtidsseksjon for psykoser og sammensatte psykiske lidelser ved Psykiatrisk avdeling Blakstad begynte i 2008 å implementere strategien komplementær ytre regulering (KYR) (Gjerde, 2013; Heggdal, Lillelien, Johnsrud, & Dyrhol Paulsen, 2013). KYR utgjør en terapeutisk plattform som tilrettelegger for avlæring av atferdsforstyrrelser og reduksjon av tvangsbruk. Strategien ble utviklet som en ny komponent i Basal eksponeringsterapi (BET), en psykoterapeutisk behandlingsmodell for døgnpasienter med antatt behandlingsresistente psykiske lidelser og vedvarende funksjonssvikt (Heggdal et al., 2013). I BET anses unngåelse av ubehagelige følelser og opplevelser å være sentralt for pasientens psykopatologi og dysfunksjon. Løsningen, og kjerneelementet i BET, er eksponering for

frykten for affektiv aktivering. Ved å normalisere samhandling og mobilisere pasientens ressurser skal KYR både initiere den psykoterapeutiske BET-prosessen og fremme motivasjon for samarbeid om eksponeringsterapi.

KYR administreres som to separate, komplementære regimer, henholdsvis underregulering og overregulering, og tilpasses den enkelte pasient (Gjerde, 2013; Heggdal et al., 2013). Underregulering er det definerte standardregimet som alle pasientene blir møtt med. Her har pasienten full frihet, og personalet utøver ingen kontroll. Det gis ikke oppmerksomhet til dysfunksjonelle handlingsvalg såfremt liv og helse ikke settes i fare. Funksjonelle handlingsvalg møtes med løsningsfokusede intervensjoner (De Shazer & Dolan, 2012) for å fremme mestringstillit og generalisere funksjonell atferd til andre livsområder. Ved underregulering brukes *instrumentell ytre regulering* for å håndtere enkeltstående hendelser der liv og helse står på spill (Gjerde, 2013). Helsepersonell griper da inn i henhold til sykehusets prosedyrer, uten samtidige psykologiske intervensjoner som kan representere sekundærgevinst (Balint, 1969). Når faren er forhindret og eventuell skade håndtert, trekker personalet seg raskt ut av situasjonen og fortsetter med underregulering.

Enkelte pasienter vil fortsette med å velge destruktive løsninger selv etter gjentatte intervensjoner med instrumentell ytre regulering. Hvis behandler eller vakthavende lege beslutter at pasienten skal ha kontinuerlig tilsyn, tilrettelegges oppfølgingen som overregulering. Fokuset er utelukkende på å sikre liv og helse. Ved å senke tempo og redusere stimuli skapes en stillstand der ikke noe skjer før pasienten tar initiativ til en mestringsdialog. Det legges inn forsinkelser mens pasienten stadig blir utfordret til å tydeliggjøre en intensjon om å prøve ut funksjonelle mestringsstrategier. Når pasienten har en mestringsplan og viser at han/hun er motivert til å gjøre aktive valg i tråd med den, føres han/hun tilbake til underregulering og full frihet.

En risiko ved å polarisere markant mellom frihet og frihetsbegrensninger er at pasienten kan oppleve at helsepersonell veksler mellom å være likegyldige og autoritære. Derfor vektlegges opplæring og veiledning av helsepersonell at alle KYR-intervensjoner skal være forankret i empati, respekt og likeverd (Heggdal, Ham-

mer, Alsos, Malin, & Fosse, 2015). Disse verdiene praktiseres primært med bekreftende kommunikasjon, en intervensjon som brukes gjennomgående både ved høyt emosjonelt nivå (appell, krav, trusler) og passivitet (ambivalens, håpløshet og handlingslammelse) (Gjerde, 2013). Empati gjenspeiles ved at personalet anerkjenner pasientens subjektive opplevelser som sanne og gyldige. Personalet viser respekt for pasientens verdier og valg, også i situasjoner der pasienten velger å ikke samarbeide. Begge parter fremstår da for den andre og seg selv som avgrensede og autonome, likeverdige individer.

KYR har blitt utviklet og implementert som en del av den daglige driften og uten tilføring av ekstra ressurser. Strategien er en integrert komponent i alle behandlingsforløp ved seksjonen (heretter kalt KYR-seksjonen) og ikke kun for pasienter som mottar BET. Selv om KYR er utviklet innenfor rammen av BET, er strategien frittstående og kan brukes til å organisere og koordinere andre typer behandling, og til å utvikle holdninger hos personalet som fremmer pasientenes autonomi. Implementeringen av KYR har vært lagt opp som en kontinuerlig prosess med etablering av faste programposter for arbeid med verdier, holdninger, kompetanseutvikling og ferdighetstrening (Heggdal, 2014; Heggdal & Svergja, 2014).

Psykiatrisk avdeling Blakstad har organisert tilbudet for langtidsbehandling slik at pasienter som først og fremst er til fare for seg selv, henvises eller overføres til KYR-seksjonen. De som er eller kan være til fare for andre, behandles ved andre langtidsseksjoner, herunder en sikkerhetsseksjon. Dette har ført til markant kjønnsdifferensiering og en majoritet av kvinner ved KYR-seksjonen.

Hensikten med denne studien er å undersøke om implementeringen av KYR har ført til nedgang i § 4 tvangsvedtak. Vi innhentet tvangsdata i perioden 2006 til 2014 ved KYR-seksjonen og sammenliknet tvangsvedtak fra før innføring av KYR i 2008 med perioden etterpå. Det lot seg ikke gjøre å etablere et kasus-kontrolldesign ettersom ingen andre seksjoner i Vestre Viken var fullt sammenliknbare med KYR-seksjonen. For likevel å ha et sammenlikningsgrunnlag samlet vi inn data om tvangsvedtak også fra den langtids psykoseseksjonen i Vestre Viken som lignet mest KYR-seksjonen med hensyn til målgruppe og antall kvinnelige pasienter. Endringer i tvangsvedtak ved denne seksjonen kunne gi en indikasjon på om eventuelle endringer ved KYR-seksjonen berodde på implementeringen av KYR eller på endret fokus, holdninger mv. til tvangsbruk i foretaket generelt. På grunn av den markante overvekten av kvinnelige pasienter ved KYR-seksjonen er undersøkelsen begrenset til kvinner.

METODE

I denne før-og-etter-studien undersøkte vi endringer i antall § 4 tvangsvedtak ved KYR-seksjonen og ved en sammenlikningsseksjon i Vestre Viken i perioden 2006–2008 (før KYR var implementert) til henholdsvis 2009–2011 og 2012–2014. Regional etisk komité vurderte studien som et kvalitetsprosjekt som faller utenfor deres mandat. Studien er tilrådd og godkjent for publisering av personvernombudet.

Deltakende seksjoner

Begge seksjonene gir et døgntilbud til pasienter med alvorlig psykisk lidelse og kompleks komorbiditet. Seksjonene er lukkede og har kun enesrom. KYR-seksjonen har på grunn av omorganiseringer skiftet lokalise-



Ved å senke tempo og redusere stimuli skapes en stillstand der ikke noe skjer før pasienten tar initiativ til en mestringsdialog



Tabell 1. Pasientkarakteristika ved de to seksjonene

	KYR-seksjonen (n = 49)	Sammenliknings- seksjonen (n = 52)
Alder (snitt, SD)	31,2 (8,4)	35,8 (10,1) ^{1*}
GAF-F (snitt, SD)	34,7 (9,3)	29,0 (9,3) ^{1*}
GAF-S (snitt, SD)	33,4 (10,4)	30,6 (9,0)
Antall/andel pasienter på TPH (n, %)	22 (44,9 %)	44 (84,6 %) ^{2*}
F20.0–9 Schizofreni (n, %)	15 (30,6 %)	22 (42,3 %) ^{2*}
F22–29 Andre psykoselidelser (n, %)	8 (16,3 %)	17 (32,7 %) ^{2*}
F30–39 Affektive lidelser (n, %)	8 (16,3 %)	4 (7,7 %)
F60.3 Emosjonelt ustabil PF (n, %)	9 (18,4 %)	6 (11,5 %)
Andre diagnoser (n, %)	9 (18,4 %)	3 (5,8 %)

TPH = tvungent psykisk helsevern. * P < 0.05. ¹T-test for uavhengige utvalg. ²Chi kvadrat-test.

ring og hatt mellom 6 og 10 døgnplasser gjennom studieperioden. Pasientene mottok enten BET eller individuelt tilpasset psykoterapi, miljøterapi og medikamentell behandling. Sammenlikningsseksjonen hadde 12 døgnplasser gjennom hele studieperioden og tilbød miljøterapi med vekt på relasjonsarbeid, psyko- og utdanning og mestring samt medikamentell behandling. Seksjonen hadde gjennom hele studieperioden hatt hovedfokus på samarbeid og dialog med pasienten, praktisert en holdning om at tvang skal være siste alternativ, lagt opp til trening av personalet i konflikthåndtering og konfliktforebygging og brukt debrifing av personalet etter tvangsepisoder. Fra 2009 og ut studieperioden har seksjonen i tillegg hatt ekstern veiledning. Før etableringen av Klinikkk for psykisk helse og rus i Vestre Viken i 2010 inngikk KYR-seksjonen i daværende Sykehuset Asker og Bærum. Sammenlikningsseksjonen tilhørte Sykehuset Buskerud. Frem til oktober 2013 var KYR-seksjonens opptaksområde Asker og Bærum kommuner, med en befolkning på 170 000. Opptaksområdet for sammenlikningsseksjonen var Buskerud fylke, med en befolkning på 265 000. Fra oktober 2013 har begge seksjonene betjent alle de nevnte områdene.

Deltakere

Ut fra DIPS-rapporter identifiserte vi kvinner innlagt ved de to døgnseksjonene i 2006–2014. Ved KYR-seksjonen inkluderte vi 49 pasienter (snittalder 31,2 år, SD 8,4, variasjon 18–52 år). Ved sammenlikningsseksjonen hadde 66 kvinner vært innlagt i perioden. Disse hadde en noe høyere snittalder enn ved KYR-seksjonen (40,8 år, SD 13,4, variasjon 17–70). Fjorten pasi-

enter ved sammenlikningsseksjonen var eldre enn den eldste pasienten ved BET-seksjonen (52 år). Vi ekskluderte disse 14, slik at det inkluderte utvalget fra sammenlikningsseksjonen bestod av 52 kvinner, med snittalder 35,8 år (SD = 10,1, variasjon 17–52) (tabell 1). Av de totalt 101 inkluderte pasientene hadde 20 vært innlagt i to av de tre tidsperiodene, to i alle tre tidsperiodene og 79 i kun én tidsperiode.

De vanligste hoveddiagnosene registrert i DIPS, var innenfor schizofreniområdet (F20.0–20.9, n = 37), andre psykoselidelser (F22–29, n = 25), affektive lidelser (F30–39, n = 12) og emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse (F60.3, n = 15). Tolv pasienter hadde andre diagnoser. I analysene brukte vi de fem nevnte diagnoseområdene som variabler.

Sekstiseks (65,3 %) av de 101 pasientene hadde i minst én periode vært innlagt på tvangsparagraf (§ 3–2 eller § 3–3), herunder 44,9 % av pasientene ved KYR-seksjonen og 84,6 % ved sammenlikningsseksjonen. For KYR-seksjonen var andelen innlagt på § 3 spesielt lav for pasienter i BET (33,3 %) sammenliknet med de øvrige pasientene (68,8 %). Denne variasjonen kan avspeile forskjeller mellom pasientene, men også forskjeller i behandlingstilnærming. Ved KYR-seksjonen generelt, og i BET spesielt, er det et eksplisitt mål å få til frivillig innleggelse eller eventuelt overføring til frivillig paragraf så raskt som mulig. For BET har i tillegg en betydelig andel av pasientene selv ønsket å bli søkt inn til dette tilbudet. Det bemerkes at majoriteten av BET-pasientene (75,8 %) hadde vært innlagt på tvangsparagraf det siste året før inntak. Fordi innleggelse på tvangsparagraf delvis avspeiler behandlingsbe-

tingelsen og også kan ses som et utfallsmål, betraktet vi ikke dette som et trekk ved pasientene i studien.

Mål

For hver av de tre tidsperiodene registrerte vi alle vedtak om bruk av mekaniske tvangsmidler (belter) (§ 4–8a), korttidsvirkende legemidler (§ 4–8c), fastholding (§ 4–8d) og skjerming (§ 4–3). Data ble hentet fra vedtaksoversikt i DIPS. Seksjonene registrerer også tvangsvedtak i protokoller som vi gjennomgikk. Vedtak registrert i minst én av kildene ble inkludert. Vi oppsummerte alle vedtak i en totalskåre for hver pasient.

GAF-skårer ble hentet ut fra DIPS. Skårene var konsensusvurderinger gjort av miljøpersonalet og behandler. For hele utvalget var snitt GAF funksjonsskårer (GAF-F) 31,1 (SD 9,6) og snitt GAF symptomskårer (GAF-S) 31,4 (SD 10,0).

For en mer inngående analyse ved KYR-seksjonen innhentet vi informasjon om antall fast ansatt helsepersonell fra HR-avdelingen, årsmeldinger og konsensusbeskrivelser fra ansatte. Informasjon om fellesareal ble innhentet fra Avdeling for Eiendomsforvaltning og -utvikling i Vestre Viken. Ut fra dette etablerte vi en variabel for antall helsepersonell per pasient og fellesareal per pasient ved KYR-seksjonen, som vi kvantifiserte for hver tidsperiode i studien. Tilgjengelig informasjon var utilstrekkelig til å beskrive sammensetning av personalet med tanke på utdanning og kjønn.

Statistiske analyser

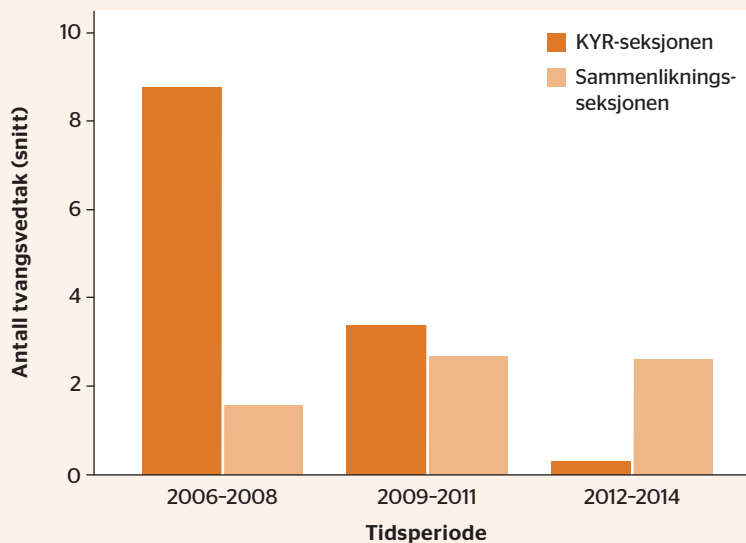
Vi undersøkte først endringer i tvangsvedtak over tid (tre perioder) ved hver av de to seksjonene. Her brukte vi tre komplementære mål på tvangsvedtak: i) totalt antall tvangsvedtak (Kruskal-Wallis-testen), ii) hvorvidt pasientene hadde minst ett tvangsvedtak eller ei (chi-kvadrat-test) og iii) om pasientene hadde minst seks tvangsvedtak eller ei (chi-kvadrat-test). Vi brukte chi-kvadrat-tester til å undersøke eventuelle endringer over tid i hver av de fire § 4 vedtakstypene, skåret som ja/nei for hver pasient i hver tidsperiode.

Som det fremgår av resultatdelen, identifiserte vi systematiske endringer i tvangsvedtak over tid kun ved KYR-seksjonen. Ut fra dette gjennomførte vi mer inngående analyser ved (kun) KYR-seksjonen for å undersøke om tidsperiode (og dermed implementeringen av KYR) fremdeles hadde en signifikant effekt på antall tvangsvedtak når følgende pasientkarakteristika ble tatt i betraktning: pasientenes alder, GAF-skårer og diagnoser. Vi brukte først univariate analyser for å undersøke om disse variablene var signifikant knyttet til henholdsvis antall tvangsvedtak og om pasienten hadde tvangsvedtak eller ei. Pearson korrelasjonstest ble brukt til å undersøke sammenhenger mellom tvangsvedtak og alder og GAF. Sammenhengen mellom diagnosekategori og tvangsvedtak ble undersøkt med Kruskal-Wallis-testen, med diagnosekategori som uavhengig variabel med fem nivåer. Deretter tok vi med oss de pasientkarakteristikaene som viste seg å være knyttet til tvangsvedtak som prediktorer, sammen med tidsperiode (faktor), i to generell lineær modelleringsanalyser (GLM). I disse analysene var den avhengige variabelen henholdsvis antall tvangsvedtak og forekomsten av tvangsvedtak (ja, nei). Hvis endringer i tvangsvedtak over tid ved KYR-seksjonen berodde på endringer i pasientkarakteristikaene, så burde det slå ut i GLM-analysene ved at disse heller enn tidsperiode var signifikante. Analysene ble utført i SPSS versjon 18.

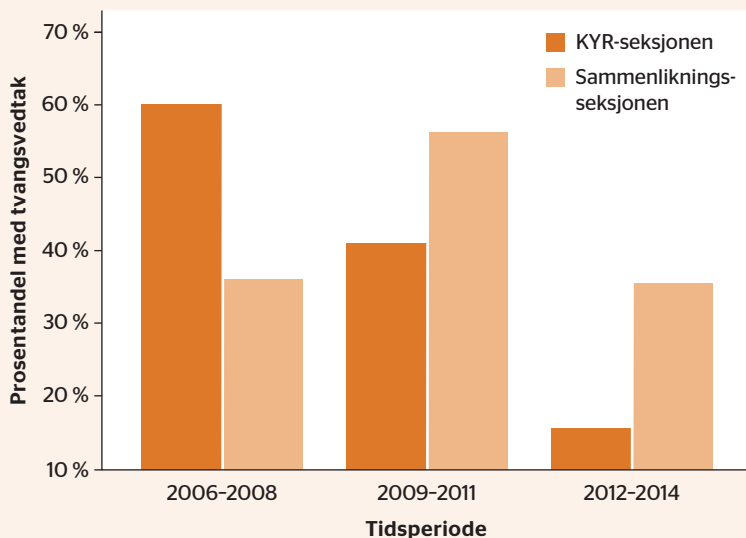


For hver av de tre tidsperiodene registrerte vi alle vedtak om bruk av mekaniske tvangsmidler, korttidsvirkende legemidler, fastholding og skjerming

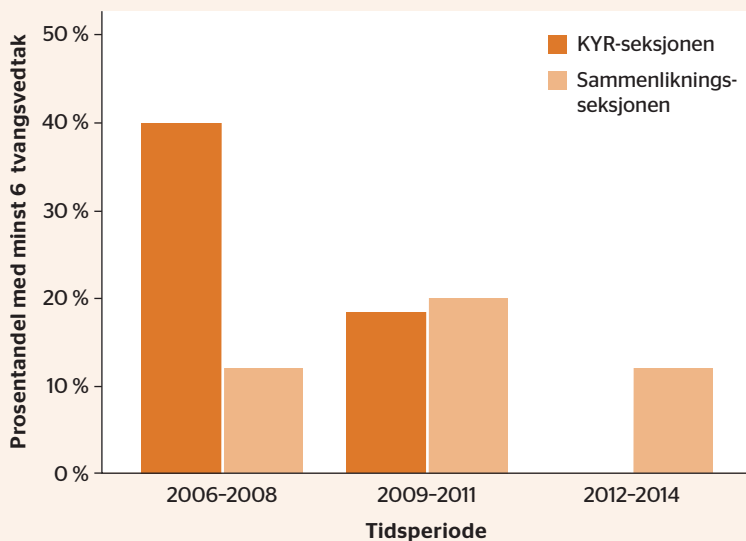
Figur 1. Antall § 4 tvangsvedtak totalt
To ekstreme utliggere (> 110 vedtak) er ekskludert, en ved hver av seksjonene i periode 1.

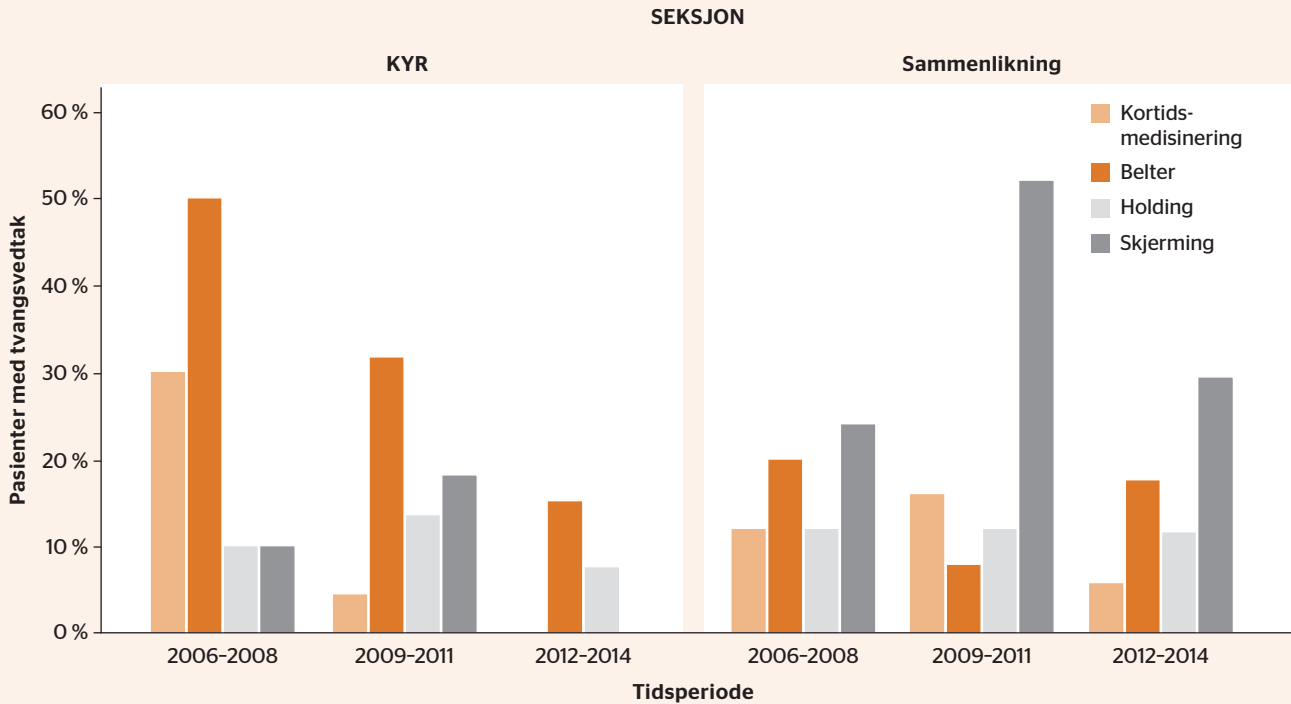


Figur 2. Prosentandel av pasientene med minst ett § 4 tvangsvedtak



Figur 3. Prosentandel pasienter med minst seks § 4 tvangsvedtak





Figur 4. Enkelte § 4 vedtakstyper

RESULTATER

For 41 av 101 pasienter (40,6 %) ved de to seksjonene var det fattet totalt 581 § 4 tvangsvedtak. Sytten pasienter (17 %) hadde minst seks tvangsvedtak og stod for til sammen 538 (87 %) av vedtakene. Seks pasienter hadde mer enn 20 vedtak, mens to pasienter hadde mer enn 110 vedtak. Det hyppigst brukte vedtaket var belter (370 tilfeller) fulgt av skjerming (97), tvangsmedisinering (63) og holding (51).

Endringer over tid ved de to seksjonene

Figur 1 illustrerer antall tvangsvedtak totalt i hver tidsperiode ved de to seksjonene. Ved KYR-seksjonen gikk dette i snitt ned fra 23,5 i periode 1 til 3,4 i periode 2 og 0,3 i periode 3 (99 % nedgang), Kruskal-Wallis, $p = 0,004$. Når en ekstrem utligger i periode 1 (over 110 vedtak) ble ekskludert, var snittet for periode 1 på 8,7 vedtak, og nedgangen fra periode 1 til periode 3 var på 97 %. Ved sammenlikningsseksjonen var det ingen systematisk endring, $p = 0,36$. Gjennomsnittlig antall vedtak var her 6,2 i periode 1 (som falt til 1,6 når en ekstrem utligger ble ekskludert), 2,7 i periode 2 og 2,6 i periode 3.

Samme mønster ble funnet når endringer over tid ble undersøkt for andelen pasienter

med minst ett tvangsvedtak (figur 2). Ved KYR-seksjonen sank denne andelen gradvis fra periode 1 (60 % av pasientene) til periode 2 (40,9 %) og periode 3 (15,4 %). Nedgangen fra periode 1 til periode 3 var på 74 %. Endringen var statistisk signifikant, $\chi^2 = 10,3$, $p = 0,022$. Ved sammenlikningsseksjonen var det ingen systematisk endring over tid, med tilnærmet like høy andel pasienter med tvangsvedtak i periode 1 (36 %) som i periode 3 (35,3 %), $p = 0,27$.

Figur 3 illustrerer andelen pasienter ved de to seksjonene i hver tidsperiode som hadde seks eller flere tvangsvedtak. Ved KYR-seksjonen sank denne andelen gradvis fra periode 1 (40,0 %) til periode 2 (18,2 %) og periode 3 (0,0 %), en nedgang på 100 % fra periode 1 til periode 3. Endringen over tidsperiodene var signifikant, $\chi^2 = 10,3$, $p < 0,0058$. Ved sammenlikningsseksjonen var det ingen systematisk endring over tid, med tilnærmet like stor andel pasienter med minst seks vedtak i periode 1 (12,0 %) som i periode 3 (11,8 %), $p < 0,67$.

Figur 4 indikerer endringer i hver av de fire § 4 vedtakstypene (ut fra andelen pasienter med hver type vedtak) over tid. Som illustrert i figuren, ses nedgangen over tid ved KYR-seksjonen særlig for tvangsmedisinering, $\chi^2 = 10,4$, $p < 0,0054$, med en tilsvarende trend for belte-

»

Tabell 2. Karakteristika ved pasientene på KYR-seksjonen i de tre tidsperiodene

	Periode 1 2006–2008	Periode 2 2009–2011	Periode 3 2012–2014
Alder (år)	31,1	30,3	34,9
GAF-F	33,8	33,2	34,3
GAF-S	33,3	30,2	34,9
Andel schizofreni/ psykoselidelser ¹	60,0 %	31,8 %	46,3 %
Andre diagnoser	40,0 %	68,2 %	53,7 %
Antall helsepersonell per pasient (n)	2,4	2,3	2,1
Tilgjengelig fellesareal per pasient (m ²)	33,7	36	25,7

¹ Diagnosene angis i to og ikke fem kategorier (som i tabell 1) for å beskytte pasientenes anonymitet (ved å unngå for få pasienter i enkelte rubrikker).

Tabell 3. Sammenheng mellom pasientkarakteristika og tvangsvedtak ved KYR-seksjonen

Pasient- karakteristika	Antall tvangsvedtak		Tvangsvedtak (ja, nei)	
		P-verdi		P-verdi
Alder	¹ r = -0,12	0,37, i.s.	¹ r = -0,07	0,63, i.s.
GAF-F	¹ r = -0,31	0,019	¹ r = -0,19	0,17, i.s.
GAF-S	¹ r = -0,03	0,80, i.s.	¹ r = -0,24	0,08
Diagnose- kategori		² 0,71, i.s.		0,70, i.s.

i.s. = ikke signifikant. ¹Pearson r. ²Kruskal-Wallis-test.

bruk, $\chi^2 = 4,65$, $p < 0,098$. Ved sammenlikningsseksjonen var det ingen signifikante endringer i noen av vedtakstypene, $p > 0,30$.

Inngående analyser for KYR-seksjonen

Endringer over tid i pasientkarakteristika, personalsammensetning og fellesareal ved KYR-seksjonen er angitt i tabell 2.

Pasientvariabler som var signifikant knyttet til tvangsvedtak ved KYR-seksjonen, kunne representere alternative forklaringer til den observerte endringen i tvangsvedtak over tid. Som angitt i tabell 3, var GAF-F knyttet til antall tvangsvedtak ved KYR-seksjonen, $r = -0,31$, $p = 0,019$, mens GAF-S viste en trend-sammenheng med om pasientene hadde tvangsvedtak eller ei, $r = -0,24$, $p = 0,08$. Alder og diagnosekategori viste ingen signifikant sammenheng med noen av tvangsvariablene.

Ut fra ovennevnte tok vi med GAF-F som prediktor (kovariat) i en GLM-analyse for antall tvangsvedtak og GAF-S som prediktor i en GLM-analyse for tvangsvedtak (ja, nei). I begge analysene var tidsperiode faktor. Analysen for antall tvangsvedtak var signifikant, $F(3, 53) = 6,6$, $p = 0,001$, med effekter for både tidsperiode, $F(2, 54) = 6,4$, $p = 0,003$, og for GAF-F, $F(1, 55) = 6,9$, $p = 0,011$. Også analysen for tvangsvedtak (ja, nei) var signifikant, $F(3, 53) = 4,3$, $p = 0,009$, med en effekt for tidsperiode, $F(2, 54) = 4,6$, $p = 0,014$, men ikke for GAF-S, $p = 0,13$. Selv om vi dermed kontrollerte for de pasientvariablene som var knyttet til tvangsvedtak ved KYR-seksjonen, vedvarte effekten for tidsperiode på nedgangen i tvangsvedtak over tid.

Antall helsepersonell per pasient ved KYR-seksjonen gikk ned med 12,5 % fra periode 1 til periode 3 (tabell 2). Tilgjengelig fellesareal per pasient gikk noe opp fra periode 1 til periode 2, for deretter å synke fra periode 2 til periode 3, med en nedgang fra første til siste periode på 23,7 % (tabell 2). Disse endringene er ikke i tråd med det en skulle forvente, hvis disse forholdene bidro til den observerte reduksjonen i tvangsvedtak.

DISKUSJON

Vi undersøkte om implementering av KYR i 2008 førte til endringer i § 4 tvangsvedtak for kvinnelige pasienter ved en langtidssesjon for psykoser og sammensatte lidelser (KYR-seksjonen). Studien viser en markant reduksjon av tvangsvedtak fra 2006–2008 (før KYR

var implementert) til henholdsvis 2009–2011 og 2012–2014. Gjennomsnittlig antall tvangsvedtak per pasient ble redusert fra 23,5 til 0,3 (99 %). Andelen pasienter med minst ett tvangsvedtak gikk ned fra 60,5 % til 15,4 % (74 %), mens andelen pasienter med minst seks vedtak gikk ned fra 40 % til 0 % (100 %). Nedgangen i tvangsvedtak var tydeligst for korttidsvirkende legemidler, fulgt av mekaniske tvangsmidler.

Vi fant ingen systematiske endringer i tvangsvedtak ved en annen langtidssesjon i samme helseforetak. Selv om de to seksjonene ikke var fullt sammenliknbare med tanke på pasientsammensetning, indikerer dette at nedgangen i tvangsvedtak ved KYR-seksjonen ikke var en følge av et generelt økende fokus i foretaket over tid på å få ned tvangsbruken. De statistiske analysene indikerte at nedgangen i tvangsvedtak ved KYR-seksjonen heller ikke kunne forklares med endringer i pasientenes alder, diagnoser eller GAF-skårer. I tillegg endret ikke antall helsepersonell per pasient eller tilgjengelig fellesareal per pasient seg på måter som kan antas å ha bidratt til reduksjonen i tvangstiltak. Disse funnene styrker antakelsen om at implementeringen av KYR førte til nedgang i tvangsvedtak.

