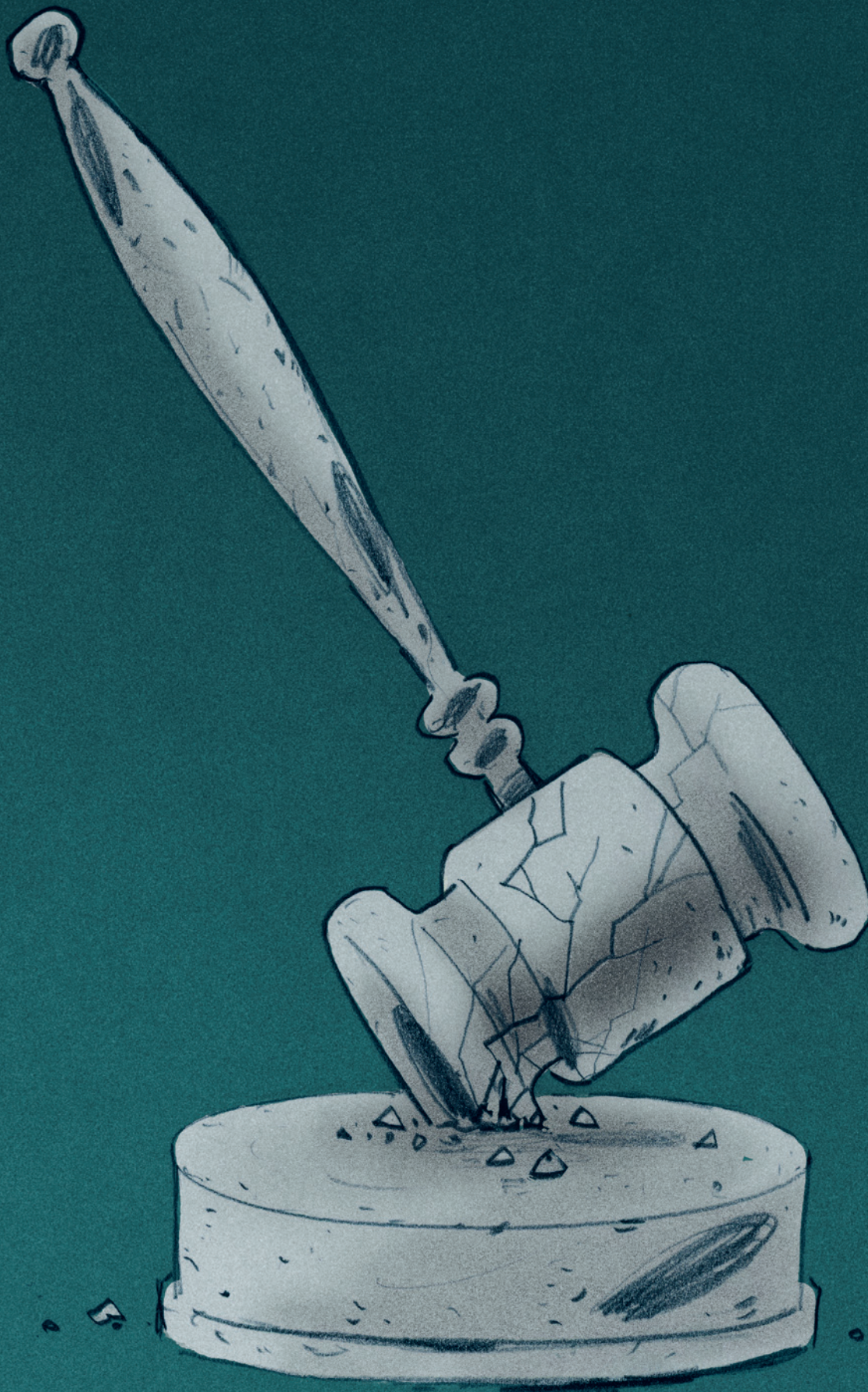


TIDSSKRIFT FOR NORSK PSYKOLOGFORENING



# PSY KOL OGI

Vol.54 **nr.2** 2017

**Lite kunnskap  
om tvangs-  
medisinering**

*Vitenskapelig artikkel*

---

**DA RETTS-  
SIKKERHETEN  
BRAST**

*Dokumentar*

---

**Sture Bergwalls  
forsvarstale**

*Bokanmeldelse  
ved Pål Grøndahl*

ISSN 0332-6470

INTERPRESS 2008-02



RETURUKE 10 150 NOK



# PSY KOL OGI

Vol. 54 **nr. 2** 2017

**Sjefredaktør** Bjørnar Olsen, [bjornar@psykologtidsskriftet.no](mailto:bjornar@psykologtidsskriftet.no), tlf. 474 01 165