Pasientens autonomi og medbestemmelse er ofte begrenset ved døgninnleggelse på sykehus (Chow & Priebe, 2013). I lukkede institusjoner kan ansatte oppføre seg mer paternalistisk overfor pasienter enn på andre arenaer, noe som også vises gjennom økt bruk av tvang (Chow & Priebe, 2013). Våre resultater er i tråd med funn fra tidligere litteratur, som viser at det er mulig å få til store endringer i bruk av tvang (Gaskin et al., 2007; Scanlan, 2009; Stewart et al., 2010). Kasusbeskrivelser og kliniske observasjoner indikerer at reduksjon av tvangstiltak forutsetter at helsepersonell møter pasienten med holdninger som fremmer likeverd og myndiggjøring (Bak et al., 2012; Gaskin et al., 2007; Scanlan, 2009; Sullivan et al., 2005; Taxis, 2002; Visalli & McNasser, 2000). Forhold som kan myndiggjøre både pasient og helsepersonell, inkluderer økt samhandling (Bak et al., 2012; Bak et al., 2014; Gaskin et al., 2007; Scanlan, 2009; Stewart et al., 2010; Sullivan et al., 2005; Taxis, 2002; Visalli & McNasser, 2000) og korrigerende av helsepersonells forestillinger om at tvangstiltak er uunnværlig for å ivareta sik-

kerhet (Scanlan, 2009; Taxis, 2002). Her har atferdsterapeutiske og recovery-baserte tilnærminger vist seg å være nyttige (Bak et al., 2012; Gaskin et al., 2007; Scanlan, 2009; Sullivan et al., 2005; Taxis, 2002; Visalli & McNasser, 2000). Tidligere studier (Taxis, 2002; Visalli & McNasser, 2000) viser at pasientens valgfrihet og autonomi er sentrale faktorer, noe som sterkt vektlegges i KYR. Kvalitative undersøkelser indikerer at KYR fremmer samhandling som er preget av likeverd, og virker utviklende for både pasienter og helsepersonell (Gjerde, 2013; Heggdal et al., 2015).

Mens tvangsvedtak ved KYR-seksjonen gikk ned i første treårsperiode etter at KYR ble tatt i bruk, observerte vi en ytterligere nedgang de tre påfølgende årene. En mulig forklaring er at det tar tid å implementere intervensjoner som involverer hele personalgruppen, herunder vedtaksansvarlige leger og psykologer. Den fortsatte nedgangen i tvangsvedtak i den siste studieperioden kan være et uttrykk for at KYR-seksjonen har forvaltet KYR mer effektivt over tid. Implementeringsforskning viser at implementering innebærer endringer både i organisasjon og arbeidskultur (Fixsen, Naoom, Blase, Friedman, & Wallace, 2005). I tråd med dette har implementeringen av KYR vært en kontinuerlig prosess, med et vedvarende fokus på å etablere og vedlikeholde systemer og rutiner for kompetanseutvikling og prosedyrer for å sikre programetterlevelse og implementeringskvalitet (Heggdal & Svergja, 2014). Det gjennomføres regelmessig individuelle fagutviklingssamtaler, der medarbeideren sammen med seksjonsleder og faglig ansvarlig identifiserer utfordringer som han eller hun så tar inn som arbeidsoppgaver i sin kompetanseutviklingsplan (Heggdal & Svergja, 2014). Hele personalgruppen deltar i erfaringsbasert undervisning og regelmessig veiledning der det brukes rollespill for å trene på situasjonshåndtering og kommunikasjonsteknikker (Heggdal, 2014). Studier indikerer at involvering, opplæring og veiledning av hele personalgruppen kan være avgjørende for tvangsreduksjon (Dahm et al., 2015; Gaskin et al., 2007; Scanlan, 2009; Stewart et al., 2010).

Det er et problem at tvangsmiddelbruken ofte øker igjen etter at prosjekter med formål om å redusere tvangsbruk avsluttes (Hatling, 2013). En mulig forklaring er at implementering ikke forstås som en kontinuerlig prosess. Våre

»



Gjennomsnittlig antall tvangsvedtak per pasient ble redusert fra 23,5 til 0,3 (99 %)

funn kan ha implikasjoner for hvordan en døgnsesjon kan organisere arbeidet med reduksjon av tvang for å sikre vedvarende effekt av tiltakene som iverksettes. Dette krever en helhetlig tilnærming på flere nivå og en systematisk og kontinuerlig implementeringsprosess som sikrer koordinering av individualterapien og miljøterapien, herunder koordinert samarbeid mellom behandlingsansvarlige psykologer og leger og mellom behandlere og miljøpersonale. KYR er en overordnet strategi som inkluderer mange av de enkeltkomponentene som tidligere studier har vist at kan bidra til tvangsreduksjon (se innledningen). En viktig komponent kan være å innføre en helhetlig behandlingsfilosofi som vektlegger frivillighet, samarbeid og autonomi. Videre bør helsepersonell trene på å romme utrygghet som oppstår når de skal gi fra seg kontroll og la mer av ansvaret ligge hos pasientene. Utdfordringen er å stole på at pasienten gis god og forsvarlig behandling slik at ikke frykten for å kunne bli stilt til ansvar i ettertid blir et hinder. Dette kan sikres med rutiner for å lære opp og veilede hele personalgruppen, herunder behandlingsansvarlige psykologer og leger.

Styrker og begrensninger

Studiens hovedbegrensning er dens retrospektive, ikke-kontrollerte design og at den hadde forholdsvis få deltakere. En annen svakhet er at studien kun inkluderte kvinner. Funnene kan derfor ikke uten videre overføres til mannlige pasienter. Siden kvinner med voldsproblematikk i liten grad blir behandlet ved KYR-seksjonen, kan funnene heller ikke generaliseres til denne pasientgruppen. Konklusjonen om at KYR bidro til reduksjon av tvangstiltak, støttes noe av at vi ikke fant tilsvarende endringer ved en annen langtidssesjon for psykoser i samme helsefor- etak, selv om de to seksjonene ikke var fullt sammenliknbare. En viss kontroll for alternative forklaringer til nedgangen i tvangsvedtak ble oppnådd ved å inkludere en rekke pasientkarakteristika i analysene og ved å undersøke endringer i antall helsepersonell og i tilgjengelig fellesareal. At informasjon om tvangsvedtak ble innhentet over en tidsperiode på ni år, svekker muligheten for at de observerte endringene var tilfeldige eller midlertidige. Studiens ukontrollerte design gjør likevel at andre forhold enn implementeringen av KYR kan ha ligget til grunn for nedgangen i tvangsvedtak over tid. Eksempler er endringer i andre trekk ved pasientsammensetningen enn de vi målte – som voldsrisiko, endringer i personalgruppens utdanningsnivå og kjønnsammensetning. En annen faktor kan være selve systematikken i og kvaliteten av den kontinuerlige implementeringsprosessen.

KONKLUSJON

Bruken av tvangstiltak i psykisk helsevern har vært stabil over mange år til tross for økt bevissthet rundt tvang og alternativer til tvang (Helsedirektoratet, 2016). Vi fant at implementeringen av KYR ved en langtidssesjon for psykoser og sammensatte lidelser ble fulgt av en markant nedgang i bruken av tvang overfor kvinnelige pasienter. Selv om funnene indikerer at KYR kan bidra til redusert tvangsbruk, kan andre faktorer ha spilt inn, og svakheter i studiedesignet gjør at eventuelle konklusjoner må anses som tentative. For å klargjøre om hvorvidt KYR kan bidra til å redusere tvang, trengs det prospektive kontrollerte studier som inkluderer både mannlige og kvinnelige pasienter. ✕

REFERANSER

- Bak, J., Brandt-Christensen, M., Sestoft, D.M., & Zoffmann, V. (2012). Mechanical restraint – Which interventions prevent episodes of mechanical restraint? – A systematic review. *Perspectives in psychiatric care*, 48(2), 83–94.
- Bak, J., Zoffmann, V., Sestoft, D.M., Almvik, R., & Brandt-Christensen, M. (2014). Mechanical Restraint in Psychiatry: Preventive Factors in Theory and Practice. A Danish-Norwegian Association Study. *Perspectives in psychiatric care*, 50(3), 155–166.
- Balint, M. (1969). *The basic fault. Therapeutic aspects of regression*. London: Tavistock Publications.
- Bonner, G., Lowe, T., Rawcliffe, D., & Wellman, N. (2002). Trauma for all: a pilot study of the subjective experience of physical restraint for mental health inpatients and staff in the UK. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 9(4), 465–473.
- Chow, W.S., & Priebe, S. (2013). Understanding psychiatric institutionalization: a conceptual review. *BMC psychiatry*, 13(1), 169. doi: 10.1186/1471-244X-13-169
- Dahm, K.T., Odgaard-Jensen, J., Husum, T.L., & Leiknes, K.A. (2015). Interventions for reducing coercion in mental health for adults: a systematic review and the impact of updating. *Journal of Brain Sciences*, 1(1), 1–23.
- De Shazer, S., & Dolan, Y. (2012). *More than Miracles: The state of the art of solution-focused brief therapy*. New York: Routledge.
- Fixsen, D.L., Naoom, S.F., Blase, K.A., Friedman, R.M., & Wallace, F. (2005). Implementation research: A synthesis of the literature. Tampa, FL: University of South Florida, The National Implementation Research Network (FMHI Publication #231). <http://ctndisseminationslibrary.org/PDF/nirnmonograph.pdf>.
- Gaskin, C.J., Elsom, S.J., & Happell, B. (2007). Interventions for reducing the use of seclusion in psychiatric facilities. *The British Journal of Psychiatry*, 191(4), 298–303.
- Gjerde, H.M. (2013). *Bekreftede og ansvarliggjøre. En kvalitativ studie av terapeutens opplevde utfordringer i forvaltningen av Komplementær Ytre Regulering*. Universitetet i Oslo. Nedlastet 19. april 2016 fra <https://www.duo.uio.no/bitstream/handle/10852/38079/hovedfagsoppgave.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.
- Happell, B., & Harrow, A. (2010). Nurses' attitudes to the use of seclusion: A review of the literature. *International Journal of Mental Health Nursing*, 19(3), 162–168.
- Hatling, T. (2013). Bruk av tvang i psykiske helsetjenester. I R. Norvoll (red.), *Samfunn og psykisk helse – Samfunnsvitenskapelige perspektiver*. (s. 243–284). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Heggdal, D. (2014). *Basal eksponeringsterapi (BET) – manual for feedbackbasert kollegaveiledning*. Upublisert manuskript.
- Heggdal, D., Hammar, J., Alsos, T.H., Malin, I., & Fosse, R. (2015). Erfaringer med å få og ta ansvar for bedringsprosessen og sitt eget liv gjennom basal eksponeringsterapi (BET). *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 11(02), 119–128.
- Heggdal, D., Lillelien, A., Johnsrud, S.S., & Dyrhol Paulsen, C. (2013). Basal eksponeringsterapi: en vei inn til seg selv og ut til et liv det går an å leve. *Dialog*, 23(4), 7–19.
- Heggdal, D., & Svergja, T. (2014). *Basal eksponeringsterapi (BET) – implementeringsmanual*. Upublisert manuskript.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2012). *Bedre kvalitet – økt frivillighet. Nasjonal strategi for økt frivillighet i psykiske helsetjenester (2012-2015)*. Nedlastet 19. april 2016 fra https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/HOD/Bedrekvalitet-okt_frivillighet.pdf.
- Helsedirektoratet. (2016). Bruk av tvang i psykisk helsevern for voksne i 2014 (IS-2452). Nedlastet 19. april 2016 fra <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/1161/Rapport%20om%20tvang%20IS-2452.pdf>
- Lov 2. juli 1999 nr. 62 om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern (Psykisk helsevernloven) (1999).
- Mathisen, J., & Føyn, P. (2002). Rapport fra gjennombruddsprosjekt psykiatri. Hentet fra <http://legeföreningen.no/Emner/Andre-emner/Publikasjoner/Gjennombruddsprojekter/Gjennombruddsprosjekt-psykiatri-Bruk-av-tvang-/>.
- Norvoll, R., Hatling, T., & Hem, K. (2008). «Det er nå det begynner!» Hovedrapport fra prosjektet Brukerorienterte alternativer til tvang i sykehus (BAT) (SINTEF A8450). Hentet fra https://www.sintef.no/globalassets/upload/helse/psykisk-helse/sintef_a8450_hovedrapp_bat.pdf.
- Scanlan, J.N. (2009). Interventions to reduce the use of seclusion and restraint in inpatient psychiatric settings: what we know so far. A review of the literature. *International Journal of Social Psychiatry*, 56(4), 412–423.
- Stewart, D., Van der Merwe, M., Bowers, L., Simpson, A., & Jones, J. (2010). A review of interventions to reduce mechanical restraint and seclusion among adult psychiatric inpatients. *Issues in Mental Health Nursing*, 31(6), 413–424.
- Sullivan, A.M., Bezmen, J., Barron, C.T., Rivera, J., Curley-Casey, L., & Marino, D. (2005). Reducing restraints: alternatives to restraints on an inpatient psychiatric service – utilizing safe and effective methods to evaluate and treat the violent patient. *Psychiatric Quarterly*, 76(1), 51–65.
- Taxis, J.C. (2002). Ethics and praxis: Alternative strategies to physical restraint and seclusion in a psychiatric setting. *Issues in Mental Health Nursing*, 23(2), 157–170.
- Visalli, H., & McNasser, G. (2000). Reducing seclusion and restraint: meeting the organizational challenge. *Journal of Nursing Care Quality*, 14(4), 35–44.
- Wynn, R. (2003). Staff's attitudes to the use of restraint and seclusion in a Norwegian university psychiatric hospital. *Nordic Journal of Psychiatry*, 57(6), 453–459.
- Øhlenschläger, J., Thorup, A., Petersen, L., Jeppesen, P., Køster, A., Munkner, R., & Nordentoft, M. (2007). Intensive treatment models and coercion. *Nordic Journal of Psychiatry*, 61(5), 369–378.

Den varme stolen

Erfaring fra gestaltarbeid med grupper gir psykologen ferdigheter til å hjelpe organisasjoner gjennom snuoperasjoner.

REIDULV DYRKORN

Spesialist i organisasjonspsykologi

KONTAKT reidulv.dyrkorn@sflid.no

ILLUSTRASJON Bendik Kaltenborn

Arbeid med grupper utgjør en vesentlig del av jobbinnholdet for mange psykologer. Det gjelder for kliniske psykologer, og det gjelder for de aller fleste organisasjonspsykologer. Som organisasjonspsykolog vil man ofte stå overfor relasjonelle og gruppedynamiske problemstillinger som krever klinisk innsikt og personlige ferdigheter i bruk av ulike intervensjonsmetoder. Endrings- og omstillingsprosesser i organisasjoner har for eksempel store implikasjoner på gruppe- og individnivå. Såkalte snuoperasjoner i organisasjoner betyr uvilkårlig at grupper og personer kan få sin arbeidssituasjon snudd opp ned. Slike situasjoner kan medføre følelsesmessige påkjenninger og tilpasningsproblemer som gjør det aktuelt å søke bistand fra en organisasjonspsykolog. Uten klinisk innsikt og erfaring fra arbeid med grupper vil repertoaret av ferdigheter lett bli for begrenset til å kunne gi relevant hjelp.

I en artikkel i *Tidsskrift for Norsk psykologforening* går det frem at psykologistudiene i Norge ikke prioriterer å skolere studentene i gruppeterapeutisk teori og metode (Westeren, 2014). Det oppfatter jeg som beklagelig, fordi disse metodene har et betydelig potensial i arbeid med organisasjoner og team.

Denne artikkelen belyser hvordan bidrag hentet fra en klinisk tradisjon – gestaltterapeutisk teori og metode – kan brukes i arbeid med grupper og team.

FRITZ OG LAURA PERLS

Ekteparet Fritz og Laura Perls praktiserte i mange år som psykoanalytikere før de utviklet sin egen terapiform. Begrepet gestaltterapi ble offisielt introdusert ved utgivelsen av boken *Gestalt Therapy: Excitement and Growth in the Human Personality* (Perls, Hefferline & Goodman, 1951). Forut for utgivelsen var det uenighet om valg av tittel på boken. Paul Goodman anså betegnelsen gestaltterapi som for esoterisk. Laura Perls argumenterte for at boken burde hete Eksistensiell terapi, mens Ralph Hefferline ville benytte tittelen Integrativ terapi. Fritz Perls vant imidlertid frem med sitt syn om å benytte betegnelsen Gestaltterapi (Barlow, 1981).

Alle de tre boktitlene er relevante. Gestaltterapi er påvirket av eksistensialisme med særlig referanse til Heidegger, Buber og Kierkegaard (Crocker, 1999). Gestaltterapi er integrativ ut fra sin holistiske og relasjonelle forståelse av hva



det vil si å være menneske. Med sitt utgangspunkt i fenomenologisk metode legger gestaltterapi vekt på at alle aspekter ved et fenomen har krav på oppmerksomhet og interesse (Dyrkorn, 2014).

HVA ER GESTALTEN?

Navnet gestaltterapi understreker tilknytningen til gestaltpsykologisk tenkning om læring og persepsjon. Kort definert anvendes begrepet gestalt om det som til enhver tid trer i forgrunnen for vår oppmerksomhet. Det kan dreie seg om bestemte tanker, følelser, kroppsfornemmelser, aktualiserte behov eller inntrykk fra omverdenen. Det som trer i forgrunnen for oppmerksomheten, er alltid rammet inn av en bakgrunn og kontekst. Dybdeforståelse av et fenomen innebærer å avdekke mer av bakgrunnen for fenomenet.

I gestaltterapeutisk praksis er det for eksempel like vesentlig å vie oppmerksomhet til hva

en person uttrykker med kroppsspråket, som å forholde seg til innholdet i hva personen uttrykker verbalt. En person som forteller om en følelse av tristhet og gjør det med tårer i øynene, formidler et annet helhetsinntrykk enn en person som uttrykker sin tristhet med et smil. Fenomenet tristhet har vanligvis også bakgrunn i relasjonelle sammenhenger som er viktig å forstå.

En person som uttrykker sin tristhet med et smil, formidler en gestalt som er flertydig. Tristhet som ledsages av tårer, er slik sett en gestalt som fremtrer mer kongruent enn tristhet som ledsages av et smil. Som terapeut kan man ikke vite sikkert hvilken funksjon smilet tjener. Sannsynligvis vet ikke personen det selv. Smilets skjulte betydning må oppdages, og kan da få karakter av det som i gestaltpsykologien beskrives som en aha-opplevelse.

En mulig hypotese om smilets funksjon kan være at personen ikke kjenner seg trygg nok på terapeuten til å ville eksponere sin følelse av tristhet og sårbarhet. Denne hypotesen illustrerer betydningen av at man som gestaltterapeut tenker relasjonelt og feltteoretisk. Feltteoretisk tenkning innebærer blant annet at man vurderer hvilke situasjonsbetingelser og sannsynlige påvirkningskrefter som er virksomme i persons aktuelle situasjon. Det innebærer også at man er vår for hvordan ens egen væremåte påvirker terapiprosessen. Kurt Lewins feltteori står

sentralt i den gestaltterapeutiske tenkemåten (Dyrkorn, 2014). Det kommer jeg tilbake til.

Fra 1950-tallet og frem til i dag er det opprettet et stort antall gestaltinstitutter over store deler av verden. I tillegg til terapiutdannelse gir mange av instituttene kurs og utdannelsesstilbud innenfor ledelses- og organisasjonsutvikling. Til tross for at gestaltterapeutisk tenkning har fått stor utbredelse blant annet innenfor teamutvikling og gruppeveiledning, er det skrevet relativt få artikler og bøker som omhandler gestaltterapeutisk arbeid i grupper. Dette forholdet står i en viss kontrast til at Fritz Perls har beskrevet gruppe-terapi som mer effektiv enn individuell terapi (Perls, 2012).

«THE HOT CHAIR»

Arbeidsmåten Fritz Perls benyttet i gruppene han ledet, beskrives av flere som individuell terapi i en gruppe (Feder, 2013). Perls arbeidet med én og én person etter hvert som de plasserte seg i den ledige stolen ved siden av ham («the hot chair»). Det er likevel åpenbare forskjeller mellom å drive individuell terapi i det lukkede rom og å gjøre det i nærvær av en gruppe med andre mennesker. I feltteoretisk forstand er de to situasjonene vesensforskjellige. I henhold til Kurt Lewins feltteori vil menneskers atferd bare la seg forstå ut fra sin(e) sammenheng(er). Som individer er vi til enhver tid del i et fysisk og sosialt felt som vi både påvirker og påvirkes av. Det gjelder enten vi er oppmerksomme på denne påvirkningen eller ikke.

Graden av oppmerksomhet om hva vi påvirkes av, og hvordan vi lar oss påvirke, er i seg selv en viktig feltbetingelse. Når vi erkjenner det som er, «endres det som er» og får ny mening (Beisser, 1970). Endringsprinsippet som Beisser peker på, gjelder ikke minst følelser. Når jeg erkjenner og tar innover meg hva jeg faktisk føler, endres betingelsene for hvilke handlingsvalg som åpner seg. Hvis jeg derimot ikke rommer følelsene lenge nok til å erkjenne hva jeg føler, øker faren for uoverveide affekt- og impulshandlinger.

FELTTEORI

Et felt kan defineres som summen av gjensidige påvirkningskrefter i en gitt situasjon. Det betyr at individuell atferd alltid er bestemt av et dynamisk samspill mellom personforutset-

ninger og av fysiske/sosiale situasjonsbetingelser. Rene individualpsykologiske årsaksforklaringer gir derfor en ufullstendig forståelse av menneskers atferd og beveggrunner.

Ut fra et feltteoretisk utgangspunkt lar det seg forstå at Fritz Perls erfarte arbeidet i gruppene han ledet, som en mer effektiv og kraftfull terapeutisk tilnærming enn tradisjonell individuell terapi.

En terapisisituasjon vil gjerne oppleves som mer intens og aktiverende med andre mennesker til stede. Tilstedeværelsen av andre mennesker utgjør en bakgrunnsfaktor som kan påvirke hva som skjer eller ikke. Selv om Perls ikke inviterte gruppemedlemmene til å delta i den pågående terapiprosessen, så kommuniserte de like fullt sin deltakelse og følelsesmessige involvering på ikkeverbale måter. Det kan for eksempel ha vært i form av smil og latter eller av hjertesukk og tårer. Slike reaksjoner vil i større eller mindre grad virke inn på den terapeutiske relasjonen og på prosessens videre forløp.

De som frivillig plasserte seg i den ledige stolen ved siden av Fritz Perls, må ha vært berørt og påvirket av hva som skjedde før de selv satte seg i den såkalte varme stolen. Når man lytter til andres personlige betroelser, kan det være en sterk gjenkjennelsesfaktor. Den som lytter, kan bringes i nær kontakt med opplevelser og hendelser i sitt eget liv. Derfor kan det også skje at personer som observerer en pågående terapiprosess, blir like følelsesmessig berørt som personen som sitter i stolen.

En slik emosjonell aktivering vil kunne utløse et ønske om selv å sette seg i den «varme stolen». Man er aktivert og tødd opp. Kurt Lewin anser dette som den første viktige fasen i en endrings- og utviklingsprosess. Å være aktivert og tødd opp betyr at grensene vanligvis flytter seg når det gjelder grad av åpenhet og mottagelighet for nye impulser og opplevelser. Det som skjer «her og nå» og fra øyeblikk til øyeblikk, kan dermed få opplevelseskvaliteter som gjør tilstedeværelsen mer vital, spontan og utviklingsfremmende.

Terapigruppene til Fritz Perls foregikk som internatsamlinger på Eselan Institute i California. Gruppedeltakerne bodde på stedet og spiste måltidene sine sammen. Høyst sannsynlig snakket de sammen om tanker og følelser de opplevde under terapisamtalene. Emosjonelle opplevelser kan gi et påtrengende behov

for å dele opplevelsene med hverandre som en måte å bearbeide og assimilere slike erfaringer på. Deltakerne i gruppene til Perls hadde med andre ord rike muligheter til å komme nær seg selv og hverandre. De ulike feltfaktorene som er beskrevet her, understreker omgivelsenes og gruppens potensielle betydning for de individuelle terapisaftaler.

I organisasjonspsykologisk arbeid med grupper og team er det vanlig å legge felles samlinger til andre steder enn arbeidsplassen nettopp for å skape mest mulig optimale rammebetingelser. Jeg pleier å plassere gruppens deltakere i ring og uten bord imellom. Det er en feltbetingelse som gjør det mulig for alle å følge hverandre med blikket, og legge merke til den ikkeverbale kommunikasjonen. Dynamikken i en gruppe spiller seg ut både i den verbale og i den ikkeverbale kommunikasjonen.

GESTALTBASERT GRUPPEPRAKSIS

Det er god grunn til å berømme og kreditere Fritz Perls for å ha vært en av de første til å flytte terapisisituasjonen ut av kontoret og inn i en gruppekontekst. Det inspirerte andre gestaltterapeuter til å gjøre det samme. Gestaltterapeutisk arbeid i grupper ble dermed mer utbredt. Dette ga igjen muligheter for at det ble eksperimentert og utviklet innovative metoder for arbeid med grupper.

I en amerikansk undersøkelse av gestaltbasert gruppepraksis fra 1976 ble det funnet at mer enn to tredeler av terapeutene kombinerte Fritz Perls' «hot chair»-tilnærming med andre intervensjonsmetoder. Senere oppfølgingsstudier har vist en økende trend i så måte (Feder, 2013). Mange av intervensjonene går ut på å involvere gruppens medlemmer i terapiprosessen og på den måten utvikle og utnytte gruppens iboende ressurser.

Kurt Lewin har vært en viktig inspirasjonskilde når det gjelder å anvende og utvikle ressursene i en gruppe. Lewin er kjent for sine gruppestudier ved Massachusetts Institute of Technology (MIT) i USA. Lewin var den første som brukte begrepet gruppedynamikk i beskrivelsen av de kreftene som påvirker prosesser i en gruppe (Yalom, 1975). Lewin introduserte også begrepet feedback som betegnelse for metoden med å melde tilbake observasjoner av prosessen og dynamikken i en gruppe. På den måten ble det mulig for gruppens medlemmer

å samarbeide og regulere seg på bedre måter i forhold til hverandre.

Gestaltbaserte intervensjonsmåter som bruker mangfoldet og ressursene i en terapi-gruppe, lar seg også tilpasse andre typer av grupper. Det gjelder blant annet arbeid med grupper knyttet til ledertrening, teamutvikling, og veiledning/coaching. I gruppeterapi vil bearbeiding og hjelp med ulike typer av psykiske og relasjonelle problemer være det sentrale. Målsettingen med gruppeveiledning og teamutvikling dreier seg primært om forhold som har å gjøre med gruppedeltakernes arbeidssituasjon. Det er grupper som ikke har et eksplisitt terapeutisk formål. Slike grupper kan likevel fungere terapeutisk i den grad gruppen ledes på måter som bidrar til å utvikle et fortrolig fellesskap, og at man vil hverandre vel.

FELLES SKJEBNE

Lewin legger vekt på at medlemmer i en gruppe deler felles skjebne (Dyrkorn, 2014). Det vil si at alt som skjer i gruppen, virker inn på samtlige av gruppens medlemmer og på gruppen som sådan. Normer, rollemønstre og maktforhold som etablerer seg i en gruppe, utgjør viktige gruppedynamiske faktorer som påvirker gruppens utvikling og samspill. Valg av intervensjoner i en gruppe har en åpenbar sammenheng med hva man som terapeut eller gruppeveileder er oppmerksom på. I arbeid med grupper ligger det en fare for at man som terapeut eller gruppeveileder gjør seg selv for sentral. Hvis man kun er trent i arbeid én-til-én, er det lett å henfalle til samme type metodikk i arbeidet med grupper. Det betyr at gruppens ressurser og iboende klokskap ikke blir godt nok utviklet og utnyttet. Intervensjoner på individnivå trenger derfor å suppleres med intervensjoner på relasjons- og gruppenivå.

PROSESSINTERVENSJONER

Ifølge Kurt Lewin kan prosesser i en gruppe analyseres på individ-, relasjons- og gruppenivå. Intervensjoner kan rettes mot alle tre nivåer. Valgmulighetene når det gjelder intervensjoner, blir dermed langt mer varierte og komplekse sammenlignet med individuell terapi og veiledning. I gestaltarbeid med grupper er det utviklet et bredt spekter av intervensjonsteknikker (se Dyrkorn, 2014).



Gestalt-
terapi er
påvirket av
eksistensi-
alisme
med særlig
referanse til
Heidegger,
Buber og
Kierkegaard





Som individer er vi til enhver tid del i et fysisk og sosialt felt som vi både påvirker og påvirkes av

I denne sammenhengen skal jeg gå nærmere inn på en type prosessintervensjon som i gestaltlitteraturen betegnes som et eksperiment. Formålet med eksperimenter er å utforske et fenomen med sikte på å oppdage nye sammenhenger og perspektiver. Eksperimenter i terapi og veiledning er med andre ord en form for læring gjennom å oppdage. Eksperimenter kan brukes på individ-, relasjons- og gruppenivå.

Individnivå

I en veiledningsgruppe forteller Jarle at han føler seg overhørt og neglisjert i jobbteamet han er medlem av. Flere medlemmer av jobbteamet har en tendens til å dominere samtalene i møtene. Det gjelder også teamets leder. Jarle har ofte opplevd å bli avbrutt midt i en setning. Han er derfor blitt mer tilbakeholden med å gripe ordet. Jarle har så langt ikke tatt opp problemet med sin leder eller andre medlemmer i teamet.

Det er mulig å se for seg flere typer av eksperimenter som kan være til hjelp for Jarle. I første omgang vil det være nærliggende å sjekke ut hva Jarle føler i situasjonen han beskriver. Gitt at Jarle gir uttrykk for å føle seg frustrert, kan han inviteres til å fremkalle følelsen av frustrasjon «her og nå». Når vi bringer Jarle i kontakt med sin frustrasjon vil det bli lettere for ham å finne de ordene som best dekker hans opplevelser. Fortsettelsen av eksperimentet kan da bestå i å invitere Jarle til å formulere en serie setninger som innledes med ordene: *Jeg er så frustrert at jeg har aller mest lyst til å ...*

Kanskje vil Jarle høre seg selv si høyt at han aller mest har lyst til å slå i bordet overfor sin leder. Jarle vil kanskje oppdage at han er mer frustrert enn han ante. Han blir oppmerksom på hvor sterkt han ønsker å gjøre noe med situasjonen. Han ser for seg at han vil be om en medarbeidersamtale med sin leder. En forlengelse av eksperimentet kan da gå ut på at Jarle rollespiller og tørrtrener på en slik samtale.

Gitt at medlemmene i veiledningsgruppen lytter med interesse til hva Jarle sier, kan eksperimentet avsluttes med at han sier noen ord om hvordan det føltes å bli lyttet til. Det vil bidra til å understreke for hele gruppen hvilken betydningsfull forskjell det er å bli lyttet til versus å bli overhørt og neglisjert.

Relasjonsnivå

Relasjonelle problemstillinger som opptrer i en familie- og/eller arbeidssituasjon, vil kunne repeteres i de relasjonene som utvikler seg mellom medlemmene i en trenings- og veiledningsgruppe. Det man har brent seg på i én sammenheng, bidrar ofte til at man er spesielt sensitiv for at det samme gjentar seg i nye situasjoner. Paradoksalt nok kan man selv bidra til at så skjer, men uten å være oppmerksom på hvordan egen atferd påvirker situasjonen. Det kan for eksempel være at Jarle har for vane å snakke så lavt og omstendelig at han ikke blir lyttet til av grupped medlemmer med lav toleranse for omstendelig og lavmælt tale.

På et eventuelt spørsmål om Jarle føler seg oversett og dominert av noen i veiledningsgruppen, vil han kanskje gi et bekræftende svar. Kanskje vil han nølende gi uttrykk for at han kjenner seg dominert og avbrutt av Ingolf. Ved at Jarle snakker ut om dette, er det skapt muligheter for at han og Ingolf kan snakke nærmere sammen. Følgende eksperiment kan bidra til dette:

Jarle kan inviteres til å føre en samtale med Ingolf i noen minutter. Ingolf kan da instrueres om å avbryte Jarle flere ganger i minuttet. Det er å sette forstørrelsesglass på fenomenet dominans og avbrytelser. Fenomenet vil tre frem som en tydeligere gestalt som lettere vil påkalle en reaksjon. I en runde nummer to av eksperimentet kan Ingolf instrueres om å være særdeles lyttende og forståelsesfull. Resultatet vil kanskje være at Jarles lavmælte og omstendelige tale blir mindre fremtredende nettopp ved at han føler seg mer inkludert og lyttet til. Ingolf vil på sin side kunne erfare verdien av å innta en mer lyttende holdning enn han har for vane. En god avrundning av et slikt eksperiment kan bestå i at alle i gruppen sier noe om egne erfaringer knyttet til å skape betingelser for en god dialog og samarbeid.

Gruppenivå

Kreative eksperimenter kan bidra til å skape bedre fokus og energi i en gruppe når samtalen er for springende eller preges av mangel på engasjement og en varierende deltakelse. Temaet dominans og avbrytelser kan også utformes som et gruppeeksperiment. Gruppens medlemmer kan for eksempel inviteres til å snakke i munnen på hverandre og konkurrere om å avbryte hverandre. Det vil sannsyn-

ligvis utløse en kaoslignende tilstand som trolig vil ende opp i latter. Det å le sammen virker frigjørende og kan bidra til å bygge samhold og trygghet i en gruppe. Det blir mulig å le når noen avbrytes, og det blir mulig å melde fra når man føler seg avbrutt.

AVSLUTTENDE KOMMENTARER

Arbeid med grupper utgjør som nevnt en betydelig del av jobbinnholdet for mange psykologer. I psykologarbeid med organisasjoner er det simpelthen ikke til å komme utenom. Det må ses i sammenheng med at gruppe og teamorganisering er blitt stadig mer vanlig i arbeidslivet (Dyrkorn 2014). Psykologisk ekspertise når det gjelder å utvikle gode relasjoner og prosesser i grupper, er sterkt etterspurt.

Profesjonsstudiet i psykologi hevdes å være en generalistutdannelse. Hvis man etter endt utdanning mangler basiskompetanse i arbeid med grupper, kan det stilles spørsmål om hvor langt generalistkompetansen rekker. Kanskje er det en idé at fagansatte ved avdelingene for klinisk og organisasjonspsykologi går sammen om å utvikle et felles studieopplegg i psykologisk arbeid med grupper. Som belyst i denne artikkelen har gestaltbasert teori og metode stor relevans i både klinisk og organisasjonspsykologisk arbeid. ✕

REFERANSER

- Barlow, A.R. (1981). Gestalt – antecedent influence or historical accident. *The Gestalt Journal*, 9, 35–54
- Beisser, A. (1970). The paradoxical theory of change. I Fagan, J. og I.L. Sheperd (red.) *Gestalt Therapy Now*. New York: Harper Row
- Crocker, S.F. (1999). *A well lived Life. Essays in Gestalt Therapy*. Gestalt Institute of Cleveland Press
- Dyrkorn, R. (2014). *Lederen og teamet – Gestaltbasert coaching og teamutvikling*. Oslo: Gestaltforlaget
- Feder, B. (2013). *Gestalt Group Psychotherapy. A practical Guide*. Ravenwood Press
- Perls, F., Hefferline, R., og Goodman, P. (1951). *Gestalt Therapy: Existence and Growth in the Human Personality*. The Julian press
- Perls, F. (2012): *From Planned Psychotherapy to Gestalt Therapy. Essays and Lectures 1945–1965*. The Gestalt Journal Press
- Westeren, I. (2014): Gruppeterapi: Løvetannbarnet. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 51, 624–628
- Yalom, I.D. (1975). *The theory and practice of Group Psychotherapy*. New York: Basic Books

Psykologtidsskriftet retter

Ved en inkurie ble Helene Amundsen Nissen-Lie feilsitert i saken «Forskerblikk på pakkeforløp» i juniutgaven av *Psykologtidsskriftet*. Under spørsmålet «Hvordan bør pakkeforløpene utformes for å fungere best mulig for ulike psykiske lidelser?», brukte Nissen-Lie depresjon som eksempel på en diagnose som kan behandles på ulike måter.

Hun ble sitert på følgende måte i juniutgaven:

– 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.»

Riktig sitat skal være:

– La oss ta depresjon som eksempel: Noen vil hevde at depresjon kommer av for lite serotonin i hjernen; i behandlingen gjelder det da å hemme reopptak i synapsene ved hjelp av SSRI-medikamenter. Andre vil hevde det kommer av et maladaptivt tankemønster som påvirker selvfølelsen negativt, andre igjen at det er ubearbejdet tap som ligger til grunn. Alle tre kan ha rett og man kan gå inn på ulike måter i behandlingen, men bare psykoterapi vil ha varig effekt, viser forskningen.

Psykologtidsskriftet beklager feilen. Riktig versjon av artikkelen er tilgjengelig på *Psykologtidsskriftets* nettgave.

VITENSKAPELIG ARTIKKEL

TIDSSKRIFT FOR NORSK PSYKOLOGFORENING 2016 S. 536-545 FAGFELLEVDERT

NANCY ELLEN DOS SANTOS, psykolog, Enhet for barn og familie, BUP Døgn, Sykehuset Innlandet. **TINE K. JENSEN**, Professor og psykologspesialist, Psykologisk Institutt UiO og Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress (NKVTS). **SILJE MØRUP ORMHAUG**, psykologspesialist, PhD. Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress (NKVTS)
KONTAKT dossantos.nancyellen@gmail.com

ER DET SÅ ILLE Å BLI SPURT OM TRAUMER?

Barns opplevelser av traumekartlegging i BUP

Mange klinikere vegrer seg for å spørre barn om traumer av frykt for at de skal bli opprørte. Vi finner ikke støtte for denne antagelsen i vår studie.

De siste årene har media og politikere rettet fokus mot forekomst og avdekking av vold og seksuelle overgrep (Barne-, likestillings- og inkluderingsdepartementet, 2014). To nye omfangsstudier har vist at så mange som mellom 9 og 30 % rapporterer om vold i hjemmet i barndommen, og rundt 10,2 % kvinner og 3,5 % menn rapporter om seksuelle overgrep før fylte 13 år i Norge (Myhre, Thoresen, & Hjemdal, 2015; Thoresen & Hjemdal, 2014). Selv om mange klarer seg bra etter å ha vært eksponert for traumer, viser en metastudie at i gjennomsnitt 15,9 % utvikler posttraumatisk stresslidelse, og vil ha behov for behandling (Alisic et al., 2014). Behandlingsstudier viser at barn og ungdom som har utviklet traumerelaterte plager, har god nytte av traumespesifikk behandling (de Arellano et al., 2014; Silverman et al., 2008), men for å lage en godt tilpasset behandlingsplan trenger terapeuter å vite om barnets livserfaringer og hverdagsliv. Dette innebærer også å vite om de er, eller har vært, utsatt for traumer, og om de har plager knyttet til dette (Pine & Cohen, 2002; Silverman et al., 2008). Kunnskap om traumer og relaterte plager kan gi verdifull diagnostisk informasjon som danner grunnlag for en behandlingsplan, og minsker risikoen for feildiagnostisering (Reigstad & Kvernmo, 2015). Vi vet imidlertid lite om barnas opplevelse av å bli spurt om traumeerfaringer. I denne studien har vi undersøkt hvordan barn og ungdom i BUP opplevde å bli spurt om sine traumeopplevelser.

ABSTRACT

*Is it really so upsetting?
 Traumatized children's reaction
 to screening and symptom
 assessment*

Researchers recommend trauma screening for retrieving information about trauma exposure. However, little is known about clients' reactions to screening. This article describes reactions to screening for trauma exposure and questions about trauma symptoms among 99 youths (10-18 years) referred to Child and Adolescent Mental Health Services in Norway. All had been exposed to one or more traumatic experiences and reported having significant posttraumatic stress symptoms. Results indicate that only 5 % reported high levels of distress, 14 % reported that the screening procedure was very boring, 4 % found the questions difficult and 32 % thought it was exciting to answer the questions. High levels of PTS-symptoms predicted distress. The youth who found the questionnaire most boring were reluctant to repeat the screening procedure. The results do not support the assumed risk associated with trauma screening.

*Keywords: trauma screening,
 children, emotional distress.*

Det er uklart hvor mange av dem som er henvist til BUP, som har vært utsatt for traumatiske hendelser. Vi kjenner ikke til noen norske studier som har undersøkt dette. I en nylig publisert svensk studie rapporterte hele 67% av barn i alderen 9–17 år som var henvist til BUP, at de hadde vært eksponert for vold i og/eller utenfor familien (Hultmann & Broberg, 2015). Den siste norske offentlige oversikten fra 2009 viste at alvorlige reaksjoner etter traumer, kriser eller katastrofer var den primære henvisningsgrunnen i kun 1,8 % av henvisningene til BUP (Sitter, 2010). I en studie ble det funnet at referanser til traume manglet i 40,2 % av henvisningene hos barn og unge som rapporterte om posttraumatiske stressreaksjoner over klinisk grense (Ormhaug, Jensen, Hukkelberg, Holt, & Egeland, 2012). I en annen studie fant Reigstad, Jørgensen og Wichstrøm (2006) stor diskrepans mellom ungdommers opplevde traumer og rapportering om traumer til behandler i BUP. Blant 129 BUP-pasienter i Nordland oppga 60,2 % av ungdommene i alderen 12–18 år å ha vært utsatt for minst ett tilfelle av mishandling eller neglekt. På landsbasis var imidlertid kun 1–3 % av ungdommene i BUP som hadde en traumatisk hendelse, oppgitt på ICD-10 akse 5.

For de fleste er noen temaer mer sensitive å snakke om enn andre. I en omfangsstudie av et representativt utvalg av ungdommer rapporterte 21,3 % av de som hadde vært voldtatt, og over halvparten av de som hadde vært utsatt for vold, at de aldri hadde fortalt noen om hendelsen (Myhre et al., 2015). Det var også bare rundt halvparten av ungdommene som hadde fortalt helsepersonell om sine opplevelser, eller om helseproblemer eller bekymringer de hadde som følge av hendelsen. Tallene varierte på bakgrunn av traumeopplevelse, men samsvarer med internasjonale studier (McElvaney, Greene, & Hogan, 2014). Disse studiene tyder på at faktiske traumer svært ofte ikke er kjent for behandleren. Dette gir en indikasjon om viktigheten av gode rutiner for å avdekke traumer hos barn og unge.

Erkjennelsen av at mange barn ikke uten videre forteller om traumatiske erfaringer, har ført til at det i internasjonale retningslinjer anbefales at alle barn henvist for behandling blir spurt om traumeopplevelser som del av inntaksvurderingen (NICE Guidelines,

2005). Studier har imidlertid vist at mange klinikere kvier seg for å spørre om traumeutsatthet fordi de er redde for at barna skal bli opprørte av å bli stilt slike sensitive spørsmål (Hultmann, Möller, Ormhaug, & Broberg, 2014; Read, Hammersley, & Rudegeair, 2007; Sprague et al., 2012). En slik vegring for å snakke om traumer gjelder både i forskning, psykisk helsevern og barnevern (Jensen, 2012; Langballe, Gamst, & Jacobsen, 2010; Read et al., 2007). Hultmann et al. (2014) undersøkte terapeuters opplevelser av å stille rutinemessige spørsmål om eksponering for partnervold, og intervjuet 14 klinikere fra en BUP i Sverige om deres erfaringer med screening av vold i nære relasjoner. De positive erfaringene handlet om at det var lettere å spørre etter vold og traumer når dette inngikk som et standardspørsmål. Samtidig ble det uttrykt bekymring for hvorvidt det å snakke om traumer ville være en for stor emosjonell påkjenning, at det kunne være opprørende for pasienten, og/eller at det kunne skade relasjonen til klienten.

Det foreligger lite forskning som belyser hvorvidt traumeutsatte barn og ungdom blir emosjonelt opprørte av spørsmål om traumer. I to befolkningsstudier fra USA har til sammen 8117 barn og unge blitt spurt om voldsutsatthet, seksuelle overgrep, mishandling i familien og mental helse (Finkelhor, Vanderminden, Turner, Hamby, & Shattuck, 2014; Zajac, Ruggiero, Smith, Saunders, & Kilpatrick, 2011). Maksimalt 6 % opplevde kartleggingen som opprørende i disse studiene. En av de få studiene som har undersøkt traumatiserte barns opplevelse av å bli kartlagt for stressreaksjoner, viser at kun 5 % av barna opplevde spørsmålene som opprørende eller at de ble triste (Kassam-Adams & Newman, 2005).

Formålet med denne artikkelen er å utforske hvordan traumeutsatte barn opplever å bli kartlagt for traumer og traumerelaterte plager. Vår hypotese er at grad av PTS-symptomer påvirker barnas opplevelse av traumekartleggingen, og at høyere symptomnivå vil predikere mer rapportert opprørthet ved kartleggingen. I tillegg forventet vi at de som hadde opplevd flere traumatiske hendelser, ville oppleve kartleggingen som mer belastende, og at de yngste barna ville synes det var mest vanskelig. Det var også forventet at jenter ville rapportere om høyere symptomnivå sammenlignet med gut-

Tabell 1: Beskrivelse av utvalget

	M (SD)	Min. – maks.	%
Alder	15,2 (2,2)	10–18	
Totalt antall traumer	3,4 (1,7)	1–8	
PTS-symptomer* T1	60,6 (20,2)	9–105	
PTS-symptomer T3	36,5 (25,5)	0–112	
Barnas selvrapporterte verste traumer			
	Utsatt for fysisk vold i familien		29,3
	Seksuelt misbruk utenfor familien		19,2
	Utsatt for fysisk vold utenfor familien		16,2
	Vitne til fysisk vold innad i familien		9,1
	Plutselig dødsfall / skade av en nær person		9,1
	Seksuelt misbruk innad i familien		8,1
	Ulykke		6,1
	Sykehusinnleggelse		1
	Ran		1
	Krig		1

Merknad: *PTS-symptomer målt med CAPS-CA (Clinical-Administred PTSD scale for Children and Adolescents). Tid 1: før behandling, Tid 3: etter behandling. PTS-symptomer består av symptomkategoriene: unngåelse, gjenopplevelse og fysiologisk aktivering. Klinisk cutoff er en skåre på 45.

ter, og at de derfor ville rapportere om mer opprørthet ved kartleggingen. Til sist forventet vi at de som rapporterte størst grad av opprørthet, ville være minst villige til å svare på slike spørsmål igjen.

METODE

Prosedyre og utvalg

Utvalget er hentet fra en randomisert behandlingsstudie av traumatiserte barn henvist til BUP (se Jensen et al., 2014). Studien ble utført av Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress (NKVTS), og godkjent av Regional Etisk Komité. Studien er finansiert av Helsedepartementet, Norges forskningsråd og Rådet for psykisk helse.

Utvalget består av 99 barn og unge mellom 10 og 18 år, fra behandlingsstudien, hvorav 82,8 % var jenter og 16,2 % gutter. Se tabell 1 for beskrivelse av utvalget.

Alle barna og ungdommene ble spurt om traumeopplevelser og symptomer på posttraumatisk stress ved første inntakstid på BUP, i tillegg ble de kartlagt for depresjon, angst og generell psykisk fungering før behandlingsstart. Samtlige deltakere hadde betydelige PTS-symptomer etter å ha opplevd én eller flere traumatiske hendelser. Kartleggingen foregikk på klinikkene og bestod av kliniske intervjuer og selvutfylling av skjema på PC. Barna ble kartlagt på tre tidspunkter; før behandling (T1), etter time seks (T2) og etter time 15 (T3). Kart-

leggingen hadde en varighet på 1 til 2 ½ timer, avhengig av funksjonsevne og symptomnivå. Etter T3 ble deltakerne bedt om å svare på en rekke spørsmål om hvordan de opplevde å bli kartlagt. Kartleggingen ble utført av kliniske psykologer.

Måleinstrumenter

Traumatic Events Screening Inventory for Children (TESI-C): Traumatiske opplevelser ble kartlagt ved hjelp av en sjekklister basert på TESI-C (Ribbe, 1996). Barna svarer ja eller nei på 12 potensielt traumatiserende hendelser som ulykker, naturkatastrofer, ran, vold i eller utenfor familien og seksuelle overgrep, osv.

Clinical-Administred PTSD Scale for Children and Adolescents: CAPS-CA er et strukturert klinisk intervju tilpasset barn og ungdom opp til 18 år (Nader et al., 2004). Intervjuet er utviklet for å kunne gjøre en diagnostisk vurdering av barn og unges posttraumatiske stress-symptomer og er basert på de 17 diagnostiske kriteriene for PTSD i DSM-IV. Spørsmålene blir skåret på en 5-poengsskala for vurdering av symptomenes frekvens og en 5-poengsskala for vurdering av intensiteten. Skårene blir satt på bakgrunn av barnets svar og en klinisk vurdering. Indre konsistens for totalskåren ved CAPS-CA var høy ($\alpha = 0,90$), og indre konsistens for symptomkategoriene varierte fra meget høy til tilfredsstillende (gjenopplevelse, $\alpha = 0,97$, unngå-



Det foreligger lite forskning som belyser hvorvidt traumeutsatte barn og ungdom blir emosjonelt opprørte av spørsmål om traumer



Tabell 2. Barnas opplevelse av kartleggingen – The Reaction Questionnaire

Variabel	M	SD	Median	Svarrespons %		
				1 eller 2	3, 4, 5	6 eller 7
Spørsmål 1 – Opprørende/Stressende	2,24	1,63	2	69,7 %	25,3 %	5 %
Spørsmål 2 – Interessant	3,52	1,79	3	32,4 %	53,5 %	14,1 %
Spørsmål 3 – Forvirrende	2,45	1,58	2	59,6 %	35,4 %	5 %
Spørsmål 4 – Vanskelig	2,38	1,61	2	61,6 %	34,3 %	4 %
Spørsmål 5 – Tid det tok	2,64	1,82	2	57,6 %	34,3 %	8,1 %
Spørsmål 6 – Emosjonell aktivering	2,65	1,17	3	1 20,2 %	2 eller 3 55,5 %	24,3 %
Spørsmål 7 – Svare igjen	1,8	,98	1	1 50,5 %	2 eller 3 40,4 %	4 9,1 %

else, $\alpha = 0,77$, og fysiologisk aktivering, $\alpha = 0,79$) (Jensen et al., 2014).

The Reaction Questionnaire: Dette skjemaet undersøker hvordan deltakere i en traumestudie opplevde å bli kartlagt for sine traumeopplevelser og påfølgende symptomer (Griffin, Resick, Waldrop, & Mechanic, 2003). Skjemaet består av totalt syv spørsmål, og de inkluderer rangering av opprørthet/stressnivå, interesse, forvirring og om spørsmålene oppleves som vanskelige. Spørsmålene inkluderer også hva de synes om tiden det tok å svare på alle spørsmålene, om følelser opplevd underveis, og om de vil delta igjen ved en senere anledning. Den norske versjonen ble oversatt og tilbakoversatt etter anbefalte prosedyrer. For å undersøke skjemaet på vårt utvalg gjennomførte vi en eksplorerende prinsippal komponentanalyse (PCA). Basert på PCA-resultatene og vurdering av konseptuell sammenheng ble seks av spørsmålene lagt sammen til tre samlede skåre (for barnas opplevelse av traumekartlegging): en samlet skåre for «emosjonell opprørthet» (spm. 1 og 6), en samlet skåre for «vanskelighetsgrad» (spm. 3 og 4) og samlet skåre for «kjedsomhet» (spm. 2 og 5). Ettersom skårene består av to ledd, benyttet vi Spearman-Brown reliabilitetsestimater som mål på indre konsistensvariabel (Eisinga, Grotenhuis, & Pelzer, 2013). Indre konsistens for den samlede skåren «vanskelighetsgrad» var $r_{SB} = 0,82$, og

for «emosjonell opprørthet» og kjedsomhet var den $r_{SB} = 0,52$. På bakgrunn av lav indre konsistensverdi for Spearman-Brown ved emosjonell opprørthet og kjedsomhet undersøkte vi interitem-korrelasjon ($r = 0,35$ for begge). Basert på akseptable verdier på Spearman-Brown reliabilitetsestimater og inter-item-korrelasjon ble de tre samlede skårene benyttet.

Analyser

Statistikkprogrammet SPSS versjon 22 ble brukt til statistiske analyser. For å undersøke hva som predikerte barnets opplevelse, brukte vi standard multippel regresjonsanalyse. PTS-symptomer målt med CAPS-CA etter behandling (T3), type traumer, antall traumer, kjønn og alder ble definert som uavhengige variabler, og reaksjonene emosjonell opprørthet, vanskelighetsgrad og kjedsomhet ble definert som avhengige variabler (regresjonsmodell 1–3). Standard multippel regresjonsanalyse ble også benyttet for å undersøke hvilke variabler som predikerte hvilke barn som ikke ønsket å bli kartlagt igjen (regresjonsmodell 4–5). Her undersøkte vi PTS-symptomer, antall og type traumer, kjønn, alder og barnas reaksjoner.

RESULTATER

Generelt ga barnas svar inntrykk av at de ikke opplevde kartleggingen som negativ eller belastende. Bare 5 % svarte at de opplevde kartleggingen som veldig opprørende, mens 69,7 %

sa de ikke syntes det var noe opprørende. 32,4 % svarte at kartleggingen var veldig spennende, mens 14,1 % svarte at den var veldig kjedelig. For 61,6 % var kartleggingen lett, mens 4 % syntes den var veldig vanskelig. De fleste (57,6 %) syntes kartleggingen tok sånn passe lang tid, mens 8,1 % syntes det tok for lang tid. Se tabell 2.

Resultatene viste at bare PTS-symptomnivå målt med CAPS-CA ved T3 predikerte hvor emosjonelt opprørende deltakerne opplevde kartleggingen, og hvor vanskelig de opplevde den da vi kontrollerte for andre variabler, som kjønn, alder, type traumer og antall traumer. Regresjonsanalyser for totalvarians i kjedsomhet var ikke statistisk signifikant ($F(5,85) = 1,51, p = 0,195$), og ingen av variablene i regresjonsmodellen predikerte hvor kjedelig deltakerne opplevde kartleggingen. Se tabell 3 for detaljer.

På spørsmål om deltakerne kunne tenke seg å delta på lignende kartlegging igjen, svarte 50,5 % at de kunne tenkte seg det, 40,4 % sa kanskje, og 9,1 % svarte at de absolutt ikke ville. Det var ikke opplevelsen av kartleggingen som emosjonelt opprørende som predikerte hvem som ikke ville svare igjen, men heller opplevelsen av kjedsomhet (tabell 4). Alder, kjønn, antall traumer, type traumer og PTS-symptomer etter behandling predikerte ikke hvilke barn som ikke ville svare igjen (se tabell 5.)

DISKUSJON

I denne studien ønsket vi å undersøke hvordan barn og unge henvist til BUP opplevde å bli spurt om sine traumeerfaringer og påfølgende traumerelaterte plager. Resultatene kan oppsummeres med at de fleste barna rapporterte at kartleggingen ikke var veldig emosjonelt opprørende. Barnas PTS-symptomnivå predikerte hvor emosjonelt opprørte de ble, og hvor vanskelig de opplevde kartleggingen. Det var ingen sammenheng mellom type traumer, antall traumer, kjønn og alder, og hvordan barna opplevde kartleggingen når PTS-symptomer ble kontrollert for. Barn som ikke ville svare på kartleggingen igjen, var de som oppga at de opplevde kartleggingen som kjedelig.

Flere studier viser at klinikere vegrer seg for å spørre barn om sensitive temaer fordi de blant annet frykter at barnet skal bli emosjonelt overveldet, at sensitive spørsmål vil påvirke den terapeutiske alliansen negativt, og at barnet vil slutte i behandling (Hultmann et al., 2014; Read et al., 2007; Sprague et al., 2012). I denne studien var det derimot få barn som opplevde kartleggingen som veldig emosjonelt opprørende. Flere opplevde det som kjedelig, og noen syntes spørsmålene var vanskelige. Det at så få ble opprørte over spørsmålene, sammenfaller med andre studier, der kun en liten prosentandel av deltakerne opplevde intervju-spørsmål om traumer og relaterte plager som opprørende (Finkelhor et al., 2014; Zajac et al., 2011). For klinikere er dette betryggende, ettersom det er nødvendig å vite om barns livsbetingelser for både å forstå barnets plager og sette dem i en sammenheng, og for å lage en tilpasset behandlingsplan.

Det var noen få barn ($n = 5$) som rapporterte at de ble veldig emosjonelt opprørte. Særlig barn med betydelige PTS-symptomer opplevde kartleggingen som opprørende. Det var ikke et overraskende funn, ettersom barn med posttraumatisk stresslidelse kan få gjenopplevelsesreaksjoner, og stressresponser kan aktiveres (Pynoos, Steinberg, & Piacentini, 1999). Resultatet sammenfaller med amerikanske befolkningsstudier, der barn og unge med høyere PTS-symptomer ble mer opprørte enn de med lavere PTS-symptomer (Finkelhor et al., 2014; Zajac et al., 2011). Det kan



Generelt ga barnas svar inntrykk av at de ikke opplevde kartleggingen som negativ eller belastende



Kun et fåtall svarte
at de absolutt
ikke ville svare på
spørsmålene igjen

Tabell 3: Hva predikerer barnets opplevelse av kartlegging av traumer og traumerelaterte plager?

Variablene	Ustand. B (SE)	p	95 % CI	Adj. R ²
Emosjonell opprørthet				0,234
PTS-symptomer T3	0,03 (0,01)	< 0,001	0,02 til 0,05	
Type traumer	0,01 (0,12)	0,943	-0,23 til 0,25	
Antall traumer	0,08 (0,09)	0,403	-0,10 til 0,25	
Kjønn	0,22 (0,43)	0,612	-0,63 til 1,06	
Alder	-0,02 (0,07)	0,799	-0,16 til 0,13	
Vanskelighetsgrad				0,145
PTS-symptomer T3	0,02 (0,01)	0,006	0,01 til 0,04	
Type traumer	-0,29 (0,15)	0,056	-0,58 til 0,01	
Antall traumer	-0,07 (0,11)	0,502	-0,29 til 0,14	
Kjønn	0,63 (0,52)	0,223	-0,39 til 1,66	
Alder	0,14 (0,09)	0,126	-0,04 til 0,31	
Kjedsomhet				0,033
PTS-symptomer T3	0,01 (0,01)	0,161	-0,00 til 0,03	
Type traumer	-0,13 (0,14)	0,364	-0,40 til 0,15	
Antall traumer	-0,18 (0,10)	0,086	-0,38 til 0,03	
Kjønn	-0,28 (0,48)	0,558	-1,25 til 0,68	
Alder	0,10 (0,08)	0,213	-0,06 til 0,27	

Merknad: PTS-symptomer T3 = posttraumatiske stresssymptomer etter behandling. Regresjonsmodell 1-3.

Tabell 4. Predikerer barnas opplevelse hvem som ikke vil svare igjen?

Variablene	Ustand. B (SE)	p	95 % CI	Adj. R ²
				0,234
Emosjonell opprørthet	0,07 (0,06)	0,278	-0,06 til 0,19	
Vanskelighetsgrad	-0,05 (0,06)	0,386	-0,17 til 0,07	
Kjedsomhet	0,29 (0,06)	< 0,001	0,17 til 0,41	

Merknad: Regresjonsmodell 4.

Tabell 5. Er det andre faktorer som predikerer hvem som ikke vil svare igjen?

Variablene	Ustand. B (SE)	p	95 % CI	Adj. R ²
				-0,01
PTS-symptomer T3	0,00 (0,05)	0,862	-0,01 til 0,01	
Type traumer	-0,05 (0,08)	0,564	-0,21 til 0,12	
Antall traumer	0,02 (0,06)	0,794	-0,11 til 0,14	
Kjønn	-0,46 (0,29)	0,118	-1,03 til 0,12	
Alder	-0,04 (0,05)	0,459	-0,14 til 0,06	

Merknad: PTS-symptomer T3 = posttraumatiske stresssymptomer etter behandling. Regresjonsmodell 5.

virke som om graden av opprørthet likevel er innenfor det barnet kan akseptere, ettersom de mest opprørte barna ikke er de samme som svarer at de ikke vil bli stilt spørsmålene igjen. For terapeuter betyr det at de kan spørre etter traumatiske erfaringer hos sterkt traumatiserte barn med høye symptomer tross deres reaksjoner. Det er viktig å huske at barnets emosjonelle responser er de samme som barnet selv erfarer hver dag i møte med traumepåminnere.

Barn som blir veldig emosjonelt opprørte, er det viktig at terapeuten møter med empati og varme, at de anerkjenner deres opplevelser, og at de validerer barnets følelsesreaksjoner som forståelige og ufarlige. Når barna i denne studien ble bedt om å beskrive hvordan de opplevde å gå i terapi, fortalte mange at selv om det å snakke om traumer var vanskelig, var det også det de selv tenkte var mest hjelpsomt (Dittmann & Jensen, 2013). Det foreligger undersøkelser som indikerer at det å kartlegge for traumer i seg selv kan ha en positiv effekt. En studie av barn i traumebehandling viste at barna hadde symptomlette allerede etter den første kartleggingen (Konanur, Muller, Cinnamon, Thornback, & Zorzella, 2015). Dette er i tråd med resultatene i en metaanalyse som viser at psykologiske kartleggingsprosedyrer kan ha en klinisk effekt i seg selv (Poston & Hanson, 2010). Dette kan være fordi det oppleves som en anerkjennelse av deres opplevelser når de blir spurt etter traumatiserende hendelser. Videre kan det å bli kartlagt for posttraumatisk stress bidra til at barna får en forklaring på, og en bedre forståelse av, symptomene sine. I denne studien svarte nesten en tredjedel (32,1 %) at de syntes spørsmålene var veldig interessante, noe som tyder på at de opplevde kartleggingen som relevant.

Vår analyse viste at det bare var barnas grad av PTS-symptomer på det tidspunktet de ble kartlagt (T3), som predikerte hvem som opplevde kartleggingen som vanskelig. Studien gir ikke noe svar på hva som kan gjøre kartleggingen mindre vanskelig for barna, men andre studier anbefaler at terapeuten stiller konkrete og direkte spørsmål (Myhre et al., 2015; Read et al., 2007). Slike spørsmål gjør at barna blir mindre forvirret. Det kan også være at barna syntes det var vanskelig å svare på spørsmålene på grunn av sine reaksjoner på spørsmålene, heller enn at spørsmålene i seg selv var vanskelige.