**Fagredaktør** Ida K. Holth, [ida.holth@psykologtidsskriftet.no](mailto:ida.holth@psykologtidsskriftet.no), tlf. 930 23 429

**Redaksjonssjef** Per Olav Solberg (debattansvarlig),  
[perolav@psykologtidsskriftet.no](mailto:perolav@psykologtidsskriftet.no), tlf. 950 88 575

**Redaktører/journalister** Øystein Helmikstøl,  
[oystein@psykologtidsskriftet.no](mailto:oystein@psykologtidsskriftet.no), tlf. 464 66 978 og Nina Elisabeth Strand,  
[nina.strand@psykologtidsskriftet.no](mailto:nina.strand@psykologtidsskriftet.no), tlf. 979 59 515

**Redaksjonen** [redaksjonen@psykologtidsskriftet.no](mailto:redaksjonen@psykologtidsskriftet.no)

**Debatt** [meninger@psykologtidsskriftet.no](mailto:meninger@psykologtidsskriftet.no) og [debatt@psykologtidsskriftet.no](mailto:debatt@psykologtidsskriftet.no)

**Markedskoordinator** Unni Sandland, tlf. 23 10 31 33,  
e-post [tidsskrift@psykologtidsskriftet.no](mailto:tidsskrift@psykologtidsskriftet.no)

**Markedskonsulent** Winnie Engevoid

**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** Åshild Irgens

**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.

# Tillit krever tvil

**RETTSSIKKERHETEN ER DET** viktigste vernet en borger har. Det betyr at potensielt skyldige personer også har krav på prosessuell rettssikkerhet. Mister vi tillit til dette prinsippet, har rettsstaten et problem. En omfattende dokumentar i denne utgaven rokker ved denne tiliten.

Vår gjennomgang av en overgrepssak i Glåmdalen – i media tidligere omtalt som «prestesaken» – forteller om svakheter i etterforskningen og mangler i rettens etterprøving av flere av påstandene. I dag forteller daværende leder i Den rettsmedisinske kommisjon, Randi Rosenqvist, at hun angrer på sine tidligere vurderinger i saken. Mens eksperter på sakkyndighet og rettspsykologi går hardt i rette med en sakkyndigrapport som den gang ble tillagt så stor vekt av retten at den ble klippet like inn i tingrettsdommen. Hver for seg, men ikke minst samlet, kan dette ha hatt betydning for domsutfallet. Flere kilder mener det kan være snakk om et justismord.

Saken er også en fortelling om psykologifaget og profesjonsutøvelse. Den omhandler vitnepsykologi, sakkyndighet, behandlere i retten og hvordan psykisk helse kan få en helt sentral rolle i rettssystemet. I hvilken grad har etterforskere og retten tatt dette inn over seg?

I et rettssystem hvor muntlighet og bevisumiddelbarhet står sterkt, trengs vitnepsykologiens korreks for å sikre rettssikkerheten. For mer enn 70 år siden diskuterte Harald Schjelderup temaer som troverdighet og pålitelighet, forholdet mellom subjektiv sikkerhet og pålitelighet, hukommelsesfeil og krav til psykologisk sakkyndighet på et vis som er i tråd med moderne vitnepsykologi. Alt ifølge et fagessay av Svein Magnussen og Annika Melinder publisert i *Psykologtidsskriftet* i 2004 (se Fra arkivet side 209). I hvilken grad psykologer i retten

er oppdatert på forskning og kjenner sitt fags begrensning, er fortsatt et diskusjonstema. For psykologer er ikke kvalifiserte i vitnepsykologiske spørsmål i kraft av sin utdanning eller kliniske praksis per se.