Noen barn opplevde kartleggingen som kjedelig. Dette er ikke overraskende, ettersom kartleggingen varte mellom én og to timer, og ble gjennomført flere ganger. Det var ingen sammenheng mellom hvor kjedelig barna syntes kartleggingen var, og barnets alder, kjønn, PTS-symptomer, type traumer eller antall traumer. Vi kan undre oss over om barna kunne synes spørsmålene var kjedelige hvis de var trøtte og strevde med å konsentrere seg, eller om det at det var «kjedelig», var en måte å uttrykke at det var vanskelig eller ubehagelig på. Studien undersøkte ikke andre mulige forklaringer på hvorfor noen barn opplevde kartleggingen som kjedelig, men andre studier har rapportert om lignende funn (Kassam-Adams & Newman, 2005).

Kun et fåtall svarte at de absolutt ikke ville svare på spørsmålene igjen. Dette var ikke de barna som hadde opplevde kartleggingen som opprørende. Dette var overraskende, ettersom flere terapeuter har uttrykt bekymring for at spørsmål om traumer kan være emosjonelt opprørende (Hultmann et al., 2014; Read et al., 2007; Sprague et al., 2012). I vår studie var det imidlertid de barna som opplevde kartleggingen som kjedelig, som ikke ville svare igjen. Dermed er barnets opplevelse av om kartleggingen er interessant eller kjedelig, mer avgjørende for om de vil svare på lignende spørsmål igjen, enn om de blir emosjonelt opprørte. Kanskje er det slik at det viktigste er om barnet opplever spørsmålene terapeuten stiller, som relevante, og om de angår dem og det de strever med. Selv om det er trist og opprørende, så gir det mening. Terapeuten bør forklare hvorfor det kan være nødvendig å snakke om disse tingene selv om de kan oppleves som vanskelig, opprørende eller kjedelig.

Styrker og svakheter ved studien

Studiens viktigste styrke er at det kliniske utvalget består av barn og unge i BUP som har vært utsatt for traumer med PTS-symptomer. Det foreligger ingen lignende studier som har undersøkt hvordan et klinisk utvalg av traumeutsatte barn og unge opplever å bli kartlagt for traumer og traumerelaterte plager. En annen styrke er at The Reaction Questionnaire barna fikk utdelt etter T3, var et anonymt selvutfyllingsskjema som barna kunne svare på uten å ta hensyn til kartleggeren. Begrensninger ved studien er blant annet at barnas opplevelse av

»

kartleggingen ble gjort ved avslutning av behandlingen, og at spørsmålet om hvordan de opplevde å bli kartlagt for traumer i begynnelsen av terapiforløpet, ble besvart retrospektivt. I tillegg ble deltakerne presentert en større kartleggingspakke enn det en vanligvis får i BUP, noe som kan ha påvirket deres opplevelse av kartleggingen som kjedelig og tidkrevende. Studien undersøker heller ikke andre variabler som kan ha hatt innflytelse på barnets opplevelse av kartleggingen, deriblant hvorvidt symptomer på angst, depresjon, generell fungering eller opplevelsen av hele terapiforløpet kan ha virket inn på opplevelsen av kartleggingen. Videre kan man spekulere over om begrepene «vanskelig» og «kjedelig» var uklare for barna i studien. Det kan tenkes at de svarte kjedelig når de egentlig mente vanskelig. Kartleggingen ble ikke utført av barnets egen terapeut, og man kan stille spørsmål ved om barnet ville ha opplevd kartleggingen annerledes dersom det hadde vært tilfelle. Jenter i tenårene er overrepresentert i utvalget. Det kan svekke generaliserbarheten til gutter og yngre barn. Utvalget omfatter heller ikke barn under 10 år, og resultatene gjelder derfor ikke for denne aldersgruppen.

KONKLUSJON

Denne studien er den første som undersøker hvordan barn og unge i BUP opplever å bli kartlagt for traumer og traumerelaterte plager. Den antatte risikoen ved å spørre om traumer støttes ikke i denne studien. De som opplevde kartleggingen som veldig emosjonelt opprørende, fullførte likevel behandlingsforløpet, og var villige til å svare på spørsmålene igjen. Vi mener det er knyttet større konsekvenser til å unnlate å spørre om traumeopplevelser og traumerelaterte plager, deriblant at traumene ikke blir avdekket, og at barn kan bli feildiagnostisert og ikke får tilpasset behandling. På bakgrunn av kunnskap om underrapportering av traumer anbefaler vi at alle terapeuter spør barn om de har opplevd ulike traumatiske hendelser. Å løfte opp dette temaet tidlig signaliserer også til barnet

at dette er ting vi vet barn opplever, og at BUP er et sted der det kan snakkes om. Terapeuten formidler også at dette er noe hun/han tåler å høre om. Dette er særlig viktig for barn som har opplevd at voksne ikke har trodd på dem, ikke har forstått dem eller har blitt lei seg eller sinte når barnet har forsøkt å fortelle om sine erfaringer. Det kan være at en terapeut som unngår å snakke om traumatiserende hendelser, kan modellere unngåelse og indirekte formidle til barnet at det er farlig og skremmende å snakke om det som har hendt. Hvordan en systematisk innføring av traumekartlegging bør gjennomføres som en naturlig del av inntaksvurderingen ved BUP, bør undersøkes og drøftes videre. Det er viktig å være klar over at ikke alle barn vil fortelle om overgrep eller andre typer traumer selv om de blir spurt innledningsvis, og at en videre utforskning av slike temaer også kan gjøres senere i terapien.

Selv om det ikke er grunn til å tro at det vil skje ofte, kan det være utfordrende for terapeuten å oppleve at spørsmål han/hun stiller, vekker sterke reaksjoner hos et barn med PTSD-symptomer. Da kan det være til hjelp å huske at dette er følelser barnet sannsynligvis nokså ofte har i møte med traumepåminnere. Det kan tenkes at de største barrierene mot å snakke med barn om deres traumatiske erfaringer ligger hos terapeuten selv. ✘

REFERANSER

- Alicic, E., Zalta, A. K., van Wesel, F., Larsen, S. E., Hafstad, G. S., Hassanpour, K., & Smid, G. E. (2014). Rates of post-traumatic stress disorder in trauma-exposed children and adolescents: meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry*, 204(5), 335–340.
- Barne-, likestillings- og inkluderingsdepartementet. (2014). *En god barndom varer livet ut. Tiltaksplan for å bekjempe vold og seksuelle overgrep mot barn og ungdom (2014–2017)*. Norge: Regjeringen.
- de Arellano, M. A. R., Lyman, D. R., Jobe-Shields, L., George, P., Dougherty, R. H., Daniels, A. S., & Delphin-Rittmon, M. E. (2014). Trauma-focused cognitive-behavioral therapy for children and adolescents: assessing the evidence. *Psychiatric Services*, 65(5), 591–602.
- Dittmann, I. & Jensen, T. K. (2013). Giving a voice to traumatized youth – Experiences with Trauma-Focused Cognitive Behavioral Therapy. *Child Abuse & Neglect*, 38, 1221–1230.
- Eisinga, R., Grotenhuis, M. T., & Pelzer, B. (2013). The reliability of a two-item scale: Pearson, Cronbach, or Spearman-Brown? *International journal of public health*, 58(4), 637–642.
- Finkelhor, D., Vanderminden, J., Turner, H., Hamby, S., & Shattuck, A. (2014). Upset among youth in response to questions about exposure to violence, sexual assault and family maltreatment. *Child abuse & neglect*, 38(2), 217–223.
- Griffin, M. G., Resick, P. A., Waldrop, A. E., & Mechanic, M. B. (2003). Participation in trauma research: Is there evidence of harm? *Journal of traumatic stress*, 16(3), 221–227.
- Hultmann, O. & Broberg, A. G. (2015). Family violence and other potentially traumatic interpersonal events among 9-to 17-year-old children attending an outpatient psychiatric clinic. *Journal of interpersonal violence*, 1–29.
- Hultmann, O., Möller, J., Ormhaug, S. M., & Broberg, A. (2014). Asking routinely about intimate partner violence in a child and adolescent psychiatric clinic: a qualitative study. *Journal of family violence*, 29(1), 67–78.

- Jensen, T. K. (2012). Intervjuer med barn og unge i spesielt vanskelige livssituasjoner- kan vi snakke med barn om alt? I E. Backe-Hansen & I. Frønes (Red.), *Metoder og perspektiver i barne- og ungdomsforskning* (s. 95–120). Oslo, Norge: Gyldendal Akademiske.
- Jensen, T. K., Holt, T., Ormhaug, S. M., Egeland, K., Granly, L., Hoaas, L. C., & Wentzel-Larsen, T. (2014). A Randomized Effectiveness Study Comparing Trauma-Focused Cognitive Behavioral Therapy With Therapy as Usual for Youth. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 43(3), 356–369.
- Kassam-Adams, N. & Newman, E. (2005). Child and parent reactions to participation in clinical research. *General Hospital Psychiatry*, 27(1), 29–35.
- Konanur, S., Muller, R. T., Cinamon, J. S., Thornback, K., & Zorzella, K. P. (2015). Effectiveness of Trauma-Focused Cognitive Behavioral Therapy in a community-based program. *Child abuse & neglect*(15).
- Langballe, Å., Gamst, K. T., & Jacobsen, M. (2010). *Den vanskelige samtalen. Barneperspektiv på barnevernarbeid. Kunnskapsbasert praksis og handlingskompetanse* (Vol. 2): Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatiske stress.
- McElvaney, R., Greene, S., & Hogan, D. (2014). To Tell or Not to Tell? Factors Influencing Young People's Informal Disclosures of Child Sexual Abuse. *Journal of Interpersonal Violence*, 29(5), 928–947.
- Myhre, M., Thoresen, S., & Hjemdal, O. K. (2015). Vold og voldtekt i oppveksten. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress.
- Nader, K., Newman, E., Weathers, F., Kaloupek, D. G., Krieger, J., & Blake, D. (2004). *Clinician-Administered PTSD Scale for Children and Adolescents (CAPS-CA)*. Los Angeles, CA: Western Psychological Press.
- NICE Guidelines. (2005). *Post-traumatic stress disorder: management*. United Kingdom: National Institute for Health and Care Excellence.
- Ormhaug, S. M., Jensen, T. K., Hukkelberg, S., Holt, T., & Egeland, K. (2012). Traumer hos barn – blir de glemte eller glemt? Kartlegging av traumatiske erfaringer hos barn og unge henvist til BUP *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 49(3), 234–240.
- Pine, D. S. & Cohen, J. A. (2002). Trauma in children and adolescents: Risk and treatment of psychiatric sequelae. *Biological Psychiatry*, 51(7), 519–531.
- Poston, J. M. & Hanson, W. E. (2010). Meta-analysis of psychological assessment as a therapeutic intervention. *Psychological Assessment*, 22(2), 203–212.
- Pynoos, R. S., Steinberg, A. M., & Piacentini, J. C. (1999). A developmental psychopathology model of childhood traumatic stress and intersection with anxiety disorders. *Society of Biological Psychiatry*, 46, 1542–1554.
- Read, J., Hammersley, P., & Rudegeair, T. (2007). Why, when and how to ask about childhood abuse. *Advances in Psychiatric Treatment*, 13, 101–110.
- 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, 58–66.
- Reigstad, B. & Kvernmo, S. (2015). ADHD – eller noe annet? *Tidsskrift-norsk psykologforening*, 52(4), 302–311.
- Ribbe, D. (1996). Psychometric review of Traumatic Event Screening Instrument for Children (TESI-C). I B. H. Stamm (Red.), *Measurement of stress, trauma and adaptation* (s. 386–387). Lutherville, MD: Sidran Press.
- Silverman, W. K., Ortiz, C. D., Viswesvaran, C., Burns, B. J., Kolko, D. J., Putnam, F. W., & Amaya-Jackson, L. (2008). Evidence-based psychosocial treatments for children and adolescents exposed to traumatic events. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 37(1), 156–183.
- Sitter, M. (2010). Barn og unge i det psykiske helsevernet ett år etter Opptrappingsplanen. Oslo: Helsedirektoratet.
- Sprague, S., Madden, K., Simunovic, N., Godin, K., Pham, N. K., Bhandari, M., & Goslings, J. (2012). Barriers to screening for intimate partner violence. *Women & health*, 52(6), 587–605.
- Thoresen, S. & Hjemdal, O. K. (2014). Vold og voldtekt i Norge – en nasjonal forekomststudie av vold i et livsløp. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress.
- Zajac, K., Ruggiero, K. J., Smith, D. W., Saunders, B. E., & Kilpatrick, D. G. (2011). Adolescent distress in traumatic stress research: Data from the National Survey of Adolescents-Replication. *Journal of traumatic stress*, 24(2), 226–229.

* Lenke til videreutviklet traumekartleggingsskjema: <https://www.nkvt.no/kartleggingsverktoy/>

Anbefaler måling av psykisk helse

Kunnskap om hvordan folk selv synes de har det, kan gi viktig informasjon om samfunnsutviklingen og være et nyttig styringsverktøy, mener Helsedirektoratet

Helsedirektoratet anbefaler måling av selvopplevd livskvalitet i en utredning som ble overrakt helse- og omsorgsministeren 21. juni.

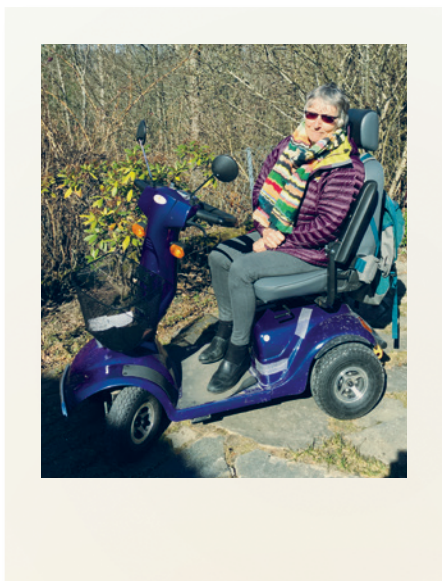
– Livskvalitet handler om det som gjør livet verdt å leve. Vi har gode målinger på fysisk helse i befolkningen, men vi har

ikke gode nok data på hvordan folk faktisk har det. Når vi vet hvor viktig trivsel er for helse, er det ønskelig å få dette bedre på plass, sier helsedirektør Bjørn Guldvog i en pressemelding.

Helsedirektoratet har samarbeidet med Folkehelseinstituttet, Statistisk sentralbyrå (SSB) og Velferdsforskningsinstituttet NOVA/Høyskolen i Oslo og Akershus om en utredning for hvordan befolkningens livskvalitet kan måles.

Skriveglede med Huntingtons sykdom

Jeg kjenner stor tilfredshet over å finne språklige uttrykk som karakteriserer kroppen min.



TEKST

Tove Berg,
pensjonert førsteamanuensis i norsk
ved Høgskolen i Akershus

FOR FIRE ÅR siden var jeg i full sving innenfor utdanningsfeltet. Jeg hadde stor arbeidsglede og arbeidskapasitet. Så fikk jeg diagnosen, 67 år gammel. Det var takras og sjokk på samme tid. Dette var ikke innenfor min forestillingsverden, sykdommen fantes ikke i min familie fra før. Det var å få et stempel i panna, som sa: «Du er sjelden.» Du tilhører en minoritet, du sluses gjennom en trang gang, du har en fryktelig sykdom, og livet ditt blir verre og verre.

Jeg trengte å få fotfeste. Jeg så dette som en joker i livet mitt, det spillkortet som kan skifte verdi, her var mitt genmateriale rotet til og arvelig til neste generasjon. Det er det verste å tenke på. Men samtidig: Dette kan jeg ikke noe for. Livet er ikke rettferdig i hvordan det spiller seg ut i generasjonene videre, hva vi rammes av og når.

Det hører med til min livshistorie at jeg ble enke i begynnelsen av førtiåra, med to smågutter. Faren deres døde av kreft. Enda godt at ikke min sykdom brøt ut samtidig.

Mens jeg stadig var i sjokktilstand, søkte jeg etter pasienterfaringer. Det var ingen å finne på norsk. Jeg leste *Learning to Live with Huntington's Disease. One Family's Story* av Sandy Sulaiman, delvis skrevet av en pasient. Den var god og sterk å lese. Og så tok jeg sats og skrev selv. Jeg skrev Huntingtonrefleksjoner, flere andre tekster som ble publisert forskjellige steder.

Slik ble livet, og livet må leves.

HUNTINGTONSTEMMER

Samtidig med at jeg ble sluset inn i denne pasientkategorien, med rehabiliteringsopphold på Vikersund Kurbad og oppstart som dagpasient på ressursenteret NKS Grefsenlia, tok jeg med meg ideen om å starte et skriveverksted blant med pasienter og personale. Jeg hadde aldri møtt noen andre enn meg selv med denne sykdommen, så jeg var veldig spent. Men ønsket om å skrive var veldig sterkt hos meg, jeg hadde uansett planer om det som alderspensjonist, å finne en gruppe å skrive sammen med. Skrivning gjør mange gode ting på en gang. Jeg har lang erfaring som skriveveileder i videregående og høyere utdanning, så her var jeg på trygg grunn. Skrivning har vært lystbetont for meg.

Jeg opplever det samme i skriveverkstedet blant medpasienter og personale som jeg gjorde med elever i videregående og etter hvert studenter i høyere utdanning: skriveglede, forbedring av tekster etter hvert, skaperglede, glede over å lese tekstene høyt, gode tilbakemeldinger til hver enkelt. Jeg opplever magiske menneskemøter.

Fysioterapeutene fronter fysisk trening og sier at det gjør godt for kroppen, immunforsvaret, og det gjør ingen skade. Jeg sier det samme om skrivning. Vi blir gode og varme i kroppen, vi har gjenkjennelse i hverandres

tekster, og vi husker bedre noe vi har skrevet og delt. Jeg vil gi et eksempel. En medpasient skrev under temaet dyr om rotta Mozart, som hun hadde elsket. Jeg kunne dele min erfaring fra da jeg jobbet i videregående: Det var en punkerperiode, og flere elever satt med rotta si under skjorta.

ELEFANTEN BOR STADIG I MEG

Høsten 2015 kom Liv Køltzow ut med romanen *Melding til alle reisende*. Liv Køltzow er nøyaktig like gammel som meg, og vi studerte sammen på Blindern. Hun debuterte som romanforfatter i tjuetåra. Jeg har en faglitterær identitet. Jeg leste boka samt intervjuer med henne, og fikk et kick på flere plan. Den er om Parkinsons fra innsida. Hennes innsida. «Det har vært livsviktig for meg å skrive denne boka. Det ligger en salighet i endelig å få sette ord på dette sirkuset» (Klassekampen 20.10.15). Jeg gjenkjenner mitt eget behov for å utforske min egen sykdom gjennom språket, og det er visst ingen andre enn meg i hele Norges land som gjør det.

Jeg kjenner stor glede over å finne språklige uttrykk som karakteriserer kroppen min. I artikkelen min «Omkostninger ved å bevege seg i verden med Huntingtons sykdom» (Fysioterapeuten 4/2015) var jeg veldig fornøyd med overskrifta, den er så tung, så tung. Jeg likte også godt uttrykket: «En elefant har tatt bolig i min kropp» og å karakterisere min egen skygge når jeg går som en flaksende kråke, elefanten bor stadig i meg. Dette kan jeg smile av. I samme artikkel bruker jeg mine egne barnebarn for å karakterisere kroppen min. Vi er ute på tur i skogen, barnebarna er fem og to. Femåringen er stifinner og løper foran til turmålet, lavvoen. Dere er så seine! Kommer dere ikke? Toåringen har struttemage akkurat som meg. Jeg tenker at for hennes kropp når de fysiske hindringene til midjen eller hodet, vi har samme fart. Mine hindringer fins ikke i naturen, men forsinkes av noe inni kroppen min. Hjernen min.

Anerkjennelse gjennom synlighet er viktig for meg. Denne sykdommen trenger kropp, ansikt, stemmer. Den har forskjellige uttrykk. Forverringen kan gå langsomt. Bevegelsene kan være mer forstyrrende for omgivelsene enn for oss selv. De gjør ikke vondt. Jeg ramler ikke, det bare virker sånn. Nei, jeg er ikke påvirket av noe.

LIVSREISEN

Jeg funderer på tittelen til Køltzow, *Melding til alle reisende*. Å reise er et godt bilde. Livsreise. Jeg fikk sykdommen i høy alder, dette må jeg ta. Funksjonstap. Hjelpemidler. Fartsfantom på spesialprodusert scooter, å få igjen bevegelsesfriheten er berusende. Jeg tar meg fram på T-bane, i sentrum, i marka, sommer som vinter. Jeg liker godt å dra ut alene, det har med menneskeverdet mitt å gjøre, og det er også noe med at det kan ta for mye oppmerksomhet fra kjøringa å skulle snakke samtidig.

Var det det jeg skulle, funderer hovedpersonen i Køltzows siste roman. Stemplet i panna, slusen inn i mørket slik jeg opplevde det som nydiagnostisert, sorgen min: Jeg trodde lyset ville gå før sommerferien. Men min språklige utforskerglede er like stor; om det gjelder rotta Mozart, elefanter, eller alvoret i denne diagnosen, og ikke minst: å snakke og skrive om sykdommen. Å bli sluset inn gjennom den trange gangen var til begynne med mørkt, frykten for at lyset ville gå før sommerferien, var reell. Men forverringen gikk sakte. Det var fagfolk rundt meg, de hadde en fagstolthet som kunne minne om min egen som lærer. En dans, med koreografi. Min egen livskraft, min tunge, til tider komiske kropp.

Så her er jeg, stadig utforskende i det som skjer med meg. ✕



Jeg så dette som en joker i livet mitt, det spillkortet som kan skifte verdi, her var mitt genmateriale rotet til og arvelig til neste generasjon. Det er det verste å tenke på

Endringsbransjen

Det viktigste ved Stangehjelpa er læringsprosessen, skriver Birgit Valla.

TEKST Birgit Valla, psykologspesialist og avdelingsleder ved Stangehjelpa

KONTAKT
birgit.valla@gmail.com

ILLUSTRASJON
Psykologtidsskriftet

En vårdag i 2013 kom daværende statssekretær Kjell Erik Øie og presidenten i Norsk psykologforening, Tor Levin Hofgaard, til Stange for å besøke tjenesten der jeg var leder. Da alle var vel installert rundt et pyntet møtebord, startet jeg med å fortelle hvilke prinsipper vi jobbet ut ifra, og hvilke resultater vi oppnådde. Øie var synlig imponert, og på et tidspunkt spurte han meg: «Men hva *gjør* dere egentlig?» Jeg så på ham og nølte. Så innså jeg at jeg ikke visste hvordan jeg skulle svare på det spørsmålet. Til slutt sa jeg bare: «Vel, vi *gjør* mange forskjellige ting, vi», og fortsatte med noen litt tåkete eksempler på hvordan vi jobber. I ettertid forstod jeg at grunnen til at jeg ikke hadde kunnet svare på spørsmålet, var at spørsmålet var feil stilt. Spørsmålet statssekretær Øie burde ha stilt, var: *Hvordan kommer dere frem til hva dere skal gjøre?*

Det er ikke *hva* vi *gjør*, som er vesentlig å beskrive, men prosessen som fører oss frem til *hva* vi *gjør*. Hvis vi forstår denne prosessen, vil vi også vite *hva* vi skal gjøre, ut ifra tilbakemeldingene vi får, og refleksjonene vi gjør oss. Det er læringsprosessen som er viktig.

Da statssekretæren stilte sitt spørsmål i 2013, hadde jeg bare så vidt fått anledning til å prøve ut mine teorier om hvordan man kan bygge en tjeneste basert på tilbakemeldinger fra dem vi skal hjelpe. Nå leder jeg den psykiske helsetjenesten i Stange kommune som heter Stangehjelpa, et tilbud til Stange kommunes befolkning på tvers av alder (voksne og barn)

og problematikk. Stange kommune er en mellomstor norsk kommune med 20 000 innbyggere, og Stangehjelpa består av cirka 30 ansatte (www.stangehjelpa.no). Etter hvert har vi opparbeidet oss mye erfaring med denne måten å jobbe på.

Høsten 2014 ga jeg ut boken *Videre – Hvordan psykiske helsetjenester kan bli bedre* (Valla, 2014). Siri Vikrem Austdal, en masterstudent i psykisk helsearbeid ved Høgskolen i Elverum, leste boken og ble interessert i å finne ut hvordan man jobber i en slik tjeneste, og hvordan det opplevdes for de ansatte. Sju erfarne terapeuter ble gjenstand for hennes forskning. Sitater fra hennes intervjuobjekter vil gå igjen i denne artikkelen (Austdal, 2015).

Å skape fremtidens psykiske helsetjeneste består mest av hverdag. Det er det vi *gjør* hver dag i tjenesten, som utgjør en forskjell. Jeg vil i det følgende beskrive grunntankene i Stangehjelpa og hvordan hverdagen ser ut, til inspirasjon for andre. Det er imidlertid viktig å presisere at fremgangsmåten vår ikke er en fasit, men en måte å kontinuerlig utvikle tjenesten på. Vi har prøvd ut ulike strukturer for å komme frem til *hva* som fungerer på et gitt tidspunkt, og kommer sannsynligvis til å endre på disse også i fremtiden. Det viktige er at man jobber systematisk med dette og planlegger godt.

PARADIGMESKIFTET

Ryggraden i måten vi har utviklet Stangehjelpa på, er tilbakemeldinger fra dem vi skal hjelpe,

direkte eller indirekte. Disse tilbakemeldingene blir aldri helt presise, uttømmende eller endelige, men har veiledet oss når bestemmelser om retning for tjenesten skal tas. Tilbakemeldingssystemet Feedback Informed Treatment (heretter FIT¹) (Miller & Bertolino, 2011) brukes som grunnleggende verktøy og gjennomsyrrer praksisen. Vi mener det er avgjørende for utvikling av tjenester at man bruker en eller annen form for tilbakemeldingsverktøy, men tror ikke nødvendigvis at ett er bedre enn et annet. I Stangehjelpa har vi valgt FIT fordi det er brukervennlig og tjener vårt formål. Andre tjenester har muligens andre behov og velger dermed annerledes. Det viktige er at man ønsker å forbedre seg, og da må man ha noen indikasjoner på hvor godt man lykkes med det man gjør.

På bakgrunn av tilbakemeldinger gjennom flere år har vi i Stangehjelpa mer eller mindre forlatt sykdomsmodellen og innretter ikke arbeidet vårt etter denne. Den danner ikke grunnlag som forståelsesmodell, og vi utformer ikke tjenesten etter dens tankesett. Vi må imidlertid forholde oss til sykdomsmodellen, fordi systemene rundt oss i stor grad baserer seg på den (f.eks. som forståelsesmodell hos spesialisthelsetjenesten og rettighetsgrunnlag hos NAV)

Et annet viktig aspekt ved Stangehjelpa er lett tilgjengelighet. Hos oss er alle som trenger hjelp, velkommen inn samme dør. Det viser seg at de fleste personer bruker den mengden hjelp de har bruk for, og ikke mer. Bekymringen for at folk vil bruke for mye psykisk helsehjelp hvis de har tilgang, er ubegrunnet. Overforbruk av tjenester skjer ikke fordi folk får feil metode eller feil diagnose. Det skjer fordi systemene våre ikke greier å identifisere og skille mellom hvem vi er til hjelp for – og hvem vi ikke lykkes med (Wampold & Imel, 2015). Vi gir derfor folk i Stange direkte tilgang til tjenesten, og de kan ta kontakt når de selv har behov for det. Vi mener at å skille dem som står for inntak, fra oss som skal gi hjelpen,

.....

1. Tidligere brukte vi i Stangehjelpa begrepet KOR (klient- og resultatstyrt praksis), men vi har nå gått bort fra dette begrepet, og bruker FIT i stedet. Dette er i tråd med utviklingen på feltet og terminologien i resten av Skandinavia.



Vi i Stangehjelpa har mer eller mindre forlatt sykdomsmodellen



er et feilgrep, fordi vi vet at det fører til mer frafall, dårligere resultater, mer bruk av tjenester og høyere kostnader.

Enkelte fagpersoner har inspirert arbeidet vårt ved Stangehjelpa, og noen fagbøker er som «pensum» å regne. Carol Dweck (2006), psykologiprofessor ved Stanford-universitetet i USA, har forsket på hvordan du ser på deg selv og dine egenskaper, noe hun beskriver som mentale innstillinger. Kunnskapen fra Dwecks forskning har mye til felles med kognitiv teori, som benyttes mye i tjenesten. Videre har vi bygget opp kunnskap om barns temperament, med utgangspunkt i Stella Chess og Alexander Thomas' (1996) grunnforskning, videreutviklet av flere fagpersoner senere. Kunnskap om trygge relasjoner hos barn og voksne er nødvendig for å hjelpe mange av dem som oppsøker oss. I tillegg kommer kunnskap om konsekvensene av traumatiske opplevelser. Jakko Seikkula (2000) og hans «Åpne samtaler» og «Nettverksmøter» er satsningsområder hos Stangehjelpa, som vi ser passer godt inn med verdiene våre. Litteratur som ser kritisk på psykiatrifeltet, er vi godt kjent med, blant annet Robert Whitakers kritiske gjennomgang av legemiddelindustrien (2010), James Davies' bok om diagnosesystemet (2013) og Robert Kindermans framtidsvisionære bok for det psykiske helsefeltet (2014). Til slutt nevnes Stephen Covey (1989) og hans 7 gode vaner. Vanene handler om hvordan vi skal ha det godt med oss selv og sammen med andre, og ligger til grunn for alt vi gjør.

Dette er på ingen måte en uttømmende liste. Vi er også opptatt av trening og aktivitet, arbeid, kosthold, natur, åndelighet og alle elementer av folks liv som berører hvordan de har det med seg selv og andre.

HVERDAGSLIVET

Det er krevende å gå fra en måte å arbeide på til en annen. Innenfor det nye paradigmet må vi i større grad være opptatt av hva klientene gjør *utenfor* terapirommet, som skaper endring. Mye av dette er egentlig ikke så tett knyttet til verken terapeuten eller faktorene i terapien. Vi har gått fra å være i terapibransjen til å være i endringsbransjen. Marianne Furuli i Stangehjelpa setter ord på utfordringene ved dette. Hun hadde brukt KOR (FIT) tidligere, men det var først etter arbeidet i Stangehjelpa hun så hvor krevende det faktisk er. Hun forteller:

Jeg har jobbet i psykiatrien i 23 år. Jeg gjør jo dette for å hjelpe folk, og det er en forventning om at vi skal hjelpe folk. Men jeg tror vi er litt for flinke til det. Tradisjonelt har vi kartlagt og vurdert og sitter klare med behandlingsprinsipper og metoder (...). Dette sitter i ryggmargen. Selv om jeg har spurt hva klientene ønsker, har jeg hatt en formening om hva som er best behandling. Etter at vi begynte å ta KOR [nå: FIT] på alvor, må jeg lene meg mye mer tilbake og bare høre hva klientene sier. Jeg må dvele mye lenger ved deres historie og ikke være så kjapp med løsningene. Når jeg gjør dette, oppdager jeg at jeg beveger meg mye mer over i alt det andre som er viktig for klientene. Da kan det vise seg at det er noe helt annet de ønsker enn det som stod i henvisningen, som krever helt andre løsninger enn behandlingsprinsippene som jeg automatisk ville ha kommet med. Dette er veldig slitsomt. Før visste jeg alltid hva jeg skulle gjøre ut fra problematikken, nesten på autopilot. Nå vet jeg ikke hva jeg skal gjøre, og vi kan avslutte en time uten å ha kommet frem til noe. Dette er krevende fordi da kjenner jeg på mine egne forventninger til meg selv om at jeg skal løse noe for klienten. (...) Å bruke KOR [FIT] slik er et mye større paradigmeskifte enn jeg hadde trodd. Man mister sin gamle identitet, som man har fått mye annerkjennelse for.

RIKTIGE FOLK PÅ RIKTIG STED

Når vi beveger oss fra terapibransjen og over i endringsbransjen, blir kompetansebehovet mer differensiert fordi vi berører flere sider ved menneskers liv. Vi vet heller ikke hva som vil være riktig for den enkelte, og behøver kompetanse på mange områder. Men for å bli virkelig gode til noe må den enkelte terapeut fokusere på spesifikke områder, og vi trenger å være i et team med andre som kan utfylle vår kunnskap. Alle skal ikke kunne alt, da blir ingen gode til noen ting. Å være i endringsbransjen er en lag-sport. Det er gjennom kreativt samarbeid at vi greier å skape synergi og oppnå resultater for klientene våre, som vi ikke hadde greid alene. Det er viktig med ulike profesjoner og kvaliteter hos de ansatte, der alle er likestilte med tanke på viktigheten av hva de kan bidra med.

Denne likestillingen av fagfolk kom også frem i Siri Austdals intervjuer under temaet «Profesjonsgrensene sprenges». En informant

sa: «Jeg kommer fra en kultur hvor man har fokus på profesjon, og er opptatt av hva som er innenfor mitt kompetanseområde, og hva som må henvises videre.» I en tilbakemeldingskultur ble arbeidet i større grad preget av en nysgjerrig holdning til klientens utfordringer og en tro på at man kan bidra, selv om det krever at man må bevege seg utenfor rammen av tidligere arbeidsoppgaver. Informantene uttrykte at det var anstrengende å skulle bevege seg utenfor det som var kjent. «Det var en utfordring å legge bort forventningen om at du skal prestere som en type profesjon. (...). Vi skulle favne alt, og i det lå det noe om at profesjon ikke spilte så stor rolle.»

Oppgavene i Stangehjelpa fordeles etter den ansattes engasjement, egne ønsker og spesifikke kompetanse. Vi vet at ingen profesjoner oppnår bedre resultater i terapi enn andre (Wampold & Imel, 2015), og dette har vært viktig å holde høyt i tjenesten, slik at alle opplever at de er like kompetente når det gjelder endringsarbeid. Ved nyansettelser rekrutteres folk som forstår hva tjenesten står for, har et eget ønske om å jobbe på denne måten og deler Stangehjelpas verdier og visjon.

I tillegg er det viktig å få riktig ansatt på riktig sted. Vi spesialiserer de ansatte til å bli gode på sine områder. Tanken om at alle skulle jobbe med alt, er forlatt, og de ansatte blir oppmuntret til og får ansvar for å utvikle tjenesten innenfor ulike satsningsområder. Stangehjelpa er derfor delt inn i sju faggrupper: Førskole, Barn og unge, Forebygging for voksne, Aktivitet og bistand, Rus, Eldre og Dagtilbud. Ut fra tilbakemeldingene fra klientene så vi at kompetanse på enkelte områder er svært etterspurt (f.eks. foreldreveiledning og angstproblematikk), og da ble det avgjørende at mange ansatte besitter denne, mens noe problematikk ser vi sjeldnere (f.eks. sorg hos barn og suicidalproblematikk), og derfor er det bare noen få som besitter denne. Alle måtte imidlertid lære seg å lære. En forståelse for hvordan den enkelte skal utvikle seg som terapeut med utgangspunkt i tilbakemeldinger fra klientene, er noe alle de ansatte lærer opp i, og omtales som *bevisst målrettet trening* («deliberate practice») (Valla, 2014). Dette er grunnlaget for deres egen utvikling. En av Austdals informanter sa: «Det handler ikke om å gå på et kurs her og et kurs der. Dette er en mer målrettet måte å skaffe seg kunnskap på. Det må være knyttet til det du trenger, og til resultat.»

FRA TERAPIEKSPERT TIL ENDRINGSEKSPERT

Samtidig som tilbakemeldingspraksisen krever mer av den ansatte og legger opp til utvikling og læring, må den ansatte paradoksalt nok fjerne seg fra ekspertrollen i tradisjonell forstand. I en tradisjonell ekspertrolle har fagpersonen svarene og vet på forhånd hva som er best for klienten. En av informantene til Austdal sa: «Det handler om å finne ut av ting sammen. Jeg har jobbet masse med å frigjøre meg fra tradisjonen, der det forventes at du skal vite hva det er med meg når jeg har vondt.» En utfordring ved å forlate den tradisjonelle ekspertrollen er at mange terapeuter da tror at de skal forlate all den kunnskap de har opparbeidet seg, at den ikke er noe verdt, eller at de ikke kan bruke den til noe i det nye paradigmet. De kan føle frustrasjon ved at alt de har brukt så mange år på å lære seg, ikke er viktig lenger.



Det finnes ikke endelige resultater



For at de ansatte skal føle mestring og føle seg kompetente, er det viktig å kommunisere at de ikke skal forlate all tidligere kunnskap, de skal bare lære å bruke den på en annen måte. Den nye måten er kanskje mer krevende enn de er vant til, men de vil da kunne ta i bruk kunnskapen sin på en måte som gir bedre resultater. De vil også lære seg å supplere kunnskapen på en måte som blir mer hensiktsmessig for egen utvikling og til bedre hjelp for klientene. For at man skal lykkes med dette, må man sette de ansatte i stand til å arbeide og bruke kunnskapen på en annerledes måte. I Stange har vi gjort dette gjennom interne fagmøter, veiledning og tilgjengelige kollegaer. Nøkkelpersonene og kulturbærerne er viktige for å bære den nye tankegangen og overføre den til sine kollegaer. Lederen har en viktig rolle, men kan ikke greie dette alene.

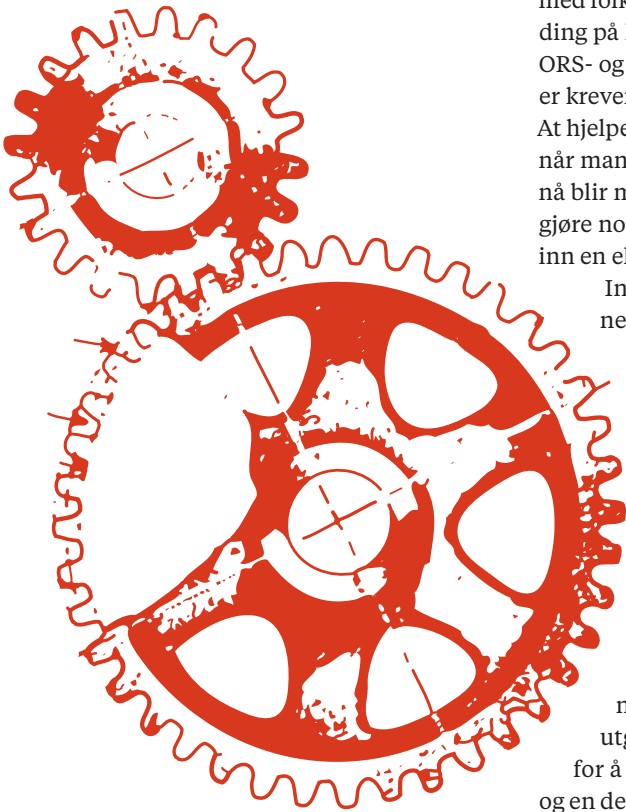
VÆR OPPTATT AV RESULTATER

FIT består av to tilbakemeldingsskalaer, ORS (Outcome Rating Scale) og SRS (Session Rating Scale). ORS forteller oss om det vi gjør sammen med folk, er til hjelp for dem, om de får det bedre. SRS gir oss tilbakemelding på hvordan de opplever samarbeidet med oss. I Stangehjelpa skal ORS- og SRS-skårer innhentes fra alle klientene. Et fokus på resultater er krevende for de ansatte fordi de blir klar over hva som ikke fungerer. At hjelpen ikke fungerer for en del av klientene, er ikke noe som oppstår når man innhenter resultater, det faktum har vært der hele tiden, men nå blir man bevisst det på en annen måte, og det forventes at man skal gjøre noe med det. Man kan ikke bare fortsette som før, men må legge inn en ekstra innsats for å gjøre ting annerledes.

Informantene i Austdals studie snakker om det sårbare med å få negative tilbakemeldinger: «Selv om det kan være utfordrende og vondt å ta imot tilbakemeldinger, så tenker jeg at uansett hva det gjelder, så vil jeg heller ha en tilbakemelding enn at det ikke blir sagt.» Austdal skriver i sin oppgave at å skape et godt klima for tilbakemelding kan se ut til å henge sammen med hvilken innstilling terapeuten skaper til de røde skårene (negativt utfall), noe følgende sitat beskriver: «Vi burde egentlig hige etter den røde skåren; hva kan jeg gjøre annerledes, hva savnet du?»

Selv om vi er en resultatstyrt tjeneste, er det viktig å formidle at resultatene alltid er forbigående og ikke et endelig mål i seg selv. Å utvikle en læringskultur er det avgjørende. I tjenesten fremheves det at det finnes ikke dårlige resultater, bare utgangspunkt for forbedring. Jeg gjentar ofte at det er innsatsen for å forbedre seg som er viktig. Resultatene vil alltid være flyktige og en del av en læringsprosess mot nye resultater. Prosessen for læring er det som bør få oppmerksomhet, og hvis man legger inn innsats i den, så vil resultatene følge. Det har også blitt lagt stor vekt på verdien av å feile. Jeg har ved flere anledninger sagt til de ansatte at jeg forventer at de skal gjøre feil, og hvis de aldri gjør feil, så gjør de ikke nok. Jeg sier til dem at de må komme til et punkt der de kan se tilbake og si: «Vi prøvde på dette en stund, men det fungerte ikke, så vi sluttet med det.»

Det er utfordrende å unngå at et tilbakemeldingsverktøy som FIT implementeres som en metode eller teknikk. Det kan lett skje hvis bruk av skalaene presenteres som det virksomme elementet i endringsarbeidet. Terapeutene kan da få en oppfatning av at det er skalaene i seg selv



som fører til forbedringer i møte med folk, og vil få urealistiske forventninger til hva bruken av disse skal føre til. Da kan de glemme at det er de selv, terapeutene, som må jobbe med seg selv for å forbedre resultatene. Skalaene bare informerer dem om hvordan de ligger an. Erfaringer viser at tjenester som implementerer skalaene som en metode, på et tidspunkt vil møte på problemer med å opprettholde bruken i det lange løp. Dette kan belyses med følgende metafor: Hvis man ønsker å bli bedre til å løpe 100 meter, trenger man en stoppeklokke som forteller en hvor fort man løper. Man må da analysere hva som skjedde i det aktuelle løpet opp mot tiden for å finne ut hva man må gjøre annerledes for å løpe fortere. Men det er ikke stoppeklokken som er det virksomme elementet i om man forbedrer seg. Det er det en selv som er, og hvordan man velger å trene. Hvis man sier til seg selv at denne stoppeklokken «virker» ikke, jeg blir ikke bedre av å bruke den, vil man etter hvert legge den vekk, og i en slik sammenheng virker jo det absurd. Hvis man tenker at ORS og SRS ikke «virker», man blir ikke bedre ved å bruke dem, vil man etter hvert legge dem vekk. I stedet må man endre tankegang, og se på ORS og SRS som en stoppeklokke som informerer en om hvordan en ligger an, og så er det opp til en selv å finne ut hvordan man skal øve for å bli bedre. Utfordringen er at en endringsprosess hos mennesker med psykiske helseplager er langt mer kompleks enn å løpe 100 meter. Men prinsippene er likevel de samme, og det er disse man må løfte frem når man skal innføre et tilbakemeldingsverktøy i en tjeneste. På grunn av kompleksiteten i det vi driver med, vil tilbakemeldingene alltid være avhengig av bevisst, målrettet trening for å være nyttig og skape forbedringer i tjenesten.

OPPLÆRING OG VEILEDNING

For at de ansatte skal ha muligheter til å leve opp til ambisjonene som settes i Stangehjelpa, trenger de god opplæring og veiledning. I Austdals oppgave fremheves nøkkelpersonene og veiledning som viktig og utviklende:

Du må ha to eller tre som er skikkelige pådrivere, som er overbevist og ønsker det veldig. Alle må kjenne på god opplæring, god oppfølging og god veiledning. Kan ikke bli overlatt til seg selv med det her, for da gir det ikke mening.

Organisering av veiledning og å utdanne gode veiledere har vært utfordrende. Det er lett å falle tilbake på veiledning slik vi gjorde det før. I Stangehjelpa har vi både gruppeveiledning og individuell veiledning. Gruppeveiledningen stiller høye krav til struktur og kompetanse hos veileder. I den individuelle veiledningen går vi mer inn i utvikling av den enkelte terapeut, også med fokus på temaer som kan være sårbart å snakke om. Tjenesten trenger mange nok veiledere som kan gjøre denne jobben. Å tidlig identifisere ildsjeler i tjenesten har vært viktig, og utvikle dem til å bli veiledere. Lederen må ta vare på ildsjelene og støtte dem i vanskelige situasjoner eller avgjørelser.

JUST DO IT

Da er det bare å sette i gang. Og det er nok dette som er mest skremmende for mange, for det er ingen tradisjon for denne måten å jobbe på innenfor de psykiske helsetjenestene, der man ofte legger opp til mer strøm-



Det er ikke *hva* vi gjør som er vesentlig å beskrive, men prosessen som fører oss frem til *hva* vi gjør



EN UKE HOS STANGEHJELPA

For hvert halvår legges strukturer for opplæring, veiledning, tilbakemeldinger til ledelsen og bevisst, målrettet trening inn i ukentlige planer. Dette vil se ulikt ut fra år til år avhengig av hvor langt man har kommet i prosessen, og hvilke behov som dukker opp.

En uke kan se slik ut:

Mandag	Tirsdag	Onsdag	Torsdag	Fredag
Felles fagmøte Alle ansatte (Hver uke)	Faggruppemøter FIT-veiledning + tema (Hver uke)		Ferdighetstrening Bevisst målrettet trening. Alle ansatte (Hver 14. dag)	
				Individuell veiledning (Hver 14. dag / 1 g. md.)
		Samtaletid Fagleder (1 g. md.)		
	Individuell veiledning (Hver 14. dag / 1 g. md.)		Opplæring, individu- ell eller gruppe (Ved behov)	Samtaletid Fagleder (1 g. md.)
Samtaletid Fagleder (1 g. md.)				

Opplæring:

Hver nyansatt får tildelt en FIT-veileder som har ansvar for opplæring og veiledning.

Ansvar: De mest erfarne FIT-veilederne

Veiledning:

I Stangehjelpa har vi både individuell og gruppeveiledning. Alle ansatte har fått tildelt en FIT-veileder for individuell veiledning. Vi har laget en oppskrift for individuell veiledning som sikrer struktur og disiplin. Dataprogrammet fit-outcomes (www.fit-outcomes.com), for registrering av FIT skårer, er sentralt i veiledningen. I tillegg håndteres motstand eller usikkerhet som ansatte kan oppleve i møte med en tilbakemeldingspraksis.

Ansvar: FIT-veilederne

Tilbakemelding til lederen:

Lederen har samtaletider med alle faglederne cirka en gang i måneden. De ansatte kan for øvrig gi tilbakemeldinger når de måtte ønske det.

Ansvar: Leder

Bevisst målrettet trening

Alle ansatte møtes hver mandag morgen for å få kunnskap om et felles faglig tema. Innholdet i møtene legges for hvert halvår, og gjenspeiler også årlige satsingsområder som tjenesten setter seg. Innholdet bestemmes ut fra tilbakemeldinger om behov, og er åpen for endringer.

Alle faggruppene har egne møter til FIT-veiledning i gruppe og tema. Her tar de for seg fagtemaer som er mer spesifikke for faggruppen. Det legges vekt på at de ansatte leser litteratur for å forbedre seg basert på tilbakemeldinger om hvor vi ikke lykkes. Dette kan de legge frem for hverandre i faggruppene.

Annenhver torsdag morgen har vi felles ferdighetstrening. Temaet her er bevisst målrettet trening («deliberate practice») og læringsprosessen for å forbedre seg som terapeut. Dette er et strukturert opplegg som faglederen for Barn og ungegruppa, Bjørnar Fauske Bye, og undertegnede utvikler.

Ansvar: Lederen, faggruppelederne og de mest erfarne FIT-veilederne

linjeformede forløp. Det rådende paradigmet på feltet er at alle tiltak på forhånd bør være evidensbaserte. Om man ikke jobber evidensbasert, risikerer man å bli hengt ut som uvitenskapelig eller uprofesjonell, og bli kritisert for dårlig kvalitet i tjenestene. Mange ansatte frykter denne typen kritikk og er redde for å gjøre noe som ikke blir godkjent av eksper-tisen. Da kan det være tryggere å ty til de behandlingsprinsippene som står beskrevet i veilederen, til tross for at dette kanskje ikke gir ønsket effekt for den enkelte. Stangehjelpas måte å jobbe på er et helt annet paradigme for hvordan vi skal hjelpe folk, og er på kollisjonskurs med etablerte rutiner, som vurderingssamtale, utredning, kartlegging og den tradisjonelle oppstarten på et behandlingsforløp. Heldigvis har vi etiske retningslinjer som hjelper oss når vi må ta stilling til etiske spørsmål, og beskytter klienter mot uhensiktsmessige eller skadelige intervensjoner. Men vi kan ikke garantere at det vi gjør, kommer til å hjelpe. Hjelpen er ikke begrunnet i at vi vet at den har effekt, men i at vi har en forpliktelse til å forsøke å hjelpe. Vi vet at mennesker trenger gode relasjoner der man sammen kan finne veier som gir håp, som den enkelte kan tro på, og som skaper engasjement.

For å lykkes med å skape fremtidens psykiske helsetjeneste trenger man en betydelig mengde nytenkning i tjenesten. Hos Stangehjelpa er innovasjon en naturlig og ønsket måte å jobbe på, fordi vi er i en kontinu-erlig læringsprosess. Vi kan være trygge på at tilbakemeldingen vil for-telle oss om vi trår feil, og vi kan raskt korrigere måten vi gjør ting på. Det betyr ikke at man ikke skal benytte seg av de metodene som er utviklet gjennom effektforskning. Disse er ofte nyttige og vel utprøvd, men hos oss sjekker vi fortløpende om de gir effekt der og da. Om de ikke gjør det, så forkastes de. I Stangehjelpa har innovasjon og kreativitet vært egne temaer på fagmøter og planleggingsdager. I tjenesten råer det en «alt er mulig»-holdning. De ansatte oppfordres til å gå ut av komfortsonen og utfordre seg selv. Det er ikke lov å stagnere, selv om man kan ha roligere perioder. Denne arbeidsmåten kan føre til kortvarig opplevelse av stress eller bekymring, men belønningen oppleves desto større når man lykkes. En bevissthet på at innsatsen fører til en indre glede og tilfredsstillelse, er viktig for at de ansatte skal orke å utsette seg for de krevende utfor-dringene. En av informantene i Austdals studie uttrykker det slik: «Det er store ambisjoner for tjenesten. Vi skal hele tiden videre og bli bedre. Når hver og en for seg blir bedre, så blir tjenesten som helhet bedre og sterkere. Vi skal tørre å utfordre oss og svette.»

For å våge en slik tilnærming må man være flere. Man trenger å være del av en gjeng, å være sammen med andre mennesker som deler ens engasjement, og som er villige til å yte noe ekstra for det man brenner for. Å finne en gjeng man føler seg hjemme i, kan ha stor betydning for om man greier å opprettholde gløden i det man gjør. Ved å være del av et større nettverk får du en bekreftelse på at du ikke er alene, at det også er andre som tror på det samme som deg. Gjengen gir deg et handlingsrom der man kan utøve kreativitet. Synergieffekten kan bli eksplosiv hvis man greier å utnytte den enkeltes unike bidrag. Sammen kan man skape noe som ingen enkeltperson hadde greid alene. Så finn din gjeng! Vi kom-mer mye lenger sammen.

For å lykkes må man ha en innenfra og ut-holdning. Troen på at noe utenfra skal komme og fortelle en hva en skal gjøre, vil aldri føre frem, man må heller begynne med seg selv og utvikle seg derfra. ❌ »



Bekymringen for at folk vil bruke for mye psykisk helsehjelp hvis de har tilgang, er ubegrunnet

REFERANSER

- Austdal, S.V. (2015). Klient- og resultatstyrt praksis i psykiske helsearbeid. Et terapeutperspektiv på implementering og tjenesteutvikling. (Engelsk: Feedback Informed Treatment in mental health care. A therapist's perspective on implementation and service development. Mastergradsoppgave. Høgskolen i Hedmark.
- Chess, S., Thomas, A. (1996). *Temperament. Theory and Practice*. New York: Brunner/Mazel Inc.
- Covey, S.R. (1989). *The Seven Habits of Highly Effective People*. London: Simon & Schuster*
- Davies, J. (2013). *Cracked. Why psychiatry is doing more harm than good*. London: Icon books Ltd*
- Dweck, C.S. (2006). *Mindset. The new psychology of success*. New York: Ballantine Books.*
- Kinderman, P. (2014). *A Prescription for Psychiatry. Why we need a whole new approach to mental health and wellbeing*. London: Palgrave Macmillan*
- Miller, S., & Bertolino, B. (eds.) (2011). *The Feedback-Informed Treatment and Training Manuals* (Volumes 1–6). Chicago, IL: ICCE
- Seikkula, J. (2000). *Åpne samtaler*. Oslo: Tano Aschehoug.
- Valla, B. (2014). *Videre – Hvordan psykiske helsetjenester kan bli bedre*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Wampold, B., & Imel, Z.E. (2015) *The Great Psychotherapy Debate: The Evidence for What Makes Psychotherapy Work. Second edition*. New York and London: Routledge.
- Whitaker, R. (2010). *Anatomy of an epidemic*. New York: Broadway Paperbacks.*

*Covey, Davies, Dweck, Kinderman og Whitakers bøker finnes oversatt til norsk.

Fra arkivet: 1995

En bombe under soveputen?

Mange er alvorlig bekymret for kvaliteten på framtidige kliniske psykologer dersom utdanningen reduseres til seks år. [Robyn M. Dawes sin bok] *House of Cards* gir solid dokumentasjon for at man har lite å frykte; man blir i hvert fall ikke dårligere terapeut av en langt kortere utdanning enn det vi har i dag. Det er derimot grunn til å være bekymret over at kliniske psykologer opptrer som sakkyndige uten en teoretisk forståelse av hva psykologisk kunnskap kan – og ikke kan – brukes til. Til tross for syv års profesjonsutdanning, har antagelig mange som i dag opptrer som ekspertsakkyndige ikke hørt om for eksempel Bayes' teorem. Det er alvorlig. Jeg tror det skyldes at nærmest alle utdanningsressurser i lang tid har vært bundet opp i et generelt klinisk profesjonsstudium. Jeg vil med utgangspunkt i *House of Cards* peke på hva jeg ser som hovedproblemene med en slik bruk av utdanningsressursene.

Spesielt psykologer som opptrer som sakkyndige mener jeg bør ha en viss skolering i blant annet beslutnings- og vurderingsforskning, som igjen krever noe kunnskap om sannsynlighets- og beslutningsteori. (...) Slik undervisning blir for krevende som en del av et profesjonsstudium der nesten all teoriundervisning er felles, og der denne undervisningen må tilpasses studenter som har som mål å bli terapeuter og ofte er lite interessert i akademisk teori. Dette mener jeg illustrerer ett fundamentalt problem med vårt profesjonsstudium: *Studiet er så generelt at det er nærmest umulig å dekke viktige, men teoretisk mer krevende, områder av psykologifaget.*

I skjæringspunktet mellom kognitiv psykologi, teknolog, samfunns- og nevrofag ligger det store utfordringer og muligheter. Jeg tror det er riktig å si at de psykologiske forskningsfrontene det er størst bevegelse i, ligger i slike tverrfaglige felt. (...) I norsk psykologi er det svært liten aktivitet på disse tverrfaglige områdene. Grunnen tror jeg er at de også krever spesialisert kunnskap fra andre fag som matematikk og informatikk. Dette ser jeg som et annet problem beslektet med det første: *Det er vanskelig ved siden av et fullt profesjonsstudium å tilegne seg den kunnskapen fra andre fag som er nødvendig for å henge med på mange sentrale områder av psykologifaget.*

(...)

Samlet mener jeg den ensidige satsningen på et generelt, klinisk orientert profesjonsstudium har først til at norsk psykologi i dag både er i utakt med samfunnsutviklingen og med den internasjonale utviklingen i faget.

Geir Kirkebøen debatterer, mai 1995

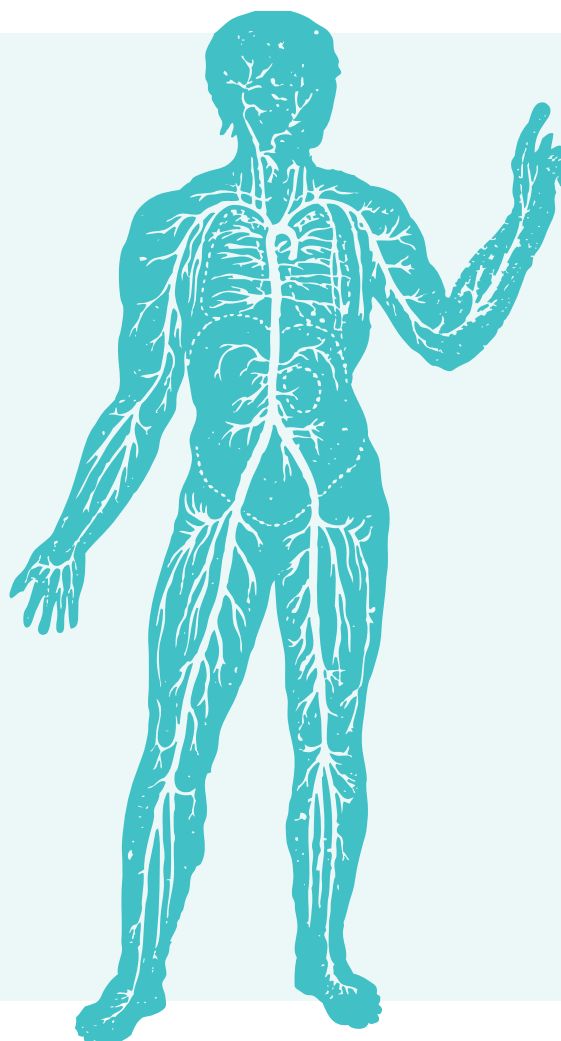


Kritisk til for mye brukermakt

«Såkalt valgfrihet og overføring av makt - reell og symbolsk - fra helsetjeneste til pasienter og brukere, er skreddersydd for uforutsigbarhet, fragmentering og ansvarspulverisering i den offentlige helsetjenesten.»

Det mener kommuneoverlege i Seljord, Elisabeth Swensen.

Se hovedinnlegget på de neste sidene.



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

DELTA I DEBATTEN

Spaltene er åpne for alle aktører i samfunnsdebatten.

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

Forfattere må opplyse om teksten er publisert tidligere andre steder.

KRONIKK

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

DEBATTINNLEGG

Maks 3000 tegn inkludert mellomrom

REPLIKK/KORTINNLEGG

Maks 1500 tegn inkludert mellomrom.

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



«Det virker for meg»

Vi er i ferd med å få en pervertert versjon av «pasientenes helsetjeneste» der markedskreftene rår, de som roper høyest får mest, og de sykeste blir overlatt til en valgfrihet de aldri ba om.

DET KREVER ET visst mot å erklære seg som fastlege i dette tidsskriftet når min agenda er økende bekymring for mye av det som skjer under overskriften «brukermedvirkning». Kort oppsummert kan min bekymring formuleres slik jeg gjorde i en artikkel om helselobbyisme, konsulentenes inntogsmarsj og politisk opportuniste i Klassekampen 7. mai i år. Under overskriften «Helsefordumming» skrev jeg avslutningsvis følgende:

Bent Høie har lansert pasientens helsetjeneste. I sin perverterte form blir det tolket som at lidelse er synonymt med kompetanse, at det nærmest er en demokratisk krenkelse når legen ikke deler pasientens syn på diagnose og behandling. I så fall trenger vi verken forskning eller profesjoner. Når vinnerne blir de som selger en lidelse smartest til politikere i lukkede rom, har vi fått lobbyistenes helsetjeneste. Da kan vi også avlyse prioriteringsdebatten. Slik blir verden dum og udemokratisk.

HVOR JEG SKRIVER FRA

Man snakker alltid fra et sted. På min profesjonelle CV står et spinkelt grunnfag i psykologi, et medisinsk profesjonsstudium, spesialistutdanning i allmennmedisin, veilederutdanning og 35 år som fastlege og kommuneoverlege i en typisk norsk landkommune der pasientene mine er de samme menneskene som jeg treffer over en kaffekopp hos naboen, på saueleting, på butikken og på kommunale møter. Relasjonene er mange på kryss og tvers, makt og avmakt varierer med konteksten. På min private CV står mange, mange år som nær pårørende til alvorlig psykisk syke. Jeg har sett på kloss hold hvor vanskelig det er både å gi og ta imot hjelp, og har måttet lære meg ydmykhet i synspunkter på hva som er god og dårlig behandling av psykoser, kronisk lidelse og ønsket om ikke å leve. Ingen får belære meg om såkalt erfaringskompetanse.

TEKST

Elisabeth Swensen,
kommuneoverlege i
Seljord

ILLUSTRASJON

Åshild Irgens



BRUKERMEDVIRKNING SOM POLITISK ALIBI

Lov om pasient- og brukerrettigheter §3-1 fastslår at «Pasient og bruker har rett til å medvirke ved gjennomføring av helse- og omsorgstjenester. Pasienten har herunder rett til å medvirke ved valg mellom tilgjengelige og forsvarlige undersøkelses- og behandlingsmetoder. Medvirkningens form skal tilpasses den enkeltes evne til å gi og motta informasjon.» Ingen kan være uenig i selve teksten så lenge det står «medvirke ved valg av» og ikke «velge». Både leger og annet helsepersonell har godt av å bli minnet om at de forvalter makt, og at makten forplikter. Men når Bent Høie og hans regjering sier at de vil sikre brukere og pasienter økt innflytelse, er dette i praksis først og fremst et dereguleringsgrep. Såkalt valgfrihet og overføring av makt – reell og symbolsk – fra helsetjeneste til pasienter og brukere, er skreddersydd for uforutsigbarhet, fragmentering og ansvarspulverisering i den offentlige helsetjenesten. Dette rammer først og fremst de sykeste og minst ressurssterke pasientene, som enten permanent eller midlertidig nettopp ikke kan forventes å skulle treffe valg, de som verken orker eller kan.

TILLIT, TAP OG TRØST

Karin Boye skriver i et dikt om å «vili i den tillit som skapar världen». Det er fristende å erstatte «världen» med «vården». Som lege lever jeg av den tilliten som pasientene viser meg, at de stoler på min kompetanse, og at jeg vil dem vel. Jeg vet – og jeg vil at de skal føle seg trygge på – at det er jeg som sitter med det faglige ansvaret uansett. Faglig ansvar forutsetter at jeg innehar profesjonell kunnskap basert på gyldig vitenskap, i en kontekst basert på gjeldende normer og regler, til beste for min pasient. Høies retorikk undergraver en slik kontrakt. Han omtaler behandlingsalternativer som om de er varer man kan plukke fra hyllene, og pasientene som forbrukere med bytterett. På kort sikt ser det ut som om dette språket har skapt en ny virkelighetsoppfatning hos så vel pasienter som behandlere. Problemet melder seg når behandlingen pasienten valgte på egne premisser, ikke holder det den lovet. Jeg mener at leger (og trolig psykologer) har en viktig rolle som projeksjonsobjekter for sinte, frustrerte, redde pasienter som må få lov til å holde behandleren ansvarlig – selv om det objektivt er urimelig – når håp brister og tilfriskning uteblir. Vi er godt betalt for å tåle den aggresjonen og besvare den med forståelse og tålmodighet.