I et intervju i denne utgaven forteller politioverbetjent og forsker Asbjørn Rachlew om hvor viktig det er å forebygge tunnelsyn i etterforskning og avhør gjennom å aktivt teste konkurrerende hypoteser (se side 148). Disse metodene bygger på forskningen fra vitne- og beslutningspsykologien. En slik tilnærming gir mindre skråsikkerhet og åpner for tvil. En tvil som medfører usikkerhet, forsinker avgjørelser og kan ende med et «vet ikke». Men rettssikkerheten hviler jo nettopp på at vi må leve med tvilen, selv om det er ubehagelig.

Uten å ta stilling til skyldspørsmålet forteller vår gjennomgang at man i «prestesaken» for sjelden fulgte opp saksopplysninger med spørsmålet «stemmer dette?». I denne saken ser det ut til at opplevelsen av fornærmedes troverdighet i kombinasjon med anklagedes manglende troverdighet kan ha resultert i at elementære faktasjekker ikke ble gjennomført. Etterforskere og rettsvesen har et selvsagt ansvar for dette, noe også fornærmede skriver i sin uttalelse (se side 183).

For tilliten til politiet og rettssystemet er slike saker kritiske. Men kognitive bekreftelsesfeller gjelder ikke bare etterforskere og psykologer, sier Rachlew. Det gjelder også journalister. Derfor er det viktig at også vår dokumentasjon gjennomgås, ikke bare av pressens organer, men også av offentlige myndigheter. Slik saken står nå, forteller den om svakheter både i etterforskningen og i de instanser som gir dømte nye muligheter. Det gjør det nødvendig med en grundig gjennomgang av sakens mange sider. ✕



**Bjørnar Olsen**

Sjefredaktør

bjornar@

psykologtidsskriftet.no



Saken omhandler vitnepsykologi, sakkyndighet, behandlere i retten og hvordan psykisk helse kan få en helt sentral rolle i rettssystemet

# 148



## PSYKOLOGI I POLITIET

- Ideen om at den mistenkte i Tengs-saken skulle lage et filmmanus om drapet, må ha kommet fra psykologer, sier Asbjørn Rachlew. Han mener psykologiske metoder i politiet har blitt brukt på godt og vondt.

*NÅ-intervjuet*

# 150



## «PRESTESAKEN» I NYTT LYS

En prest i Glåmdalen ble i 2008 dømt til åtte års fengsel for mishandling og seksuelle overgrep mot stedatteren. Psykologtidsskriftet har fått tilgang til politidokumenter, journalnotater og annen dokumentasjon, som kaster nytt lys over den såkalte prestesaken.

*Dokumentar*

# 186

*Dagens tvangsmedisineringspraksis ser ut til å være basert på studier der pasienten bruker medisin innenfor en ramme av frivillighet*

Vitenskapelig artikkel ved Brun, Husum & Pedersen.





FOTO: REPUBLICA - PIXABAY

## BIOLOGI FØR PSYKOLOGI

Forskning på psykologisk behandling prioriteres ikke av finansieringskildene, mener psykologspesialist Stian Solem.

*Meninger*

# Innhold

- 145 **Tillit krever tvil**  
Leder | Bjørnar Olsen
- 148 **Etterforskningens psykologi**  
NÅ: Asbjørn Rachlew | Nina Strand
- 150 **Det store sviket**  
Dokumentar | Øystein Helmikstøl, Adriane Lilleskare Lunde & Ole Dag Kvamme
- 186 **Tvangsmedisinering i psykisk helsevern**  
Vitenskapelig artikkel | Brun, Husum & Pedersen
- 196 **PP-tjenesten - en merkevare**  
Fagessay | Rolf Fasting
- 202 **Botens sakrament**  
Fri assosiasjon | Ragnhild B. Lygre
- 204 **Hvorfor tar det så lang tid å fortelle om seksuelle overgrep?**  
Faglig innspill | Steine et al.
- 210 **Terapiforskningen trenger en idiografisk vending**  
Oppsummert | Asle Hoffart
- 213 **MENINGER**  
Hovedinnlegg: Den biologiske forskningsbølgen (s. 214)  
Debatt: Prioritering av pasienter (s. 217),  
Psykologforeningen (s. 222), Eldreomsorg (s. 224)  
Kommentar: Psykisk helse som rettsretorikk (s. 220)  
Derfor: Beskyttelse og offentlighet (s. 225)  
Perspektiv: Psykisk helse? Kjør debatt! | Tor Levin Hofgaard (s. 226)
- 228 **INNTRYKK**  
Intervju: Brukerkunnskap ble bok (s. 228)  
Bokanmeldelser: Forbausende og krass forsvarstale (s. 230),  
Overbeviser ikke (s. 233)
- 234 **Minneord: Mildrid Elisabeth Valvik**
- 235 **Kurskalenderen**
- 236 **Annonser**
- 247 **Stillingsannonser**

# Etterforskningens psykologi

Psykologisk forskning har gitt politiet uunnværlig kunnskap om etterforskning og avhørsmetodikk. Men psykologer har også bidratt til uriktige konklusjoner i retten, mener Asbjørn Rachlew.

TEKST Nina Strand

FOTO Tone Magni Vestheim



**BEKREFTELSEFELLER** - Fra det øyeblikket man gjør seg opp en mening, starter disse ubevisste forenklingsstrategiene, sier Asbjørn Rachlew, som har forsket på justisfeil i politiets etterforskning.

**- FNs spesialrapportør mot tortur inviterte deg i oktober i fjor til FN for å legge frem avhørsmetoden du og ditt fagmiljø har utviklet. Han ønsker å gjøre den til en global standard. Hva går metoden ut på?**

- Fremgangsmåten og tenkningen i metoden vi kaller «undersøkende intervju» er at politiet aktivt leter etter din uskyld. Her ligger det et menneskerettighetsselement. Fra min doktorgrad og flere tilsvarende arbeider vet vi i dag mye om hva som går galt i politiets etterforskning og i avhør. Nøkkelordet er kognitive bekreftelsesfeller, altså tendensen vi har til å legge merke til og lete etter opplysninger som støtter våre antakelser. Og motsatt, til å bortforklare eller ignorere det som ikke passer inn. Fra det øyeblikket man gjør seg opp en mening, starter disse ubevisste forenklingsstrategiene. I dag trenes norsk politi opp til å jobbe med alternative hypoteser før selve avhøret starter. Dette stimulerer etterforskerens åpne sinn, og forebygger tunnelsyn. Deretter starter vi intervjuet med å teste forklaringer som ligger lengst bort fra det potensielle beviset. Vi må altså identifisere og aktivt teste konkurrerende hypoteser. På denne måten nærmer vi oss forskningsbasert tenkning og metode.

Det har vært en kontinuerlig utvikling i politiets avhørsmetoder. Bakgrunnen for vårt arbeid er den britiske forskningen og snuooperasjonen de gjorde etter en rekke rettsskandaler med falske tilståelser på 1990-tallet. Britene gikk bort fra de tilståelsesfokuserede avhørsmetodene og over til undersøkende metoder. Da vi fikk tilsvarende skandaler i Norge, dro jeg over til England for å sette meg inn i denne forskningen og hente den hjem. Vi var flere som ble utdannet i dette systemet, og som siden bidro med metoder og strategier for hvordan man skulle unngå manipulasjon i avhør.

**- Psykologisk kunnskap ligger under mye av endringene i avhørsmetoder og etter-**



### **forskning, har du sagt. Hva slags psykologi snakker vi om?**

– Vitnepsykologi og forskning om hvordan hukommelse virker og påvirkes, var den første broen mellom forskning og politiets metoder. Falske tilståelser, press mot barn som ble intervjuet med ledende spørsmål, viste at det ofte gikk galt i avhøret. Men avhøret er jo bare en del av noe større, nemlig etterforskningen. Vi så at det var underliggende mekanismer som gjorde at det gikk galt i politiavhør og etterforskning, og vi oppdaget et svært kunnskapsfelt: beslutningspsykologien. Etterforskere og avhørere fattet beslutninger hele tiden, og når politiet tar feil, får det store konsekvenser for menneskers liv. I tillegg til beslutningspsykologien dykket vi inn i kognitiv psykologi og sosialpsykologi. Selv leste jeg boka *Dømmekraft* (1999) av Linda Lai. Den er skrevet for praktikere, og har vært viktig for meg. Elizabeth Loftus, Daniel Kahneman, Svein Magnussen og Annika Melinder er andre eksempler. Denne kunnskapen er nå pensum, og ligger til grunn for ny metodikk i politiet.