MAKT OG ANSVAR

For noen år siden, som ledd i samhandlingsreformen, skulle det skrives samarbeidsavtaler for ulike fagfelt og pasientforløp mellom min kommune og det lokale helseforetaket. Selv var jeg med i flere slike prosesser. I møtet der samarbeidsavtalen mellom kommunen og sykehusets DPS skulle utformes, skjedde noe interessant. En brukerrepresentant var selvsagt også med i dette utvalget. Hun kom med mange og gode innspill. Da diskusjonene var sluttført og avtalen skulle undertegnes av partene, mente møtelederen at brukerrepresentanten også skulle signere på lik linje med sykehuset og kommunen. På vegne av brukerne. Det var ment som en demokratisk gest, tror jeg, men ble heldigvis avverget i siste øyeblikk. Skulle pasientene stå formelt til ansvar for tjenestetilbud, kvalitet og gode behandlingsforløp?

Kampen mot overgrep og mangel på respekt i behandlingen av psykiatriske pasienter er viktig. Likevel er jeg både profesjonelt og som

pårørende glad for legers mulighet og plikt til å bruke både makt og beste tilgjengelige kunnskap – tvangsinnleggelse og i verste fall tvangsmedisinering – der pasienten er for syk til å medvirke og står i fare for å ødelegge eget og andres liv. Jeg er kritisk til at helseministeren, uten at det foreligger forskningsbelegg eller veldokumenterte pilotforsøk, har pålagt alle helseregioner å opprette medisinfrie avdelinger for innleggelsestrengende psykiatriske pasienter på bakgrunn av krav fra brukeraktivister. Psykiatriske avdelinger i offentlige sykehus er del av den medisinske andrelinjetjenesten, i våre dager forbeholdt de sykeste. Jeg er åpen for at følgeforskningen vil bringe verden og psykiatrien fremover, men for meg og mange kolleger oppfattes dette som et populistisk stunt fra en minister som lever av å vise at han «tar folk på alvor».

KUNNSKAPSHIERARKIER

Bruker- og pasientmedvirkning er godt innarbeidet i lovverket og regnes som selvsagt i de fleste prosesser både på individ- og systemnivå. Det finnes gode og dårlige behandlere og beslutningstakere, brukernes vaktbikkjefunksjon er nødvendig, men stort sett fungerer den dialogiske metoden både i konsultasjonene – «er du interessert i å forsøke denne behandlingen?» – og når en kommune eksempelvis skal utforme hjemmetjenester eller bygge dagsenter for kroniske psykiatriske pasienter. Man må ikke glemme at den ultimate brukermedvirkningen på systemnivå har form av allmenne demokratiske institusjoner basert på frie valg: storting, fylkesting, kommunestyre. Brukerorganisering er ikke en egen stat i staten med egne spilleregler og egne kanaler inn til beslutninger på politisk nivå. Forholdet mellom nervøse, opportunistiske politikere og militante helseaktivister gir grunn til å presisere dette.

Pasientene vet selvsagt mye om hva som er bra og dårlig for dem. Det er uproblematisk å gi brukere og pasienter stor innflytelse over utformingen av tjenester og valg mellom behandlingsmetoder som den profesjonelle behandleren vet virker, og som kommer inn under forsvarlighetsbegrepet. Helsetilsynet setter grensene for hva som er forsvarlig og anses som adekvat behandling. I økende grad henvender pasienter seg med bestillinger som verken oppfyller forsvarlighetskravet eller er

adekvate etter en profesjonell vurdering. Vi ser pasienter som påbe- roper seg den endelige definisjonsmakten i diskusjoner om diagnose- kriterier og hvorvidt og hva slags behandling som skal tilbys. Dersom man velger å oppsøke en profesjonell behandler som arbeider på kon- trakt med det norske, offentlige helsevesenet, skal man forvente å få diagnoser og behandling basert på best tilgjengelige kunnskap – i vår kultur anerkjent vitenskap og oppsummerte, systematiserte og etter- prøvbare metoder.

Diagnoser og behandling endrer seg selvsagt i et dialogisk spenn mel- lom vitenskap og samfunn. På individnivå har de fleste behandlere mange pasienter som kan inngå i en likeverdig samtale om kompliserte medi- sinske temaer, og ofte lære legen noe nytt. Men alle pasienter er i varierende grad prisgitt den profesjonelle hjelperens kompetanse – herunder kommunikative evner – og er dertil glade for at noen vet bedre enn dem om det som er vondt eller som de er redde for. Det er jo derfor de kom- mer. Hvis brukere og pasienter prinsipielt vet best, at lidelsen i seg selv gjør dem kompetente, ville det vel i vår tid være greiere å digitalisere hele prosessen, legge diagnosemanualer og bestilling av behandling – inklu- sive medikamenter – ut på nett og la folk ordne opp selv.

Å TA PÅ ALVOR

På en blogg nylig fant jeg et innlegg fra en pasient som bokstavelig talt mente, eller trodde, at hun hadde rett til å bestemme hvilke reseptbelagte medisiner hun skulle få og i hvilke doser. Om pasienten vil ha behandling og hva han eller hun gjør med medisinene sine, kan legen ikke bestemme, men jeg kan enn så lenge og heldigvis nekte å skrive ut medisiner som jeg vurderer som skadelige eller ikke nyttige for pasienten. Jeg kan også nekte å skrive ut medisiner hvis jeg ser at pasienten ikke bruker dem slik de var foreskrevet. I somatikken er dette for tiden en svært aktuell pro- blemstilling innenfor stoffskiftesykdommer og infeksjonsmedisin. Et økende antall pasienter med stoffskiftesykdommer insisterer på høyere doser enn anbefalt selv om det er god evidens for at dette fører til ben- skjørhet og risiko for hjertesykdom. Langvarig antibiotikabehandling for tilstander der ingen infeksjon er påvist, har beviselig stort skadepo- tensial både på individnivå og for fellesskapet. Det er ingen forskning som understøtter at kronisk utmattede pasienter har godt av å ligge i mørke kjellerrom inntil de selv føler seg friske nok til å stå opp. Likevel fremsettes kravet om slike behandlingsformer under dekke av «pasient- medvirkning». Hva med medikamentavhengige som sier at «det er bare Sobril 25 mg fire ganger daglig og to Imovane om kvelden som funge- rer for meg. Jeg vil ikke ha de andre pillene du byr meg»? Det er ingen grunn til å betvile den subjektive opplevelsen. Pasientens utsagn om at «det virker for meg» er en nødvendig, men ikke tilstrekkelig forutsetning når jeg bestiller blodprøver, henviser til spesialister eller forordner en bestemt behandling. De som faktisk tar sine pasienter på alvor, jobber ikke anekdotisk. ❖



Brukerorganisering er ikke en egen stat i staten med egne spilleregler og egne kanaler inn til beslutninger på politisk nivå

Ferske psykologer er attraktive

Arbeidsmarkedet for nyutdannede er relativt stabilt, men midlertidige stillinger skaper utfordringer.



HENRIETTE LINNEA ALSAKER, på vegne av alle medlemmer i Yngre psykologers utvalg

PROFESJON

MANGE PSYKOLOGER UTTRYKKER uro over et arbeidsmarked i endring. Ikke minst gjelder dette yngre psykologer og sisteårsstudenter som søker jobber uten særlig tidligere erfaring å vise til. Yngre psykologers utvalg (YPU) kartla arbeidsmarkedet for ikke-spesialister i en spørreundersøkelse. Ut fra funnene vil vi både si noe om utviklingen fra 2010 til 2013 og komme med noen oppfordringer.

FLERE PSYKOLOGER PÅ MARKEDET

Stadig flere psykologer utdannes både i Norge og i utlandet. Dette vil trolig skape endringer i arbeidsmarkedet, om det da ikke allerede har gjort det. Psykologforeningens president skrev i juni 2013 her i Psykologtidsskriftet at 30 prosent av nyutdannede danske psykologer sto uten jobb ett år etter at de ble autorisert. President Hofgaard var likevel optimistisk når det gjaldt det norske arbeidsmarkedet og jobbmulighetene for norske nyutdannede psykologer, og pekte blant annet på nye arbeidsplasser for psykologer i kommunene.

FORTSATT ATTRAKTIVE

Tross nye arbeidsplasser for psykologer i kommunene mistenkte vi i YPU at utviklingen i arbeidsmarkedet var negativ. Tilbakemeldinger fra psykologer tidlig i karrieren ga et inntrykk av at det ikke lenger var like enkelt for nyutdannede psykologer å få sin første jobb. Høsten 2014 sendte vi ut en nettbasert spørreundersøkelse til alle psykologer med norsk lisens eller autorisasjon som ble uteksaminert fra sitt studiested i henholdsvis 2010 og 2013. Her kartla vi blant annet stillingstilgjengelighet, lønnsbetingelser og mulighet til spesialisering blant nyutdannede og relativt ferske psykologer.

Rundt halvparten av respondentene hadde fått jobb før de fikk autorisasjon som psykolog,

og så å si alle hadde fått jobb i løpet av seks måneder etter at de fikk autorisasjon. Her var det ingen forskjell mellom de som var uteksaminert i 2010, og de som var uteksaminert i 2013. Dette forteller at arbeidsmarkedet for psykologer var stabilt i perioden, og at nyutdannede psykologer var attraktive på arbeidsmarkedet. Men de som ble uteksaminert i 2013, sendte inn flere søknader enn de som ble uteksaminert i 2010. Mens rundt en av ti sendte minst ti søknader i 2010, var tallet økt til fire av ti tre år senere.

Typen ansettelsesforhold kan også være et temperaturmål på jobbmarkedet. Rundt halvparten av de uteksaminerte var ansatt i vikariat i sin første jobb, en andel som var lik for de to kohortene. Midlertidige stillinger stiller store krav til at nyutdannede psykologer forhandler om sine arbeidsvilkår, og det skaper også utfordringer knyttet til det å få dekket utgifter til spesialisering. Mens fire av ti uteksaminerte forhandlet om lønn i sin første stilling i 2010, var denne andelen sunket til tre av ti i 2013. Det er uheldig, siden halvparten av de som forhandler, oppnår høyere lønn.

RETTIGHETSUTFORDRINGER

Undersøkelsen viser altså at nyutdannede psykologer i 2013 fikk jobb like raskt som i 2010, og jobbene var innenfor de samme områdene og med samme ansettelsesforhold. Både i 2010 og i 2013 ble mange nyutdannede psykologer ansatt i midlertidige stillinger. Dette skaper utfordringer knyttet til rettigheter. Det kan påvirke oppstart av spesialisering, kontinuitet i veiledning, og planlegging av fremtiden i form av blant annet vansker med å få boliglån. YPU ønsker å oppfordre alle nyutdannede psykologer til å forhandle om lønn og arbeidsvilkår uavhengig av hva slags jobb de får tilbud om. ❌

Ikke korrekt om begrepet «psykotisk»

Pågående psykotiske symptomer er ikke nok for å konkludere med at personen var psykotisk i handlingstiden, silk Bjørkly og Grøndahl skriver.

KARL HEINRIK MELLE, overlege, St. Olavs hospital, psykisk helsevern, regional sikkerhetsavdeling Brøset og leder av Den rettsmedisinske kommisjon

UTILREGNELIGHET

I JUNI-UTGAVEN AV Psykologtidsskriftet svarer Stål Bjørkly og Pål Grøndahl på Kirsten Rasmussens innlegg «Bidrar til misoppfatning», som stod i mai-utgaven. Bjørkly og Grøndahl svarer med et utsagn som ikke er i tråd med aktuell forståelse av det juridiske begrepet «psykotisk» etter straffeloven. De skriver: «Men i de fleste tilfeller der de sakkyndige mener å avdekke pågående psykotiske symptomer, vil de og skal de nærmest automatisk konkludere med at observanden var psykotisk på handlingstiden.» Selv om denne påstanden ikke er så generelt utformet som den opprinnelige misoppfatning av begrepet, er den fortsatt ikke korrekt.

Det juridiske begrepet «psykotisk» er som de andre rettspsykiatriske begrepene i straffeloven et rent funksjonelt begrep uten krav om årsaksforklaringer eller en spesiell symptomutforming, som for eksempel enkelte diagnoser etter ICD-10 har. De juridiske begrepene i straffeloven § 20 første ledd omhandler tilstander av en slik grad av alvorlighet at det påvirker personens mentale funksjonsevne, og i en slik grad at personen ikke oppfattes å fylle det subjektive straffevilkåret. Da kan retten bestemme at personen ikke skal ansvarliggjøres og dermed gå straffri. Tilstedeværelsen av psykotiske symptomer vil selvfølgelig kunne være en indikasjon på eller skape tvil om personen på handlingstiden kan antas å ha fylt kriteriene for «psykotisk» etter straffeloven, men er langt fra tilstrekkelig for å «(...) nærmest automatisk konkludere med at observanden var psykotisk på handlingstiden».

Det norske utilregnelighetsbegrepet er strengt. Det er symptomtyngden og grad av realitetsbrist som er avgjørende. Dersom personen på handlingstiden opplever psykotiske symptomer, men har en virkelighetsforankret avstand til disse, vil ikke den mentale funksjonsevnen være forstyrret nok, jf. den tidligere foreslåtte presiseringen i NOU 1990:5: «og dermed uten evne til realistisk vurdering av sitt forhold til omverdenen» (kapittel 2.1 Den absolutte straffrihetsregel, side 14, 3. avsnitt). Dette er det sentrale i de sakkyndiges vurdering, og det krever et faglig skjønn og en individuell vurdering fra handlingstidspunkt til handlingstidspunkt, gitt at psykotiske lidelsers alvorlighet vanligvis fluktuerer avhengig av grad av belastning, rusmiddelbruk, medikasjon, andre behandlingstiltak, m.m. Gitt at en slik vurdering alltid gjøres retrospektivt, er det også viktig å peke på de eventuelle usikkerhetsmomentene som foreligger. ✕

Debattert

Medisinfritt

Medisinfritt er forskningsfritt. På universitetene i Norge skal undervisningen være forskningsbasert. Kommer medikamentfrie behandlingstilbud inn i behandlingsveilederne, må studentene lære at dette kun skyldes politiske føringer. Jeg kan ikke som ansvarlig for undervisningen i psykiatri ved Universitetet i Oslo støtte opp om denne utviklingen. Den savner dessverre all støtte i vitenskapen.

Jan Ivar Røssberg i Aftenposten 13. Juni

Historisk: Bent Høie skriver helsehistorie, og det er ikke et eksperiment.

Hans-Erik Dyvik Husby på hankvonhell.blog.no 14. Juni

Ikke psykiaternes bord. Hvorfor kan psykiatere med minimal tro på medisinfrie tilbud likevel ikke holde seg unna utviklingen av dem? Dette er ikke deres bord.

Anne Grethe Teien @agteien, på Twitter 15. juni

Umulig forskningskrav. Det synes som om Røssberg ikke har fått med seg at Høie her gir uttrykk for et verdiladet politisk syn - ikke evidensbasert helsefag. Slike normative oppfatninger er det er vanskelig, for ikke å si umulig, å stille krav om forskning til.

Tor Levin Hofgaard i Dagens Medisin, 15. juni

Medbestemmelse. Innføring av medisinfrie alternativer handler ikke om å slutte med medisiner i behandling av alvorlige psykiske lidelser. Det handler om å sikre at medisiner brukes riktig og at brukeren selv er med å bestemme om medisiner skal tas eller ikke.

Lars Lien debatterer i Aftenposten 21. juni

Kommunalt DPS er en dårlig idé

Helse- og omsorgsdepartementet ønsker en prøveordning der enkelte kommuner overtar driften av distriktpsikiatriske sentre. Det svekker de regionale helseforetakenes mulighet til å forvalte sørge-for-ansvaret.



MATS LARSEN,

konserntillitsvalgt for Akademikerne i Helse Sør-Øst

ORGANISERING AV DPS

HELSE- OG OMSORGSDEPARTEMENTET ønsker å prøve ut en ordning der enkelte kommuner skal overta driften av DPS-er (distriktpsikiatriske sentre). Formålet med dette er «å se DPS-tjenestene som en større del av et større og samlet offentlig tilbud til pasienter med psykiske helseproblemer, som regionale helseforetak og kommuner samlet sett har ansvar for». De ønsker også å få «erfaringer med at noen større kommuner med tilstrekkelig kapasitet og kompetanse får et mer samlet driftsansvar for å yte tjenester til mennesker med psykiske lidelser og rusavhengighet, med sikte på mer koordinerte tjenester, bedre samhandling og mer effektiv ressursutnyttelse».

Hensikten er god. Likevel er forslaget problematisk av mange grunner, og det er vanskelig å se at forslaget vil løse noen av de problemene vi har i dag.

HOVEDPROBLEMET

Hovedproblemet med forslaget er at det reduserer de regionale helseforetakenes mulighet til å forvalte sørge-for-ansvaret. Dette ansvaret handler om å levere helsetjenester til befolkningen i sitt opptaksområde, et ansvar som sikrer at befolkningen får likeverdige helsetjenester uavhengig av faktorer som kjønn, religion, geografi med mer. Dette ansvaret forval-

tes gjennom å planlegge og iverksette planer og strategier, for deretter å evaluere nevnte planer og strategier, for så å eventuelt korrigere dem.

Å forvalte dette ansvaret betinger at man har makt til å forvalte det. Uten makt sitter man igjen med et ansvar, men man sitter også i en håpløs posisjon der man kan holdes ansvarlig for noe man ikke har makt til å endre. Det argumenteres for at det i kontrakten mellom kommunen og det regionale helseforetaket skal bygges inn mekanismer som gir nødvendig makt til å forvalte sørge-for-ansvaret selv om driftsansvaret er i kommunen. Men det er vanskelig å se for seg hvordan dette kan gjøres på et vis som ikke svekker muligheten til å forvalte dette ansvaret.

KREVENDE OG SVEKKENDE

Forsøksordningen som foreslås, vil også være krevende å administrere, både økonomisk og administrativt. Det må blant annet gjøres et betydelig arbeid hos kommunene og spesialisthelsetjenesten for å lage rammeverket for at noe slikt skal være mulig. Å virksomhetsoverdra de ansatte fra helseforetakene og til kommunen (og eventuelt tilbake igjen når forsøket opphører) er også et krevende arbeid, der blant annet tariffavtaler kanskje må (re)for-



MISTER MAKT
 Kommunale DPS kan få problemer med å forvalte ansvaret for likeverdige helsetjenester til befolkningen, mener Mats Larssen. Faksimile fra Psykologtidsskriftet 6/2015

handles. Tiden og ressursene dette vil ta, kan med fordel brukes på andre områder.

Det er også rimelig å stille spørsmål om en slik ordning vil bidra til å svekke en rekke av de satsingene spesialisthelsetjenesten allerede har satt inn ressurser på, slik som prioriteringsregelen innenfor psykisk helsevern og TSB, redusert og riktig bruk av tvang, medisinfrie tilbud, kortere og færre døgnopphold, oppbygging av ambulante tjenester, med mer. Dette er satsinger som ikke kan gjøres av et DPS alene fordi de krever samarbeid på tvers av enheter, og ved å sette DPS ut til kommunen kompliseres dette arbeidet.

Det er også mulig at en slik ordning vil svekke de satsingene som kommunene har gjort de siste årene. Blant annet har det vært gjort et betydelig arbeid knyttet til kompetanseheving i kommunene, både hos fastlegene, ved å ansette kommunepsykologer og i andre deler av tjenestetilbudet. Formålet med dette har vært å jobbe bedre forebyggende og gi befolkningen rask og effektiv hjelp når de har behov for det, uten å henvise til spesialisthelsetjenesten. En overføring av DPS til kommunen kan gjøre at disse satsingene blir nedtonet, og at ansvarlinjene mellom kommune- og spesialisthelsetjenesten blir enda mer utydelig.

KOORDINERT OG SAMMENHENGENDE

I noen tilfeller er det behov for bedre koordinerte og sammenhengende tjenester for å sikre et godt nok tilbud. Men realiteten er at de fleste som får hjelp ved et DPS, får tilbud om psykoterapi (enten individuelt eller i gruppe). Disse menneskene har i liten grad behov for koordinering av tjenester på tvers av kommuner og spesialisthelsetjenesten. De får, ideelt sett, den hjelpen de har behov for ved sitt DPS, og når de er avsluttet fra DPS, følges de opp av fastlegen sin – i den grad det er behov for videre oppfølging.

For de menneskene som faktisk har behov for et bedre koordinert og sammenhengende tilbud, finner vi at det allerede har skjedd mange endringer til det bedre de siste årene, blant annet med satsingen på (F)ACT-team og andre tiltak. Flere har pekt på at skal man lykkes med dette arbeidet, er det viktig med en sterkere satsing på – og klarere organisering av – de kommunale tjenestene, og en tydelig rollefordeling mellom spesialist- og kommunal helsetjeneste (se f.eks. AFI 2014 – Samspill eller svarteperspill). Det hadde vært mer hensiktsmessig å forsterke dette arbeidet framfor å forsøke seg på en strukturreform som risikerer å skape flere problemer enn den løser. For det forsøket som nå foreslås, fremstår mest av alt som å skyte spurv med kanoner. ❌



Hensikten er god. Likevel er forslaget problematisk av mange grunner

Fortsatt en kamp

Tenk deg at du går i 5. klasse og er forelsket i en av samme kjønn. Og så ser du på mobilen din: Slike som deg skytes med maskingevær på et diskotek fordi de føler som deg.

**TOR LEVIN
HOFGAARD,**
president Norsk
psykologforening

KJENN PÅ HATET. Kjenn ordentlig etter. Hvordan vil det føles om noen hater deg? Hater så intenst at de vil drepe deg. Meie deg ned med automatvåpen mens du danser lykkelig og intetanende, og bare er deg selv sammen med den du elsker. Det ville føles uvirkelig, ikke sant? Kan noen hate så intenst og ville deg så vondt bare fordi du er akkurat deg?

Jeg bråvåkner når jeg blir minnet om dette. I hverdagen ellers glemmer jeg at noen hater meg så intenst. Jeg lever mitt daglige liv med min forlovede, Kenneth, og glemmer at det finnes mennesker der ute som er villige til å jage, slå ned og til og med drepe oss. Og at andre er villige til å bruke store deler av sitt liv på å argumentere for at det er riktig å diskriminere oss, frata oss rettigheter og behandle oss helt annerledes enn andre. Bare fordi vi føler det vi føler.

Og så skjer det som skjer i Orlando. 50 mennesker skutt og drept, og like mange alvorlig såret fordi de føler som de føler. Hat-terror på et nytt nivå. Den mest alvorlige masseskytingen i et land der massedrap er så vanlig at det i snitt skjer hver dag. Denne gang rettet mot kjærligheten. Min kjærlighet. Det er brutalt, vondt og rystende. Og det er personlig.

Vi snakker ofte om hvor langt vi er kommet når det gjelder ikke-diskriminering og aksept for homofile i Norge og den vestlige verden. Og det er riktig at vi har beveget oss langt fra slutten av 1970-tallet da jeg på barneskolen for første gang i mitt liv ble forelsket – i en gutt – og til i dag. I Norge er det skjedd en helt enorm endring i homofile menneskers frihet til å leve åpent, til hvordan jeg kan leve mitt liv i dag.

Samtidig er det åpenbart for meg at vi ikke kan ta denne friheten for gitt. Hat-terroren i Orlando minner meg og oss på det. Men den er ikke den eneste påminnelsen. For få år siden demonstrerte over 100 000 mennesker i gatene i Paris for fortsatt diskriminering av homofile. Utenfor den amerikanske ambassaden i Russland blir folk arrestert for å vise sympati med ofrene fra Orlando. Mens den russiske Dumaen i realiteten har forbudt homofile å holde hverandre i hendene på gaten. Med andre ord – verdenskartet blir dessverre lite dersom min forlovede og jeg kun skulle reist til land der vi kan være trygge for at det er ok å være oss. (se ilga.org/what-we-do/lesbian-gay-rights-maps/ for et oversiktskart).

Min reaksjon på folk som prøver å skremme meg tilbake i skapet, og inn i den dype psykologiske fortvilelsen over ikke å kunne være meg selv, er å vise dem at de ikke kan vinne. Vis frem min kjærlighet og mitt liv, og insistere på min rett. Samtidig vet jeg at dette kan jeg gjøre nettopp fordi jeg er trygg her. Jeg har levd lenge ute av skapet. Møtt mange som bekrefter meg som verdifull, behandler meg likeverdig, ser forbi legning, ser meg og elsker meg. Det gir meg en stødig plattform å stå på. Det å si «jeg elsker deg» til min kjæreste er fortsatt del av en kamp, men den vil og kan jeg ta.

Lett for meg. Men tenk deg at du går i 5. klasse og er forelsket. Han du ikke får ut av tankene en eneste time på døgnet, er av samme kjønn. Og så ser du på mobilen din: Slike som deg skytes med maskingevær på et diskotek fordi de føler som deg. Mange går i store demonstrasjonstog mot deg og dine likesinnede, de vil nekte sanne som deg å holde hender, de vil dømme deg til døden om de kunne. Filosofer, prester og poli-

tikere snakker om at du er en trussel mot samfunnet, mot familien, mot alt det bestående og trygge. På nettet ser du en prest i USA forkynne etter Orlando-terroren at det var synd det ikke var flere som døde. Og verre – kanskje overhører du foreldrene dine. De som skal være den trygge basen i livet ditt, snakker om homofile som syndere, som syke og som annenrangs mennesker.

Hvordan har du det da? Klarer du å forestille deg hvordan det må være å lese og høre om et slikt hat, et slikt fravær av respekt og fravær av likeverd? Det skal ikke mye fantasi til for å forstå at verden da må oppleves som farlig og truende. At håpløshet og meningsløshet kryper inn under huden. At skammen tar overhånd.

Jeg tror egentlig det er vanskelig for mange i den heterofile «normalbefolkningen» å sette seg inn i en slik situasjon. Selv med god evne til empati. Men vi vet nå en god del om hva dette gjør med unge mennesker. Spesielt når også foreldrene bidrar negativt. Det internaliserte stigmaet som oppstår hos disse ungdommene, kan skape store problemer resten av livet. Vi vet for eksempel at det å få etablert slik internalisert homofobi gjennom oppdragelsen kan føre til økt vold i nære relasjoner, det kan gi tydelig dårligere psykisk helse, og gi økt risiko for angst, depresjon og dårlig selvbilde. Studier viser videre at mennesker med det som kalles «minoritetsstress», kan få forkortet levetiden med opptil 12 år på grunn av livsstilssykdom som følger av stress.

Som profesjon har vi psykologer et ansvar for å gjøre livet til denne 5.-klassingen og alle andre unge bedre. Vi må hjelpe dem før vi gjenfinner dem på BUP. Det handler også om å spre kunnskap om seksualitet og om at denne opp-

trer langs et spekter. Faktisk tyder mye på at få er utelukkende hetero- eller homofile. Vårt oppdrag er derfor å fortelle at det normale er å være mer eller mindre tiltrukket av det samme eller motsatte kjønn. Like viktig er det å formidle at homofile har like sterke kjæresteforhold som heterofile, og at de like ofte har langvarige forhold. Dessuten: De får stadig oftere barn, som viser seg å bli mindre mobbet enn andre, og som klarer seg svært bra.

Det vi også kan gjøre, er å hjelpe 5.-klassingen ved å benytte et språk som viser en bredde i hva som er vanlige følelser. Vi må da tone ned det hetero-normative begrepsapparatet vi omgir oss med, og også snakke om variasjon i kjærlighetslivet og seksualitet som vanlig. Prosjektet Rosa Kompetanse, som drives av FRI – Foreningen for kjønns- og seksualitetsmangfold, jobber nettopp med dette. Det anbefales å ta kontakt. (<https://foreningenfri.no/artikler/llh.no-rosakompetanse>)

Hat-terroren i Orlando har skremt mange, og den har nok vekket oss som lever i en boble av tro på at så mye er blitt annerledes. Fortsatt er homofili forbudt i over 70 land. Fortsatt mener mange at homofili er et umoralsk valg, noe vi helst skal gjemme bort. Det er dem som mener at homo-dager og homo-parader er galt, og som i sin fullstendige kulturelle blindhet uttaler seg slik: «Vi heterofile viser ikke frem at vi er heterofile hele tiden, så hvorfor skal homoene gjøre det?»

Jo da, vi er kommet langt. Men det er fortsatt lenge til jeg kan si «jeg elsker deg» til min forlovede, og vise det, uten å være en del av en kamp. ✕

”

– Jeg lever mitt daglige liv med min forlovede, Kenneth, og glemmer at det finnes mennesker der ute som er villige til å jage, slå ned og til og med drepe OSS



BENT HØIE er helse- og omsorgsminister. Sammen med Kerstin Söderström, Tor Levin Hofgaard og Gerd Kristiansen er han fast kronikør.

Smertestillende

Tenåringen Trine tar Paracet for å dempe smerten over å føle at hun ikke er god nok.

VI MØTER HENNE i NRK-serien «Jeg mot meg». Trine vil bli advokat. Derfor må hun ha fem eller seks i alle fag på skolen. Hun har flere jobber og et viktig verv i russens hovedstyre. Nittenåringen strever med stress, presset og angsten for ikke å være god nok. Derfor åpner hun boksen med Paracet og tar smertestillende tabletter.

– Bare for å se om det hjelper. På innsiden, på en måte, sier hun.

I serien møter vi åtte unge mennesker som alle strever med å finne veien inn i voksenlivet. Trine og de andre opplever at det stilles høye krav til hva de skal være og hvordan de skal være det. De aller høyeste kravene stiller de til seg selv. Smerten over å ikke føle seg gode nok tør de knapt å dele med noen. Slik blir den enda større.

VET IKKE AT DET FINNES HJELP

De som er unge i dag, har lært at fysisk smerte er en naturlig del av livet. De har også lært at den som oftest går over. Små barn med sår på knærne og kutt i pannen vet at det blir bedre når mor eller far tørker tårene og blåser på det vonde. Ungdommer med influensa vet at verken i kroppen og smertene i hodet går over etter en dag eller to. Barn og unge vet at det noen ganger er nødvendig med behandling hos lege eller på sykehus når sykdommer ikke går over av seg selv. Det er en selvfølge for dem at de har en fysisk helse.

Men for mange er det ingen selvfølge at de også har en psykisk helse. De vet ikke at mennesker også kan få sår og kutt på innsiden. De aner ikke at det også kan verke og gjøre vondt i følelseslivet. De vet ikke at psykisk smerte også er en naturlig del av livet. De vet ikke at også denne smerten som oftest går over – og at det er hjelp få hvis den ikke gjør det.

Det er ingen grunn til å sukke oppgitt over ungdommen i dag. De gjør det bedre på skolen og lever sunnere enn unge noen gang har gjort. Men vi vet at mange av dem strever med stress og press. De har angst for ikke å få til og angst for ikke å høre til. De har angsten for angsten.

Noen av dem trenger helsehjelp. Mange av dem trenger hjelp til å mestre eget liv og bruke egne ressurser. Ungdomshelsestrategien som jeg nylig la fram sammen med barneministeren og kunnskapsministeren, handler om nettopp dette.

SKOLEN - EN VIKTIG ARENA

Vi må gjøre en innsats mange sektorer.

Arbeidet med å forebygge fysiske og psykiske plager hos ungdom starter lenge før hun eller han banker på helsesøsters dør fordi noe er så vondt at det ikke er til å holde ut. Arbeidet for å forebygge frafall i skolen starter lenge før tenåringen begynner å forsove seg til mattetimene med vilje fordi hun eller han ikke forstår noen ting.

Elevorganisasjonen sier at skolen er en av samfunnets viktigste arenaer når det gjelder å forebygge og oppdage utfordringer ved ungdoms helse. Det er helt riktig. For at skolen skal være et godt sted å lære, må den være et godt sted å være. Derfor er arbeidet for et inkluderende miljø og mot mobbing svært viktig. Gode lærere og godt læringsmiljø er helt avgjørende for å forebygge frafall.

Livsmestring og folkehelse skal inn som tema i flere fag i skolen. Vi må sørge for mer kunnskap og mer åpenhet om at vi alle har en psykisk helse, både på og utenfor skolen. Serier som «Jeg mot meg» og «Skam» er viktige bidrag til dette.

En av ti ungdommer sier at de mangler fortløpende venner. Forebygger vi ensomhet blant unge, forebygger vi ikke bare fysiske og psykiske plager. Vi forebygger også frafall fra skole på kort sikt og frafall fra arbeidsliv på lang sikt. Derfor skal vi sørge for at alle barn og unge, uavhengig av foreldrenes inntekt, skal ha mulighet til å delta i minst én fritidsaktivitet. Sammen med de frivillige organisasjonene skal vi mobilisere bredt for å forebygge ensomhet.

VIL LOVFESTE

Vi likestiller fysisk og psykisk helse i folkehelsearbeidet vårt. Det blir nå etablert et program for folkehelsearbeid i kommunene som legger stor vekt på psykisk helse og rusforebygging blant barn og unge.

Tablettene som Trine tok virker smertestillende og forebygger komplikasjoner når feberen er høy. Fellesskap, åpenhet og mestring virker også smertestillende. Jeg er ganske sikker på at det forebygger komplikasjoner også.

Unge må få hjelp og støtte til å mestre livet sitt der de lever dem. Derfor trenger vi flere fagfolk i kommunene. Jeg sendte nylig på

høring et forslag der vi lovfester hvilke profesjoner alle kommuner må ha. På denne listen står både psykolog og helsesøster. Først og fremst fordi unge som trenger hjelp fra psykolog eller helsesøster må få det når de trenger det, ikke to uker eller to måneder etterpå. Dernest fordi vi trenger psykologenes og helsesøstrenes kompetanse i arbeidet med å skape inkluderende møteplasser og forebygge frafall.

Unge mennesker trenger ikke bare gode møteplasser i nærmiljøet. De trenger gode møteplasser på internett også. Mange unge bruker tjenester på nett for å finne informasjon om ulike temaer og stille spørsmål om ting de lurar på. Vi vil samordne og forenkle de offentlige netjtjenestene rettet mot ungdom for å sikre god informasjon og rask respons.

Å BLI LYTTET TIL ER SMERTESTILLENDE

I «Jeg mot meg» ser vi ikke bare unge mennesker som sliter. Vi ser også unge mennesker som tar egne ressurser i bruk for å hjelpe både seg selv og andre.

For at ungdom skal ta i bruk egne ressurser, må de bli lyttet til og tatt på alvor. Vi som er voksne husker vår egen ungdomstid med *en* telefon, *en* tv-kanal og *en* slankekur, og tror derfor vi vet hvordan det er å være ung i dag. Men det vet vi jo ikke. Derfor må vi lytte mer til unge i alle saker som angår dem. I helsetjenesten sørger vi nå for at unge blir hørt ved å etablere ungdomsråd på alle sykehus.

Vi skal gjøre mye på mange områder. Det aller viktigste er å sørge for at unge mennesker blir sett og hørt. Der de er. Slik de er.

Tablettene som Trine tok hjalp ikke. Men nittenåringen fikk heldigvis en annen type smertestillende. Hun ble sett og hørt av noen som forsto henne.

Det hjalp.



Unge som trenger hjelp fra psykolog eller helsesøster må få det når de trenger det, ikke to uker eller to måneder etterpå

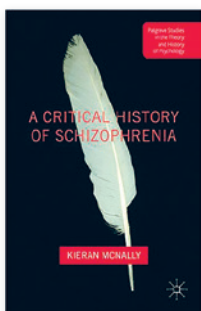




ANMELDT: BOK

Schizofrenibegrepet under press

Boken avkler myter, fjerner hellige kuer og bør lede til en selvransakende debatt.



KIERAN MCNALLY
A Critical History of Schizophrenia
Palgrave Macmillan UK, 2016. 269 sider

ANMELDT AV

Pål Grøndahl, rettspsykolog og forsker, Kompetansesenter for sikkerhets-, fengsels- og rettspsykiatri, Oslo universitetssykehus

GJENNOM STØRSTEDELEN AV mitt voksne liv har jeg hørt om schizofreni. Som pleiemedhjelper på Dikemark sykehus, som psykologstudent og som psykolog har jeg hørt schizofreni omtalt som om det var et naturgitt begrep. Kieran McNallys *A Critical History of Schizophrenia* fra 2016 rokker ved mye av det jeg tidligere har tenkt om schizofreni. Boken kunne gjerne hatt undertittelen: «Alt du vil vite om schizofreni, men ikke våger å spørre om». Den er urovekkende i sin grundige dokumentasjon av at begrepet og diagnosen schizofreni har vært bygget på temmelig tynn empirisk kunnskap. Grunnlaget for schizofreni, skriver McNally, har vitenskapelig sett vært så tynt at det er pussig at det har overlevd det 20. århundret i det hele tatt.

SOM TITANIC

Boken består av 9 kapitler i tillegg til introduksjon og et eget konklusjonsavsnitt. Gjennom totalt 256 sider utforsker forfatteren schizofrenibegrepet slik det oppsto og ble endret utallige ganger i perioden 1908 til 2000.

I 1908 introduserte psykiateren Eugen Bleuler begrepet schizofreni. I løpet av ca. 20 års tid erstattet dette Kraepelins begrep *dementia praecox*. I tiden som fulgte, skulle innholdet i Bleulers begrep endre seg utallige ganger. På løpende bånd skildrer McNally idiosynkratiske faglige oppfatninger, omskiftelige definisjoner, begrepets sosiale konsekvenser og de mange misforståelser som har omsluttet begrepet. Han siterer psykiateren D. Bannister, som beskrev schizofreni som: «a semantic Titanic, doomed before it sails – a concept so diffuse as to be unusable in a scientific context.» McNallys mål med boken er å gi en større historisk og kritisk forståelse av schizofrenibegrepet. Spørsmålet er om han når den målsettingen.

TRE MYTER

La oss først se på tre myter om schizofrenibegrepet som forfatteren tar for seg:

Myte nummer én var at schizofreni skulle bety splittet personlighet. Det er en grunnleggende misforståelse som fortsatt er levende.



McNally dokumenter hvordan flere fagpersoner oversatte og tolket Bleulers idé om splittede psykiske funksjoner som et grunnssymptom på schizofreni over i splittet personlighet – som mange trodde Bleuler hadde ment. Bleuler omtalte aldri schizofreni som en splittet personlighet. Men noe av misforståelsen kan komme av tvetydighet i måten Bleuler uttrykte seg på skriftlig, ifølge McNally. Men på den måten ble jo også schizofreni riktig så spennende, ikke minst gjennom popularisering i pressen og underholdningssjangeren. Et kjent eksempel er boken *Evas tre ansikter* fra 1954 av psykiaterne Corbett Thigpen og Hervey Cleckley, som også var med på å skrive manus til filmen med samme navn som kom i 1957.

Myte nummer to var at Bleulers schizofreni-begrep skulle bestå av de fire A-er, det vil si forstyrrelser av både affekt, assosiasjoner, ambivalens og autisme. Dette er helt feil, ifølge McNally, som påpeker at Bleuler aldri skrev dette, og påviser en omfattende sirkelsitering fra en lærebok i psykiatri for sykepleiere som kom ut i 1960.

Den tredje myten var at katatoni var en grunnleggende subtype av schizofreni. Bleuler mente selv å kunne påvise det ved å peke på at mer enn halvparten av de inneliggende pasientene han var i kontakt med, hadde symptomer på katatoni. Men boken beskriver flere undersøkelser som har vist at katatoni som symptom nærmest har forsvunnet. For eksempel skrev David Rapaport allerede i 1945 at katatone psykoser er ekstremt sjeldne. Påstanden vakte få protester.

UHELDIGE PERSONLIGHETSTREKK

For den historie- og samfunnsinteresserte er bokens kapittel om de sosiale og moralske fordømmende konsekvensene som schizofreni-begrepet skulle få, interessant. Schizofreni ble sterkt sammenkoblet med kriminalitet, avvikende seksualitet og negative personlige trekk.

Eksempelvis skrev psykiateren og forsker på kriminologi Karl Birnbaum i 1931 at han kunne identifisere to typer personer med schizofreni: den passivt usosiale og den kriminelle. »

MYTEKNUSER At schizofreni betyr splittet personlighet har vært en seiglivet myte, skriver Kieran McNally. Robert Louis Stevensons bok *Strange Case of Dr Jekyll and Mr Hyde*, er kjent for skildringen av ideen om den splittede personligheten. Illustrasjon: Papa Lima Whiskey/United States Library of Congress



Boken er urovekkende i sin grundige dokumentasjon av at begrepet og diagnosen schizofreni har vært bygget på temmelig tynn empirisk kunnskap

En annen psykiater, Gilles (årstallet ikke nevnt), anså at: «matricide is the schizophrenogenic crime». Andre negative utslag var at fagpersoner lett koblet personer diagnostisert med schizofreni, med en rekke uheldige personlighetsmessige trekk. De var psykopater, asosiale, svake, mordere, enkle med mer. MacNally gir et tydelig bilde av at personer med schizofrenidiagnose som ikke holdt seg innenfor en moralkodeks, lett ble plassert i en ny subtype av ulike psykiatere. Avvikende seksualitet, homofili, transseksualitet og onani ble ofte forsøkt sammenkoblet med schizofreni uten at noen klarte å påvise kausalitet i noen som helst retning. Dette er viktig, men ikke spesielt lystelig historisk lesning av psykiatriske autoriteters herjinger med en særdeles sårbar gruppe mennesker.

KAMELEONEN SCHIZOFRENI

Det sentrale temaet boken reiser, er schizofrenibegrepets gyldighet belyst ved et historisk tilbakeblikk. MacNally starter boken med kapitlet «Schizoidia: The Lexicon». Der gjennomgår han hvordan begrepet nærmest kameleonaktig ble forandret og uttrykt gjennom det 20. århundret. Samtidig ble personer som fikk diagnosen schizofreni, sammensmeltet med sin diagnose, noe som har blitt kalt «schizofrenisering». Ikke få fagfolk har uttrykt at vedkommende *er schizofren*, versus å si at vedkommende *har en schizofren lidelse*. Med slik språklig sjonglering er det kanskje ikke så rart at psykiske lidelser har vært sett på med skam og blitt fortiet. Det har nok langt sjeldnere vært uttrykt at vedkommende er diabetiker, de fleste har diabetes. Historisk sett har schizofreni blitt uttrykt på utallige vis i mangel på biologiske markører, ifølge forfatteren. Uttrykkene har vært mange i den engelske språkdrakten: schizoid, schizothymia reactiva, schistic, schizographie, schizophasia, schizophrenese schizoparalexia, schizoparagraphia, schizoparaphasia, for å nevne noen eksempler. MacNally skriver: «Such euponic terms appeared as symbolic incantations in a seemingly unassailable body of knowledge.» Også de utallige forsøkene på å foreta klassifiseringer av symptomer og å lage subtyper av schizofreni får bred plass i boken. Forfatteren ender opp med å si at de fleste forsøk har vært like mislykkede som de har vært tallrike. Her refereres ikke bare de mest antipsykiatriske talspersonene, men også tunge fagmiljøer. En rekke fagfolk og forskere har langt på vei erkjent at symptomer og subtyper har vist seg å være svært forskjelligeartede. Fagpersoner har kommet med forskjellige forslag til kjerne-symptomer og subtyper på schizofreni. Ulik diagnostisering har vist seg mellom fagpersoner, institusjoner, land, kontinenter og tidsperioder. Selv ikke pasientene har tilpasset seg forsøkene på å finne en slags kjerneschizofreni. Samme pasient diagnostisert med schizofreni har utvist forskjellige symptomer til forskjellig tid i sykdomsforløpet. Irriterende og slemme pasienter som ikke tilpasser seg klassifiseringen av dem, altså.

Forsøkene på klassifisering har altså vist seg vanskelige. I boken blir den anerkjente norske psykiater og forsker Rolv Gjessing sitert. I 1938 skrev han at det fantes (sub)typer av schizofreni som muligens ennå ikke var oppdaget. Som McNally skriver: «Each new classification that emerged simultaneously represented a critique and rejection of earlier forms.» Det er mulig at vi ser at de gjentatte forsøkene på å lage gyldige subtyper har kulminert i DSM-5-systemets avskaffelse av subkategorier av schizofreni. På deres hjemmeside står det:

«Additionally, the diagnostic criteria no longer identify subtypes. Subtypes had been defined by the predominant symptom at the time of evaluation.

But these were not helpful to clinicians because patients' symptoms often changed from one subtype to another and presented overlapping subtype symptoms, which blurred distinctions among the five subtypes and decreased their validity.»

(<http://www.dsm5.org/Documents/Schizophrenia%20fact%20Sheet.pdf>)

TANKEVEKKENDE - MEN TUNG

Lykkes McNally med sitt prosjekt? Langt på vei vil jeg si ja. Han presenterer en spennende og tankevekkende historie om schizofrenibegrepet. Problemene knyttet til validiteten av schizofreni ser ut til å ha vært enorme. Det gir grunnlag for å drøfte om det faktisk er et gyldig begrep. Jeg kan ikke se at forfatteren konkluderer på dette punktet, men han leverer en solid problematisering om schizofrenibegrepet som bør videreføres. Det kan hende at «psykoselidelser» er mer valid enn schizofreni.

Dersom noen frykter at boken er nok et antipsykiatrisk innlegg, så er den ikke det. Leseren blir systematisk ledet gjennom en merkelig og sammensatt historie som er godt dokumentert. Bare referansene utgjør 30 sider.

En svakhet ved boken er at den tidvis fremstår som noe tungt skrevet. Her er eksempel hentet fra side 24 og 25 i den elektroniske versjonen: «Ostensibly such apodictic and nonchalant didactic exposition shed light on both society and madness (and increased the authority and prestige of those who entertained it). Yet, in hindsight, unfalsifiable and often anachronistic diagnostic projection into fiction — including the ever-versatile fairy tale— ran in conjunction with ongoing epistemic difficulties experienced by those who sought to conceptualise schizophrenia.» Man skal ha et godt forhold til ordbøker eller Google translate for å tygge seg igjennom slike setninger. Kanskje det er anstrengelsen ved å produsere slike innviklede setninger som gjør at bokens pris for lesebrettutgaven er 975 og 650 kroner for selve boken. En annen svakhet er mangelen på illustrerende kasus, som kunne økt forståelsen for en del av de nokså kompliserte temaene som gjennomgås. Det hjelper ikke å være sprenglærd om man ikke klarer å formidle sitt budskap.

Men alt i alt er dette en interessant bok som avkler myter, fjerner helige kuer og som bør lede til en selvransakende debatt om et begrep som for mange er en naturgitt selvfølgelighet. Debatten ser da også ut til å ha nådd flere miljøer. Blant annet skrev Per Bergsholm en grundig gjennomgang av psykosedagnostikk og schizofrenibegrepet under tittelen: «Forsvinner schizofreni? Psykosedagnostikkens fallitt» i *Tidsskrift for Norsk Psykologforening* 8/15 (s. 668–680). I forskning.no 10. februar i år var det en artikkel under tittelen: «Schizofreni bør avskaffes som diagnose», der flere nederlandske og danske forskere ytret seg svært kritisk til schizofrenibegrepet. Begrepets fremtid er uvisst, og McNally gjør det ikke lettere for begrepet å overleve. ❌

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.

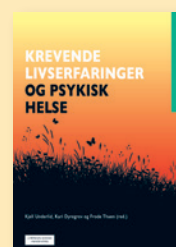
Ferskvare



Å forstå psykosser

Mening og mestring ved psykoselidelser av Frank Oterholt og Gunnar Brox Hauge (red.) utgitt på Universitetsforlaget, har sitt utspring i miljøet rundt stiftelsen

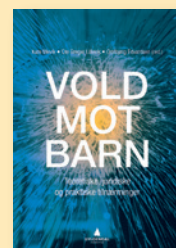
Senter for psykoterapi og psykososial rehabilitering ved psykosser (SEPREP). Målet er økt forståelse for hvordan mennesker med psykoselidelser og deres nærmeste lever med dette. Forfatterne retter blikket framover: Hvor står vi i det psykiske helse-landskapet i dag, og hvor finnes innsikt i psykoselidelser som bør tas med videre?



Krevende livserfaringer

Cappelen Damm Akademisk har utgitt *Krevende livserfaringer og psykisk helse* av Kjell Underlid, Kari Dyregrov og Frode Thuen (red.) En fel-

lesnevner for disse livserfaringene er at de utløser psykososialt stress og opplevelse av krise, sorg og/eller tap. Men vonde erfaringer kan på sikt også gi grunnlag for personlig vekst og utvikling. Det siste kapitlet tar for seg den profesjonelle hjelperen, som selv er i en krevende situasjon i møte med mennesker i krise.



Vold mot barn

Hvordan jobbe systematisk med praksisnære modeller for tiltak rundt barnet? Det er hovedspørsmålet i *Vold mot barn. Teoretiske,*

juridiske og praktiske tilnærminger av Kate Mevik, Ole Greger Lillevik og Oddbjørg Edvardsen (Gyldendal forlag). Forfatterne som representerer både forskere og fagpersoner, ønsker større åpenhet og innsats i dette arbeidet - og å gjøre fagfolk bedre i stand til å ivareta barneperspektivet i beslutningene de tar på vegne av barnet.

Den overvinnelige skammen

I braksuksessen Skam sprekker trollene i sollys.

FY FADER SÅ hardt å være tenåring. Ikke bare skal du takle livets mest intense følelsesmessige opplevelser, du risikerer også at kjæresten din sier ting som: «Du bare følger etter hva alle andre synes er spennende. Du har liksom ikke egne meninger. Fordi hva liker du liksom? Hvem er du?» Det er litt av noen utfordringer den litt usikre hovedpersonen Eva får i fanget i første sesong av NRK-produksjonen Skam. Skildringene fra livet i første klasse på Hartvig Nissen videregående skole i Oslo er nære, direkte, såre, og innimellom utrolig morsomme.

LOOSER-VAN OG TILHØRIGHET

Eva, Noora, Vilde, Sana og Chris. Jentene forenes i et russebussprosjekt på høsten i første klasse. Eva har kun kjæresten og bestekameraten hans å være sammen med, etter å ha brutt venninnereglene på ungdomsskolen. De andre i gjengen har heller ikke noen stolt sosial historie å vise til. Slik frittalende Sana påpeker, må de ha en strategi dersom de skal «unngå å ende opp i en looser-van». Strategien blir å skaffe rulleplasser (det vil si midlertidig oppholdstillatelse på russebuss) med de sleezy tredjeklassegutta. Hvordan? Hooke (altså kline og/eller rote) med dem. Når jentene reagerer på Sanas forslag om at Eva i dette øyemed må slå opp med kjæresten sin, sier muslimske Sana: «Jenter i Norge bytter sex mot penger, popularitet og bekreftelse hver

eneste dag. Det kan hende at du ikke er enig i verdiene bak det, det er ikke jeg heller, men du kan ikke sitte her og late som om det er helt nytt for deg. Det er din kultur. Så hvis du synes den er så gæren, så foreslår jeg at du går ut og prøver å endre på den.» De fire første episodene er et eneste langt fyrverkeri og gjør alene Skam til den beste norske tv-serien noensinne.

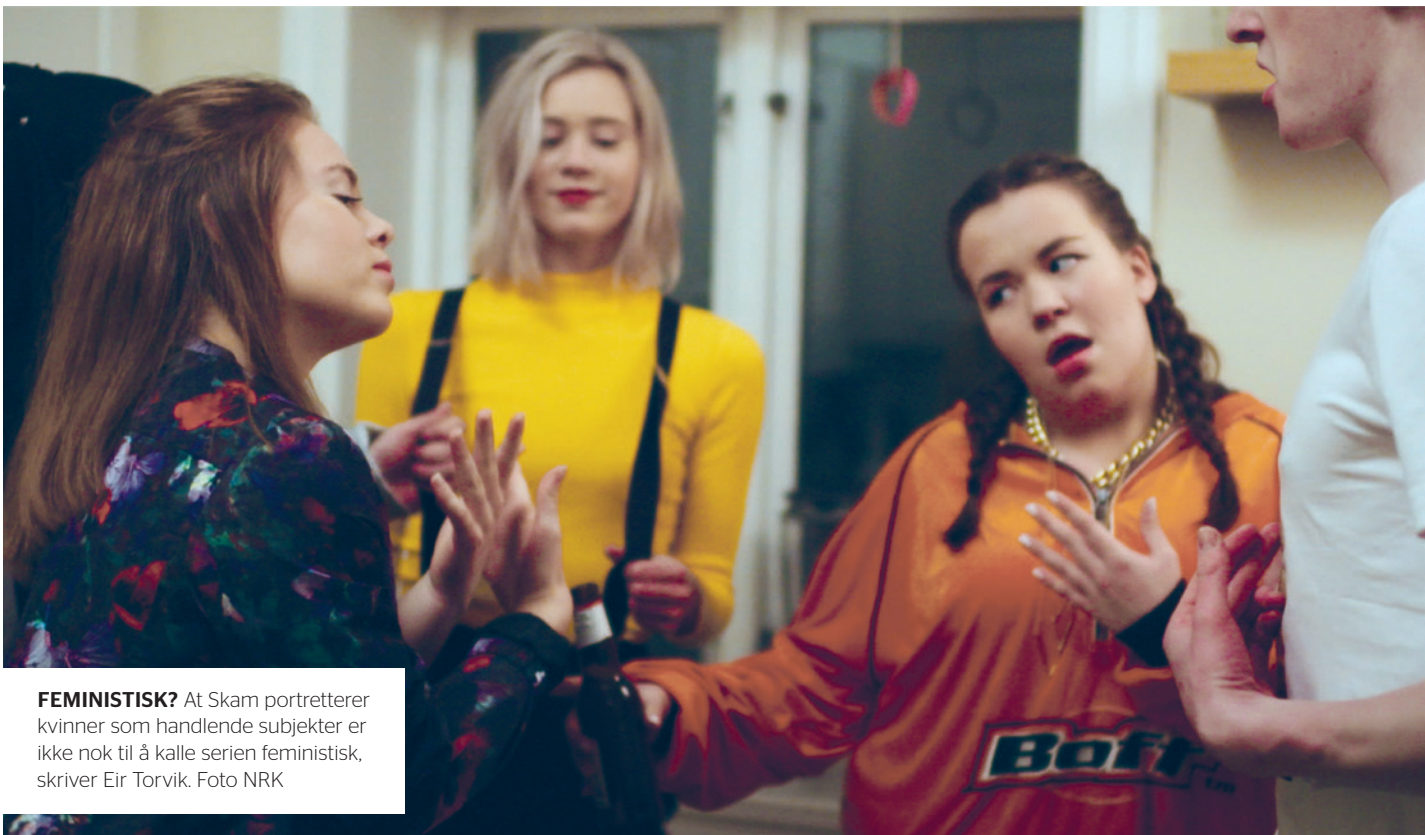
Det handler om tilhørighet. Slik raringene i skolerevyens scenegruppe påpeker, er det tid for å legge det sosiale grunnlaget for de neste tre årene. Russebuss er ikke russebuss, russebuss er trofaste venner, nye bekjenskaper, fester og fellesskap. Alle trenger et bra «crew» her i livet. Det kan være jeg ler ekstra mye fordi en del av skildringene er så gjenkjennelige fra egne år på vestkantskole med dramalinje, men seriens popularitet tatt i betraktning, ser det ut til at de fleste finner noe som treffer her. Bak skarp dialog, stilsikker kameraføring og et fantastisk soundtrack handler det jo om ytterst allmennmenneskelige tema som enhver god såpeopera vil ta opp: vennskap, kjærlighet, seksualitet, sjalusi, og ikke minst skam.

DRAMA, SKAMTROLL OG POLITIKK

Eva utfordres på hvem hun er, og hva hun står for. Som i en klassisk tragedie henter fortida henne inn – de mørke hemmelighetene kan ikke holdes skjult. Til forskjell fra hos Ibsen

ANMELDT AV

Eir Torvik,
fjerdeårsstudent ved
profesjonsstudiet
i psykologi,
Universitetet i Oslo



FEMINISTISK? At Skam portretterer kvinner som handlende subjekter er ikke nok til å kalle serien feministisk, skriver Eir Torvik. Foto NRK

og Sofokles fører avsløring og konfrontasjon i Skam til gode løsninger og sterkere fellesskap. Eva har fått seg hardføre venner som tåler det meste. De fleste av karakterene er dessuten fleksible og har muligheter for endring, noe som gjør dem desto mer interessante å følge. Under slike betingelser sprekker skamtroll ved eksponering for dagslys. Det rike galleriet av komplekse, sammensatte og troverdige personligheter er for øvrig kanskje seriens aller største styrke.

Andre sesong handler mest om Noora, som ser ut til å ha tatt Sanas oppfordring om å endre samfunnet på alvor – eller kanskje var hun prinsippfast feminist i utgangspunktet. Her er vi ved en av de mest interessante debattene som har gått i våres (ja, jeg mener det): Er Skam en feministisk serie, og underkaster Noora seg en manipulerende drittsekk når hun blir sammen med William? Sistnevnte er den «kjekkeste, kuleste i hele tredje klasse», ifølge Wilde, som ligger med ham etter å ha snakket med ham én gang, med den hensikt å bli kvitt jomfrudommen med en som helt sikkert vil få henne til å komme. Han er også en rik, sårbar og aggressiv fyr, som ifølge Øystein Stene i Rushprint minner litt for mye om en alfahann fra 1950-tallets kvinneromaner. Og så har han hatt en kjip barnedom. Serien taper seg utover i sesong 2, der det blir et litt ensidig fokus på muligheten for den

store kjærligheten, samtidig som karakterene, og særlig Noora, slutter å overraske.

Siri Erika Gullestad skriver i Morgenbladet at fortolkningen av sesong 2 som Nooras kapitulasjon for Williams hersketeknikker gjør jenter til ofre som ikke kan ta ansvar for egne følelser og handlinger. I likhet med Gullestad mener jeg at den grunnleggende konflikten i sesong 2 ikke er jentefellesskap mot manipulerende mannssjåvinist. Derimot trer Nooras vansker med å innrømme for seg selv hva hun ønsker og trenger, balansen mellom fellesskap og autonomi, fornuft og følelser, inn i forgrunnen. Behovet for tilknytning og fellesskap gjelder begge kjønn, og Noora sliter med å la folk få innpass. «Du vet at du ikke må klare alt i verden alene?» spør kameraten Eskild når hun isolerer seg etter et seksuelt overgrep. Da er det ikke så gærent at William er litt pågående, at de rundt henne ikke gir slipp. På tross av sårbarheten er Noora sterk. Hun er ikke sen om å si hva hun mener, nekter å gå med Brun og blid-logo på russedressen på grunn av skjønnhetsidealet solariumkjeden promoterer, og setter William på plass flere ganger.

At Skam portretterer kvinner som handlende subjekter, kan ikke alene være grunnlag for å kalle serien feministisk. Jeg synes likevel at både mye av tematikken og spesielt vinklingen på mange av problemstillingene jentene stilles overfor, er preget av en spennende

SKAM

- NRK-serie, skrevet og regissert av Julie Andem.
- Serien følger hovedpersonene med videoklipp som legges ut på p3.no hver dag.
- I tillegg publiseres bilder fra de imaginære karakterenes instagramkontoer og meldingsutvekslinger. På slutten av uka settes videoklippene sammen til en episode som vises på TV og legges ut på nett. Sesong 3 lages i disse dager.



kombinasjon av politisk aktivisme og psykologisk forståelse. «Stakkars fyr», sier for eksempel tredjeklassejenta Mari da Noora forteller at Niko, broren til William, har tatt nakenbilde av henne mens hun sov. Noora reagerer på kommentaren med vantro. Synd på en jævla dust? «Det var riktig av deg å anmelde han liksom», sier Mari, og så kommer historien om Nikos vanskelige oppvekst og forferdelige mor. Det er passe nyansert og ganske fint.

Å KLARE SEG SELV, SAMMEN

Fraværet av gode voksenpersoner er påfallende i Skam. Kanskje er det bare fordi målgruppa er jenter 16, ei tid der andre ting i livet oppleves som viktigere, men likevel – 16-åringer er barn. Mora til Eva er nesten alltid ute og reiser med jobben, og når hun er hjemme, er hun mest opptatt av datterens dalende karakterer. Nooras foreldre, en sexolog og en psykolog, har ifølge Noora aldri elsket henne: «De er bare opptatt av hverandre og sitt eget sexliv.» Hun snakker med dem på telefon én gang i måneden og sier hun er lykkelig uten dem, men har tårer i øya. Mora til William pleide ifølge Mari å gå rundt og smile nervøst og late som ingenting mens Niko hadde forferdelige raserianfall, innelåst på rommet sitt. Fedrene er helt fraværende. I periferien av serien portretteres altså en foreldregenerasjon som ikke klarer å møte og ta vare på ungene sine.

Det sterke fellesskapet mellom de jevnaldrende erstatter fraværet av trygge voksenpersoner. I sesong 1 begynner Vilde å sortere maten på tallerkenen sin og drikke i overkant mye Pepsi Max etter at William har avvist henne. Noora skjønner raskt hva det går i, og flere fine scener skildrer hvordan vennegjengen tar seg av hun som forsøker å bli kvitt skammen med slanking. Framstillingen av hvordan også Noora slutter å spise etter Nikos overgrep, repetisjonen av situasjonene fra sesong 1, er også mesterlig gjort. Det skjøre samspillet når Vilde kommer på døra med mat til sultekunstneren. Og maken til Vildes flotte tale om hvor viktig det er å dra rett til legevakta uten å vaske seg hvis man blir voldtatt, skal du lete lenge etter. Den er så i overkant pedagogisk at man bare må trekke på smilebåndet av serieskaper Julie Andems veldige, men nødvendige understreking. «Alle vet jo det», sier Vilde, men alle vet dessverre ikke det. Jeg gleder meg til sesong 3, og håper den vil handle om noe mer og annet enn den første kjærligheten. ❌

KLASSIKEREN



Watzlawick, Weakland & Fisch, *Change. Principles of problem formation and problem resolution* (1974)

Denne boken har formet mye av måten jeg tenker og ikke minst jobber med endring på, skriver Lars Pedersen.