### **– Hva med sårbare mennesker, har det vært skolering i det? For eksempel når det gjelder troverdighet og når man viser en annen atferd enn den vanlige?**

– Her gjenstår mye. Men avhør av sårbare mennesker har gjennomgått en formidabel utvikling sammenlignet med situasjonen da vi fikk Bjugn-saken på 1990-tallet. Vi har fått en rekke doktorgrader, både blant psykologer og i politiet. Flere av dem er knyttet til avhør av sårbare barn, og har påvirket både utdannelsen og lovverket. Hvis politiet for eksempel møter et menneske som gir inntrykk av å ha intelligens som et barn, eller at det er noe annet som gir oss følelsen av at det trengs noe ekstra, vil vi i dag sette spesialister på disse avhørene. Det kan nok være grensetilfeller hvor vi ikke snapper opp dette. Her mangler vi omforent metodikk. Samtidig skal grunnprinsippene i avhør gjelde for alle: Avhøreren skal forberede seg godt, sørge for at vedkommende forstår sine rettigheter, fortelle hvordan avhøret vil foregå, skape forutsigbarhet og formidle empati.

– **Birgitte Tengs-saken fra 1995 etterforskes nå på ny. Den mistenkte unge fetteren ble den gangen bedt om å lage et «filmmanus» om hvordan drapet kunne ha foregått. Han mener han ble manipulert.**

## **Hvorfor NÅ?**

- Asbjørn Rachlew er en norsk politioverbetjent og forsker. Han skrev avhandlingen *Justisfeil ved politiets etterforskning, noen eksempler og forskningsbaserte tiltak* i 2009.
- Psykologtidskriftet skriver i denne utgaven om «prestesaken», en straffesak som ble etterforsket av politiet i 2006, se side 150.

– Teknikkene du refererer til her, er ikke blitt gransket ennå. Men nå skal jeg si noe jeg ikke har sagt offentlig før, og som definitivt er relevant for psykologien. Hittil er psykologers rolle i Tengs-saken lite kjent. Men jeg vet at politiavhører Stian Elle var i kontakt med flere psykologer om hvordan han skulle få Birgittes fetter til å tilstå drapet. Elle var anerkjent som en av politiets beste avhørere. Jeg tror de filmteknikkene må ha kommet fra psykologene. For jeg hadde aldri sett dem beskrevet tidligere, og kjente dem ikke internt fra politiet. De kom utenfra.

### **– I en kronikk i Politiforum (desember 2016) skrev du at Elle var en av de beste avhørerne og et forbilde for deg på den tiden?**

– Jeg ville ta ham i forsvar, og vise at dette dreide seg om en systemfeil. Vi hadde liten opplæring i avhørsteknikk på den tiden. Vi lærte om jusen i det, men ikke om metodene for å gjennomføre et godt avhør. Profesjonelle avhør forutsetter at du kjenner forskningen om hvor usikre vitneobservasjoner er. Om hvor skjørt minnet vårt er for påvirkning, for eksempel fra avhørerenes måte å ordlegge seg på. Slikt hadde vi begrenset kunnskap om. Men så ble fetteren frifunnet, etter at vitneeksperten Gisli Gudjonsson sa til den norske domstolen at det var brukt manipulasjon i avhørene. Tilståelsen kan være falsk, sa han. Saken raknet og Stian Elle måtte ta hele fallet, når det åpenbart dreide seg om en systemfeil. At han altså ble veiledet av velmenende psykologer, er mindre kjent. Men dette er ikke noe nytt. Psykologer skulle jo også hjelpe oss med å avhøre barn på 80-tallet. De fikk barna til å bekrefte overgrep som viste seg ikke å ha skjedd. Sakkyndiges bidrag til uriktige domfellelser er også velkjent og avgjørende for de uriktige domfellelsene av Sture Bergwall, tidligere Thomas Quick.

### **– I dette nummeret publiserer vi en sak om presten som ble dømt for overgrep mot steddatteren sin. Kjenner du saken, og vil du i tilfelle kommentere den?**

– Nei, jeg har ikke særlig kjennskap til den. Og skal man kunne uttale seg i en konkret sak, må man kjenne den svært godt. Etterforskere kan få tunnelsyn, men det gjelder også psykologer – og journalister. Vi er alle utsatt for de samme kognitive prosessene, og på et visst tidspunkt danner vi oss et bilde: Jeg tror han er skyldig! Vi ignorerer motforestillinger. ✘

# DOKUMENTAR PRESTESAKEN



**DØMT** En 63 år gammel prest (bildet) i Den norske kirke ble i 2008 dømt til fengsel i åtte år for en rekke seksuelle overgrep og sadistisk vold mot sin stedatter.

# Det store SVIKET

Rettsstaten dømte en prest i Glåmdalen for overgrep mot stedatteren. Mangelfull etterforskning, en subjektiv psykolog-rapport og tvilsomme troverdighetsvurderinger bidro til dommen. Dette er historien om en rettsprosess der det meste gikk galt. »

**TEKST** ØYSTEIN HELMIKSTØL, ADRIANE LILLESKARE LUNDE og OLE DAG KVAMME

**O**nsdag 6. november 2013. Klokka er presis 09.00. Det er en kjølig høstdag utenfor Ullersmo fengsel.

På dag nittenhundreogtjueseks etter dommen har porten gått opp. En ferdig sonet far (60) venter på sønnen (22) ved fengselsporten på Ullersmos avdeling Kroksrud på Kløfta.

Den tidligere presten ser sønnen svinge inn på parkeringsplassen. Det har han gjort mange ganger. I dag kommer sønnen for siste gang, for å hente faren.

Sønnen hilser faren med en klem. Sammen lemper de bagasjen inn i bilen. Med seg ut av fengselet har faren esker med 10 000 håndskrevne dagboksider.

#### ALVORLIGE ANKLAGER

Det var en av 2000-tallets store overgrepssaker. Den da 53 år gamle presten ble pågrepet høsten 2006. Han skulle ha utnyttet konas adoptivdatter, sin egen stedatter, fra hun var fem år og frem til etter fylte 18 år.

Psykologtidsskriftet kaller henne Maria i denne saken.

Han skulle ha lest bibelvers høyt da han voldtok Maria i køyesengen hjemme. Han skulle ha tvunget henne til oralsex i kapellet, misbrukt henne seksuelt i bilen, på gjesterommet, på badet og i vedboden. Han skulle ha mishandlet henne med tau, bundet henne med skjerf, skamslått henne med skiftenøkkel, belter og lastestropp. Han skulle ha nektet henne mat i dagevis og låst henne inne i vedboden.

Ingen beviser bekreftet anklagene i tingretten og i lagmannsretten. Ingen hadde sett, hørt eller visst. Uten beviser handlet rettsoppgjøret om stedatterens fortelling som offer i familien, og hvordan hun skal ha blitt mishandlet og misbrukt seksuelt av stefaren.

Marias lidelseshistorie var svært troverdig for mennesker som møtte henne. Den var også sterk nok til at presten ble dømt både i tingrett og lagmannsrett.

En begjæring til Gjenopptakelseskommissjonen ble også avvist. Kommisjonen mente endog at Marias forklaring var styrket.

Likevel skriver Psykologtidsskriftet «angivelig» og «skulle ha». Vanligvis tar ikke journalister slike reservasjoner når tiltalen blir en rettskraftig dom. Da skriver vi mer konkluderende: «Han leste bibelvers høyt da han voldtok stedatteren i køyesengen hjemme». En dom gjør påtalemyndighetens påstand om til sannhet.

Det er derfor vi har domstolene. De skal velge hvem vi skal tro på, ikke minst i vanskelige og komplekse saker som overgrepssaker er, hvor det kan være få etterprøvbare beviser. Når det er påstand mot påstand, blir troverdigheten til det antatte offeret og den antatte gjerningsmannen helt sentral.

*På den andre siden av rettssalen satt en suspendert prest, en keitete stefar med dårlige sosiale evner. Han hadde Aspergers syndrom. Men det visste ingen om, ennå.*



Slik var det også da sorenskriver Lars Mæhlumshagen sammen med pensjonist Klara Signe Bredesen-Vestby og bussjåfør Harald Magnus Hande, de to meddommerne, satte retten i Kongsvinger 16. april i 2007.

På den ene siden satt en 22 år gammel kvinne, med støttespillere som alle trodde på overgrepshistoriene. På den andre siden satt en suspendert prest, en keitete stefar med dårlige sosiale evner. Han hadde Aspergers syndrom. Men det visste ingen om, ennå. Han skulle bli dømt først.