Change var en av favorittene blant pensumbøkene på studiet, og den har fått stå lett tilgjengelig i bokhyllen i de 20 årene som har gått siden jeg leste den første gang. «Når løsningen blir problemet», var en pirrende påstand som ledet inn til to sentrale spørsmål: *Hvordan* opprettholdes den uønskede situasjonen, og *hva* kreves for å endre den? Ingen *hvorfor* her altså. Boken forfekter den grunnleggende ideen om at det er to måter å endre på: en enkel, «sunn fornuft»-tilnærming, som ofte bare gjør vondt verre eller i beste fall ikke virker – og en «second order»-type endring, der man stiller spørsmål ved forutsetningene for problemet. De mest alvorlige problemene vi møter i livet, krever andregrads-endring, hevder forfatterne. Tittelen på boka er forførerisk enkel, men det er ikke enkle teorier som blir presentert, og de er heller ikke enkle å overføre til praktisk bruk. Likevel har jeg i *Change* funnet stor inspirasjon til mitt daglige arbeid, hovedsakelig som konsulent innen OU-arbeid i offentlig og privat næringsliv, men også som terapeut.

Lars Pedersen utfordrer Raymond Madsen til å ta stafettpinnen videre



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.

SEPTEMBER 2016

Psykologikongressen 2016

Se annonse i Psykologtidsskriftet 06.16 s. 491
Påmelding via www.psykologforeningen.no/kurs og utdanning

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/>

WAIS-IV - Administrasjon og tolkning

19.–20. september
For mer informasjon og påmelding www.psykologforeningen.no/kurs og utdanning

Mindfulness i psykoterapi

22.–23. september
For mer informasjon og påmelding www.psykologforeningen.no/kurs og utdanning

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

Lovkurs

10.–11. oktober
For mer informasjon og påmelding www.psykologforeningen.no/kurs og utdanning

NEPSY-II

20.–21. oktober
For mer informasjon og påmelding www.psykologforeningen.no/kurs og utdanning

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/>



Kurslederopplæring – høst 2016:

Kurs i mestring av depresjon (KiD) • Depresjonsmestring for ungdom (DU) • Kurs i mestring av belastning (KiB)

KiD, KiB og DU er lavterskeltiltak som er lagt opp som gruppeundervisning og er hjelp til selvhjelp. Kursene er basert på kognitiv, sosial læringsteori, til bruk i primærhelsetjenesten, poliklinikker, BUP, DPS, Helseforetak, skolehelsetjenesten, NAV/arbeidsmarkedsbedrift etc.

Høsten 2016 har vi satt opp følgende plan for kurslederopplæring:

Kurslederopplæring KiD: Kristiansand i uke 35, Bergen i uke 38, Stjørdal i uke 44, Tromsø i uke 47, Lillestrøm i uke 47

Kurslederopplæring DU: Bergen i uke 38, Gardermoen i uke 42, Kristiansand uke 49

Kurslederopplæring KiB: 10.–11. nov. i Kristiansand

Oppdateringsseminar: Stjørdal 8. september, Oslo 9. september, Kristiansand 16. september og Bergen 28. september

Opplæringsprogrammet er støttet av Helsedirektoratet

Kontaktperson: Anita H. Lorentsen, kompetanserådgiver, tlf.: 994 60 646, e-post: anita.lorentsen@fagakademiet.no

For mer informasjon om KiD, KiB og DU og for påmelding; se www.fagakademiet.no



Utredningskurs i Stavanger høsten 2016

Psykiatrisk divisjon ved Stavanger Universitetssjukehus arrangerer fast introduksjonskurs til diagnostisering og utredning, samt en rekke fordypningskurs i ulike utredningsverktøy for psykologer, leger og andre individualbehandlere. Høsten 2016 arrangeres følgende kurs:

Kurs	Dato	Omfang
Diagnostisering og risikovurdering	30. august	1 dag
Standard utredningspakke – introduksjon	31. august	1 dag
WAIS-IV – administrasjon og tolkning	8. september, 5. desember	2 dager
ICD-10	22. september	½ dag
Klinisk bruk av MMPI-2	28.–29. november	2 dager
PANSS	18. november	½ dag
ADHD barn/ungdom/voksen	12.–13. desember	2 dager

Påmelding og mer informasjon om kursene finner du på www.sus.no/kurs (velg Kurs fra Psykiatrisk divisjon for en enklere oversikt.) Her finner du også andre aktuelle kurs/seminarer.



METODER

Korte forelesninger, filmklipp, drøftingsoppgaver i grupper.

BIDRAGSYTERE

Dommerne Rikke Lassen, Oslo tingrett og Inger Bonnie Gjerde, Nord-Troms tingrett.

OPPLEGG

11 regionale dagsseminarer, kl 1000-1600. Maks 60 deltakere pr seminar. Deltakerne bes melde seg på der det er naturlig mht regional tilhørighet. Det er ingen deltakeravgift.

Felles søknad om godkjent etterutdanning vil bli sendt i etterkant av seminaret.

MELD DEG PÅ NÆRMEST EGEN REGION

Send påmelding til anita.singsaas@domstol.no
Oppgi navn, tittel, arbeidssted, epost, og ønsket dato.

Tromsø	02.12
Bodø	30.11
Ålesund	28.11
Trondheim	18.11
Bergen	16.11
Stavanger	15.11
Kristiansand	03.11
Drammen	02.11
Oslo	18.10
Fredrikstad	14.10
Lillehammer	12.10

11 REGIONALE
SEMINARER
FOR DOMMERE,
SAKKYNDIGE
OG ADVOKATER

Oppdatert kunnskap, ny praksis i foreldretvister

Høsten 2016 gjennomføres 11 regionale seminarer for å nå alle landets dommere, aktuelle advokater og sakkyndige.

Stortinget har vedtatt lovendringer for å fremme barneperspektivet og barns rettigheter. Gjennom FNs barnekonvensjon har Norge forpliktet seg til at barnets beste skal være et grunnleggende hensyn – ikke bare i avgjørelsene, men også i saksbehandlingen.

En oppdatering og kvalitetssikring for vår behandling av saker etter barneloven er derfor høyaktuell. På seminaret presenteres bl.a. ny nasjonal veileder for behandling av foreldretvister.

Det er avgjørende i disse sakene at aktørene samhandler for å få en god prosess til barnets beste.

De domstolene som har vært tidlig ute med rutinebeskrivelser har formidlet at et slikt samspill har vært suksessfaktoren for å få til en åpen og forutsigbar saksbehandling til barnets beste.

LÆRINGSUTBYTTE

- Økt kunnskap om hvordan retten etter gjeldende lovverk og god dommerskikk behandler foreldretvister i dag.
- Økt forståelse for hvordan hver enkelt aktørgruppe kan bidra til et bedre samspill, og dermed bedre resultat for barnet, gjennom raskere og mer robuste avgjørelser.

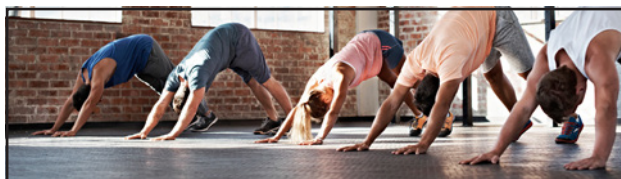


«Den lille i den store» 25 ÅRS JUBILEUMS- KONFERANSE FOR IBUP

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.



PROFESJONELL FAGUTDANNELSE MINDFULNESSINSTRUKTØR

Ønsker du å utvide din kompetanse som
mindfulnessinstruktør ?

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

START 15. SEPTEMBER 2016

8 samlinger x 4 dager

Søknad: www.creationwork.org

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



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

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
8	18.07	01.08
9	18.08	01.09
10	19.09	03.10
11	18.10	01.11

ANNONSEFORMATER

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

Priser stillingannonser/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. Sentralbordet vil være stengt i perioden 18.-29. juli (uke 29 og 30)



Mindfulness i psykoterapi – påbyggingskurs

Målgruppe

Dette er et påbyggingskurs for de som tidligere har deltatt på kurset «Mindfulness i psykoterapi-dynamiske og eksistensielle perspektiv».

Tema

Hvordan mindfulness utgjør et perspektiv på psykisk lidelse og vekst, gir redskap til å arbeide med den terapeutiske relasjon, og hvordan en konkret kan hjelpe klienter med å bruke mindfulness og selvmedfølelse i møte med problemer og utfordringer.

Målsetning

Kurset vil gi en fordypning i hvordan terapeuter kan anvende mindfulness og selvmedfølelse selv i løpet av sin kliniske hverdag, både for å best mulig kunne relatere seg til klientene og som en form for egenomsorg i et utfordrende yrke. Kurset vil også gi en fordypning i hvordan en kan tilpasse bruk av mindfulnessøvelser i samarbeid med den enkelte klient i arbeid med ulike problem.

Etter kurset vil deltakerne ha praktisk kjennskap til hvordan de kan anvende mindfulness for seg selv i sin hverdag, og ha kjennskap til muligheter og begrensninger i bruk av mindfulness rettet mot ulike problemer hos klienter.

Om kursleder

Kursleder Per-Einar Binder er dr. psychol. og professor i klinisk psykologi ved Universitetet i Bergen. Han er spesialist i klinisk psykologi med fordypningsområdene voksenpsykologi, barnpsykologi og intensiv psykoterapi. Binder arbeider med å integrere mindfulness i psykoterapi og har blant annet videreutdanning i Mindfulness Based Stress Reduction (MBSR), dynamisk og emosjonsfokusert terapi. Han driver forskning på endringsprosesser i MBSR og i psykoterapi, og har skrevet fagbøkene «Et oppmerksomt liv» og «Den som vil godt».

Kurset er godkjent som fritt spesialkurs og vedlikeholdsaktivitet med 16 timer.

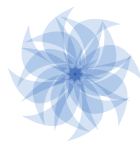
Sted og dato: Oslo, 22.-23. september 2016

Påmeldingsfrist: 18. august 2016

Medlemspris: kr 6 700

Kursnr.: 112-16

Påmelding via www.psykologforeningen.no



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



20 års jubileumsmøte i Norsk Nevropsykologisk Forening

7.–9. september 2016, Quality Hotel Expo, Fornebu

Onsdag 7. september

- **Cognitive progress and moral progress.** James R. Flynn, Professor Emeritus of Political Studies at the University of Otago in Dunedin, New Zealand
- **Symposium 1: Improvements in clinical methods**
- **Symposium 2: Challenges in diagnosis of people with mild cognitive impairment**
- **It's not only the injury that matters, but also the kind of head.** Jennie Ponsford, Professor, Monash University, Director of the Monash-Epworth Rehabilitation Research Centre, Australia

Torsdag 8. september

- **The neuropsychology of auditory hallucinations.** Kenneth Hugdahl, Professor, University of Bergen
- **Neurocognitive deficits in bipolar disorder: Implications for understanding emotion disturbance.** Sheri L. Johnson, Professor, University of California, Berkeley, USA
- **Brain plasticity during development.** Bryan Kolb, Professor of Neuroscience and Board of Governors, Chair in Neuroscience, University of Lethbridge, Canada
- **Symposium 3: Pay attention to ADHD symptoms**
- **Symposium 4: The neuropsychology of chronic pain**
- Utnevnelse av og foredrag fra æresmedlem i NNF
- Festmiddag

Fredag 9. september

- **Aging starts in the womb – factors influencing brain and cognition through the lifespan.** Anders Fjell & Kristine Beate Walhovd, Professors, University of Oslo, Research Group for Lifespan Changes in Brain and Cognition (LCBC), Norway
- **Short- and long-term outcomes after pediatric traumatic brain injury.** Jacobus Donders, Chief Psychologist at Mary Free Bed Rehabilitation Hospital, USA
- Presentasjon av nye doktorgrader

Godkjennes som 21 timers fritt spesial-/vedlikeholdskurs

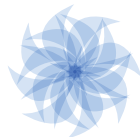
Pris for medlem av NNF: inkl. festmiddag kr 4 950, uten festmiddag kr 4 200

Pris for ikke-medlem av NNF: inkl. festmiddag kr 5 450, uten festmiddag kr 4 700

Pris for studenter/pensjonister: inkl. festmiddag kr 3 450, uten festmiddag kr 2 700

Kursnr: 924-16

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





Nevropsykologisk/nevrokognitiv undersøkelsesmetode for barn og unge

NEPSY-II

Kursnr 108-16. Oslo 20.-21. oktober 2016

Målgruppe

Psykologer og psykologspesialister.

Målsetting

Kursdeltakerne vil få kunnskap om utredning med NEPSY-II og det blir anledning til å øve seg og lære hvordan man best administrerer det omfattende materialet. Det vil være fokus på nevropsykologisk tenking og forståelse, samt gjennomgang av mulige utfall på de enkelte deltestene. Dette danner grunnlag for en innføring i tolkning av resultatene.

Innhold og metode

NEPSY-II gjør det mulig å følge barn i alderen 3 år til 16 år med den samme undersøkelsesmetode. Den gir en unik funksjonsprofil for det enkelte barnet. Mentalisering og sosial persepsjon i form av affektgjenkjenning inngår i undersøkelsesmetoden og utgjør et 6. domene i tillegg til områdene oppmerksomhet- eksekutive funksjoner, språkforståelse, sensori-motorikk, visuo-spatial funksjon og hukommelse.

Kurset er et introduksjonskurs rettet mot nybegynnere og lett øvede NEPSY-brukere.

Om kurslederne

Kirsten Møller-Pedersen er spesialist i klinisk psykologi med fordypning innen nevropsykologi og i barn og unge. Hun har arbeidet i barne- og ungdomspsykiatrien med implementering av nevropsykologisk forståelse gjennom mer enn 25 år.

Anne-Siri Øyen er spesialist i klinisk psykologi med fordypning barn og unge og har doktorgrad i klinisk utviklingspsykologi fra Canada.

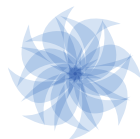
Kirsten Møller-Pedersen og Anne-Siri Øyen har undervist i NEPSY gjennom flere år og var også faglige konsulenter for Pearson i forbindelse med utarbeidelsen av den norske versjonen av NEPSY-II.

Medlemspris: kr 6 700

Avmeldingsfrist: 15. september 2016

Kurset starter 20. oktober kl. 9 og avsluttes 21. oktober kl. 17.

Kurset godkjennes som fritt spesialkurs og vedlikeholdskurs med 16 timer.



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



Kurs for spesialister i voksen og barn/ungdom som ønsker vedtakskompetanse

Lovkurs; Tvangsvedtak i psykisk helsevern

Kurset retter seg mot psykologspesialister med fordypning i voksen eller barn/ungdom som skal fatte tvangsvedtak.

Kurset gir en god innføring i de fire helselovene. Kurset tilfredsstiller kravene til lovkunnskap hos den faglig ansvarlige for vedtak innen psykisk helsevern. Det vil være innlegg fra aktører med ulike perspektiv på psykisk helse-feltet. Økt vektlegging på brukermedvirkning og medbestemmelsesrett medfører en styrket bevissthet om et tettere samarbeid både med brukere og pårørende.

Aktuelle tema:

- Helselovene
- Faglig ansvarlig for vedtak
- Oversikt over grunnprinsippene i norsk helserett og helselovgivning
- Kontrollkommisjonens arbeid
- Etisk begrunnelse for frihetsberøvelse/tvang
- Erfaringer med behandling og tvang innen psykisk helsevern

Kurset godkjennes som fritt spesialkurs og vedlikeholdskurs med 16 timer.

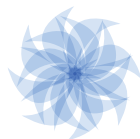
Sted og dato: Oslo, 10.-11. oktober 2016

Påmeldingsfrist: 5. september 2016

Medlemspris: kr 6 700

Kursnr.: 115-16

Påmelding via [www.psykologforeningen.no/Kurs og utdanning](http://www.psykologforeningen.no/Kurs%20og%20utdanning)



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

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 utøvere av vold, men noen kontorer arbeider også med voldsutsatte voksne, ungdom og barn. Stiftelsen har 57 ansatte, hovedsakelig psykologer.

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

Alternativ til Vold (ATV) i Kristiansand ligger sentralt i byen og har lyse trivelige lokaler. Vi er i dag tre ansatte ved kontoret. Alternativ til Vold i Kristiansand søker psykolog/psykologspesialist i 100 % fast stilling. Vi har ledig 100 % fast stilling og søker derfor en engasjert fagperson til å være med på å opprettholde og videreutvikle behandlingstilbudet i Kristiansand.

ATV Kristiansand driver primært et behandlingstilbud til utøvere av vold i nære relasjoner. Vi har også behandlingstilbud til ungdom med volds og aggresjonsproblemer. Arbeidet med volden vil ofte innebære samarbeid med barnevern, familievern, helsestasjon og andre tilbud til barn og familier.

Vi søker deg som:

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

Hovedoppgaven for stillingen vil først og fremst være knyttet til behandling av utøvere av vold i nære relasjoner både individuelt og i grupper. Det er også oppgaver knyttet til utadrettet virksomhet, fagutvikling, fagformidling og veiledningsoppdrag. ATV har gode rammebetingelser for å drive faglig utviklingsarbeid. Vi søker fornyelse og inspirasjon blant annet innenfor kunnskap og behandling av traumer og innen nyere utviklings- og tilknytningsteori.

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.

Tiltredelse: etter avtale

Søknadsfrist: 15. august 2016

Søknader sendes på e-post til: marit@atv-stiftelsen.no.

Adresse: Alternativ til Vold, Lilletorget 1, 0184 Oslo.

Spørsmål om stillingen rettes til leder ved ATV – region Sør psykologspesialist **Cecilie Guldvog**, telefon 907 51 814 eller kontorleder på ATV Kristiansand, psykoterapeut **Marit Lyngra**, telefon 993 01 234.

- 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.

Flekkefjord/Farsund**Psykologspesialist/psykolog
- DPS Lister, poliklinikk**

Vi har ledig 2 x 100 % stilling som psykolog/psykologspesialist ved DPS Lister poliklinikk Flekkefjord/Farsund - den ene stillingen er fast og den andre er en 2-årig midlertidig stilling.

Opplysninger: Eli Lende Lindeland, enhetsleder, tlf. 38 32 73 70 eller Magne Vegge, enhetsleder, tlf. 930 47 891 / 38 19 65 30.

Søknadsfrist: 31.07.2016

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

Ønsker ikke kontakt med rekrutteringsbyrå/annonseselgere.

frantz.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.

**Avdeling for rus- og avhengighetsbehandling
(ARA) poliklinikk Flekkefjord****Psykolog/
psykologspesialist**

ARA's polikliniske tjenester i Lister er under oppbygging, og den som ansettes vil ha store muligheter til å prege utviklingen av behandlingstilbudet.

Opplysninger: avd.leder Arne Torbjørn Bie tlf. 958 19 827, enhetsleder Reidun Åsland tlf. 948 47 366 eller psykologspesialist Helga Tveit tlf. 918 19 994

Søknadsfrist: 31.07.2016

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

Ønsker ikke kontakt med rekrutteringsbyrå/annonseselgere.

frantz.no

**Ledig stilling som psykolog**

Vi søker psykolog med norsk autorisasjon som synes det er spennende å jobbe tverrfaglig. Stillingen er en del av ett av fire tverrfaglige team bestående av lege, fysioterapeut, arbeidskonsulent, idrettspedagog og psykolog.

På Rehabiliteringssenteret AiR har vi en helhetlig tilnærming og veiledning av deltakere med sammensatte lidelser der yrkesaktivitet er målet.

For mer informasjon om stillingen, se rehabilitering.no

Søknadsfrist er **1. august 2016**, tiltredelse snarest.

Psykisk helsevern for barn og unge, Voss søker:**Psykologspesialist/ psykolog**

Det er ledig 100% vikariat i 1 år (møglich forlenging til 2 år) som Psykologspesialist/ Psykolog ved BUP Voss med oppstart 1. august 2016, eller etter nærare avtale.



BUP Voss dekker 7 kommunar (Ulvik, Granvin, Voss, Kvam, Vaksdal, Eidfjord og Jondal). Vi har 12 behandlarstillingar og 3 merkantile stillingar. Vi har spesialistar i alle profesjonar, og dei tilsette har høg fagleg kompetanse med stor breidde i vidareutdanning.

Vi ser etter deg som har erfaring frå arbeid med diagnostisk utgreiing og behandling av barn og ungdom med psykiske lidningar.

Ref. nr.: 3111503655

Søknadsfrist: 17.07.2016

Interessert?

Ta kontakt med Avdelingsleiar Tor Fjeldstad på telefon 56 53 35 35

Referansnr.: 3111503655

Søknadsfrist: 17.07.2016



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

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

engasjert for menneske

Spennende lederstilling på Vinderen ledig

Voksenpsykiatrisk avdeling Vinderen søker ny enhetsleder til enhet for rus og psykiatri.

Tiltredelse etter nærmere avtale.

Kontaktperson: Avdelingssjef Cecilie Skule, tlf. 22 02 98 00.

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



Søknadsfrist 19.08.16.

frantz.no

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

engasjert for menneske

Psykologspesialist

Ved Voksenpsykiatrisk avdeling Vinderen, Akuttpsykiatriskdøgnerhet er det ledig 100 % fast stilling som psykologspesialist

Kontaktperson: Enhetsleder Anne Cathrine H. Furuheim eller avdelingssjef Cecilie Skule, tlf. 22 02 98 00.

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

Søknadsfrist 10.08.16.



frantz.no



Fylkesnemndene for barnevern og sosiale saker

Vi trenger psykologer som kan ta oppdrag som fagkyndige medlemmer

OPPDRAG SOM fagkyndig nemndsmedlem i fylkesnemnda er et biverv som kan innehas ved siden av annet ordinært arbeid.

FYLKESNEMNDENE ER domstolsliknende og uavhengige statlige organ, som avgjør tvangssaker etter barnevernloven, helse- og omsorgstjenesteloven, og smittevernloven.

Ønsker du å bidra til barnets beste?

Les mer her:

www.fylkesnemndene.no

og se **fagkyndige medlemmer** for kriterier for oppnevning, søknadsskjema, samt mer informasjon.

Søknadsfristen er 15. august 2016.

Nordlandssykehuset HF har følgende stillinger ledig:

Regionalt senter for spiseforstyrrelser

Psykologspesialist

Regionalt senter for spiseforstyrrelser i Bodø gir et tilbud til voksne (over 18 år) med alvorlig spiseforstyrrelser.

Vi ønsker en psykolog som er positiv, villig til å ta ansvar og som er interessert i fagfeltet. Vi vil gjerne ha en psykolog som vil fordype seg i mentaliseringsbasert terapi, og som liker å jobbe i et strukturert behandlingsprogram. Hvis du vil bli del av et spennende fagfelt og er du velkommen til å søke denne stillingen.

Vi tilbyr gode muligheter for videreutdanning, og faglig påfyll i form av et utmerket bibliotek og sykehusets egne utdanningsprogram, kurs og konferanser.

Velkommen til et godt og dynamisk arbeidsmiljø, vakker natur og en by som blomstrer.

For nærmere opplysninger kontakt psykologspesialist Silje Kathrine Fredheim tlf. 913 27 884 eller ass. avdelingsleder Rune Holm tlf. 951 87 083.

Søknadsfrist: 14. juli 2016

Fullstendig utlysning og elektronisk søknadsskjema:
www.nlsh.no

frantz.no

 **NORDLANDSSYKEHUSET**
NORDLÅNDA SKIPPIJVIESSO



St. Olavs Hospital - Universitetssykehuset i Trondheim - er ett av tre sykehusforetak i Helse Midt-Norge. Hovedtyngden av virksomheten er lokalisert i Trondheim der vi har et av Europas mest moderne sykehusanlegg. Sykehuset er bygd integrert med Det medisinske fakultet ved NTNU, og her arbeider klinikere, forskere og studenter side om side. St. Olavs Hospital har ca. 10 000 ansatte og et brutto budsjett på 10 milliarder kroner. For å fremme mangfold og variasjon blant våre tilsatte ønsker vi kvalifiserte søkere, uavhengig av etnisk bakgrunn, kjønn eller alder. Mer informasjon finnes på www.stolav.no

Klinikk for fysikalsk medisin og rehabilitering

Avdeling for ervervet hjerneskade, Lian

Psykologspesialist/ psykolog

Fys.med Lian har ledig 1 fast nevropsykologstilling i 100 % fra 01.09.2016.

Avdelingen har ansvar for rehabilitering av voksne etter ervervet hjerneskade. Avdelingen driver også poliklinisk virksomhet. Stillingen er for tiden tilknyttet heldøgnsposten.

Nærmere opplysninger om stillingen kan fås ved henvendelse til avdelingssjef Trude Flatås Sæter, avdelingssjef, tlf. 951 31 294.

Søknadsfrist : 08. juli 2016

Søknad sendes elektronisk via www.stolav.no, velg Jobbsøk, deretter ledige stillinger.

Vi ønsker ikke kontakt med telefonselgere!

frantz.no

 **ST. OLAVS HOSPITAL**

Helse Fonna HF omfatter sjukehusa Haugesund, Stord, Odda og Valen og fire distriktspsykiatriske senter (DPS). Vi er over 3200 medarbeidarar som gir tenestetilbod til rundt 180.000 innbyggjarar. Bli kjent betre kjent med oss på www.facebook.com/helsefonna

Psykologspesialist/psykolog

Eining for sikkerheitspsykiatri og ambulant sikkerhetsteam ved Valen sjukehus har ledig eitt års vikariat for psykologspesialist frå og med 01.09.2016.

Hos oss får du eit inkluderande arbeidsmiljø med kompetente kolleger. Vi arbeider i tverrfaglege behandlingsteam.

Stillinga inneber utgreiing og behandling av pasientar og fagleg rettleiing av studentar og helsepersonell. Det er ønskeleg med kompetanse innan valdsrisikovurdering. Gode samarbeidsevner vil bli vektlegg. Vi ønskjer ein medarbeidar som trivs i eit dynamisk miljø der ein i periodar må arbeide intensivt og effektivt.

Valen sjukehus har fire sengepostar og ein poliklinikk. Akuttpost, sikkerhetspost, sikker/rehabilitering og ambulant sikkerhetsteam. Seksjonen har også eit prosjekt Spesialavdeling barn og unge.

Kontakt: Marianne Lund Anderssen, seksjonleiar. Tlf: 53 46 64 07. Kirsti Mæland, psykologspesialist. Tlf: 53 46 64 00.

Sjå www.helse-fonna.no/jobb for heile utlysningsteksten. Her kan du også sende oss ein søknad. Søknadsfrist er 17.07.2016.

 **HELSE FONNA**

Finnmarkssykehuset har sykehus i Kirkenes og Hammerfest, og behandling innen psykisk helsevern og rus, inkludert samisk nasjonalt kompetansesenter. Vi søker de tøffe og fleksible fagfolkene. Du vil jobbe på en liten avdeling, som betyr at du får mer ansvar og mer varierte arbeidsoppgaver. Her betyr du mer!

Finnmarksklinikken

Psykologspesialist / psykolog

Ved Finnmarksklinikken er det ledig 100 % fast stilling som psykologspesialist/ psykolog med tiltredelse snarest.

Vi tilbyr spennende og utfordrende arbeidsoppgaver og et godt arbeidsmiljø. I tillegg til god lønn får du i Finnmark en rekke økonomiske fordeler som nedskrivning av studielån.

Kontaktinfo: Ellen Ingrid G Eira, avd.sykepl. (spes.avd.), tlf. 926 69 358.

Søknadsfrist: 17. juli 2016

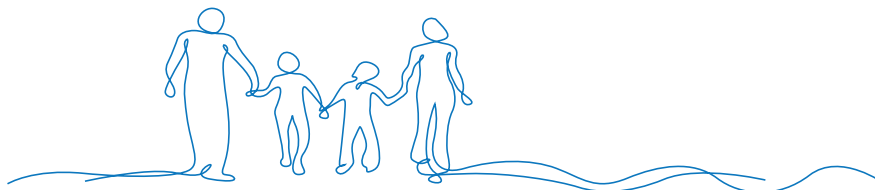
Fullstendig utlysningstekst finnes på foretakets hjemmeside www.finnmarkssykehuset.no

Attester og vitnemål legges ved søknaden. Originalpapirer etterspørres ved innkalling til intervju. Finnmarkssykehuset ønsker ikke kontakt med selgere.

frantz.no

 **FINNMARKSSYKEHUSET**
FINNMÁRKKUBUOHCEVIESSU





Blå Kors – Borgestadklinikken SA er en spesialisthelsevirksomhet for rus- og avhengighetsproblematikk med avdelinger i Skien, Drammen og Vennesla. Borgestadklinikken er landets største private ideelle behandlingsvirksomhet for mennesker med rus -og avhengighetsrelaterede problemer og deres familier.

Vi søker

PSYKOLOGSPESIALISTER/PSYKOLOGER

- + Avdeling Skien, 100 % fast stilling**
Kontakt: Enhetsleder Vegard Moen, tlf. 35 90 47 00.
- + Utredningsenheten Borgestad, 100 % nyopprettet fast stilling.**
Kontakt: Faglig leder/psykologspesialist Guro Brekke, tlf. 948 87 438.
- + Borgestadklinikken Loland, Vennesla, 100 % fast stilling.**
Kontakt: Enhetsleder Anne Birgit Nordgaard, tlf. 989 05 019.

Søknadsfrist for alle stillingene er 1. august 2016

For fullstendig utlysning og elektronisk søknadsmottak: www.jobbdirekte.no/borgestadklinikken eller www.borgestadklinikken.no/stilling-ledig



Vågan kommune

www.vagan.kommune.no

Svolvær
«hovedstaden»
i Lofoten

Kommunepsykolog - arkivsaksnr. 16/1372

100 % fast nyopprettet og spennende stilling som kommunepsykolog (ikke-spesialister oppfordres også til å søke) ved Vågan lokalmedisinske senter.

Vågan kommune er en øykommune øst i Lofoten med omtrent 9300 innbyggere. Det er to store tettsteder, Svolvær og Kabelvåg. Kommunen har rikt reiseliv, og fiskeri. Det er flotte muligheter for å drive med friluftaktiviteter, kombinert med et urbant miljø.

Nærmere opplysninger om stillingen: Kommuneoverlege Jan Håkon Juul tlf. 754 20 246 eller kommunepsykolog Lene Sommereth Hansen, Familieenheten, tlf. 75 42 02 39/75 42 03 80

Søknadsfrist: 31. juli 2016

Fullstendig utlysning og søknadsmal
www.vagan.kommune.no

Søknaden må leveres elektronisk
- har du spørsmål om utfylling av skjema ta
kontakt med Servicetorget.



frantz.no



Nedre Eiker kommune

Nærhet til alt og muligheter for alle

Nedre Eiker kommune ligger i hjertet av Østlandet! Innenfor én time fra kommunen når du alt som det sentrale østlandsområdet har å tilby. Drammenselva renner igjennom kommunen, som grenser til Drammen og Lier i øst og Øvre Eiker og Modum i vest. Vi preges av et aktivt organisasjons- og idrettsliv og satsing på bl.a. miljø, helse og eldreomsorg. I dag bor det ca 24.500 innbyggere her og vi er en kommune i vekst!



LEDIGE STILLINGER: KOMMUNEPSYKOLOG

Nedre Eiker kommune søker psykolog/psykologspesialist til 100 % fast nyopprettet stilling.

Stillingen organiseres i Helsetjenesten og du vil jobbe tett med Flyktningetjenesten, kommuneoverlegene, psykisk helse og rus.

Vi søker deg som har klinisk erfaring, interesse for folkehelse og utviklingsarbeid, kjennskap til tjenestenes utfordringer og er motivert for veiledning og rådgivning.

Kontakt virksomhetsleder Liv T. Mytting, 986 16 179 eller tjenesteleder Siri Bergene, 901 08 554 for mer informasjon.

Søknadsfrist 21.08.16

For full utlysningstekst og elektronisk søknadsskjema, se: nedre-eiker.kommune.no

Les mer om stillingen og kommunen: nedre-eiker.kommune.no

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**
ragnhildkrokke@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 SPESIALISTSAKER

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:
 18.07, 18.08, 19.09, 18.10, 18.11