Dette er den andre historien, som handler om påstander og fakta som ikke ble etterforsket, og om en sakkyndigrapport som ble brukt som bevis for skyld i retten, men som nå får stryk av psykologekspert. Daværende leder i Den rettsmedisinske kommisjon innrømmer i dag at hun gjorde feil da kommisjonen vurderte den samme sakkyndigrapporten.

Vår gjennomgang åpner for en annen virkelighet enn den dommene og Gjenopptakelseskommisjonen la til grunn.

## MARIAS HISTORIE

24 år før presten får sin endelige dom i Eidsivating lagmannsrett i 2008, blir Maria født. Hun er tredje barn i en Bangkok-familie når hun ser dagens lys i Thailand i januar 1984. Samme måned reiser en 30 år gammel norsk kvinne med sin amerikanske ektemann (32) til Thailand som kristne misjonærer. Det Norske Misjonsselskap har sendt dem til misjonsmarken med visum som religionslærere. Sammen har de en fire år gammel datter.

Maria kommer av ukjente grunner på barnehjem. På besøk på det overbefolkete, statlige barnehjemmet i Bangkok faller misjonærparet for barnet, som ifølge misjonærkvinnen stadig dunker hodet i veggen.

De adopterer henne. 14. november 1985 henter de den snart to år gamle jenta til seg. Maria knytter seg raskt til storesøster.

Men etter bare snaue to måneder får storesøsteren på fem år kreft. Mor og storesøster reiser til Norge for behandling. Maria blir igjen i Thailand med den nye pappaen sin i fire måneder til, før de forlater misjonsmarken og reiser til Norge.

## DØD FØLGER DØD

På høsten blir det kritisk for den kreftsyke datteren. Hennes besteforeldre kommer fra USA på julebesøk. Tiden er knapp. På vei hjem til USA rammes så farfar av slag på Fornebu. To dager etter - 11. januar 1987 - dør han på Rikshospitalet. Maria er med i begravelsen.

Faren forlater familien og drar til USA. Noen måneder senere dør morfaren på Vestlandet. En naturlig død, som likevel preger hjemmet. Maria knytter seg sterkere til storesøsteren.

Samme sommer kommer far hjem fra Amerika. En uke etter at Maria får sitt norske statsborgerskap, dør storesøsteren fra henne. Hun sovner inn hjemme på sofaen, sju år gammel, 1. juli 1987.

## FAR FLYTTER UT

En venninne av moren passet Maria i noen uker før storesøsterens død. Mannen hennes er lege. Han ser noe som ligner på blåmerker på huden hennes. Han mener det er såkalte mongolflekker, ufarlige blågrå pigmentflekker på ryggen, ikke uvanlig hos asiater.

Ekteskapet mellom adoptivforeldrene faller sammen, og pappa flytter ut. Etter bare to helgesamvær med datteren sier han fra seg foreldreretten også, men blir boende i Oslo - uten å treffe sin tre år gamle adoptivdatter igjen, noen gang.



Faksimile fra Glåmdalen 17. april 2007.



## DETTE ER SAKEN

- En prest i Den norske kirke ble i 2008 dømt i Eidsivating lagmannsrett til åtte års fengsel for vold og seksuelle overgrep mot stedatteren.
- Presten måtte i tillegg betale 575 000 kroner i erstatning. Kvinnen fikk senere voldssoffererstatning på 640 000 kroner.
- En begjæring om gjenåpning av saken ble avslått i 2013.
- Psykologtidsskriftet har fått tilgang til politidokumenter, journalnotater og annen dokumentasjon i saken.





*Han stakk fingeren inn i skjeden hennes.  
Hun prøvde å vri seg unna, men han holdt  
henne fast. Mamma skal ha vært et annet  
sted i leiligheten.*

Maria forklarte seg til politiet om det første påståtte overgrepet



**- SLO MED SKIFTENØKKEL** Maria forklarte til politiet at stefaren hadde slått henne med skiftenøkkel. Åstedsundersøkelsen konkluderte med at det var ingen indikasjon på nærvær av blod på disse skiftenøkklene. Konklusjonen er ikke nevnt i dommene. Foto: Politiet

Ifølge Marias politiforklaringer mange år senere, er denne amerikanske adoptivfaren den første som misbruker henne seksuelt. Maria har et bilde i hodet av at han forsøker å ha samleie med henne, og en følelse av smerte idet han forsøker å trenge inn i henne. Det forteller hun 20 år senere, i sitt nest siste politiavhør, 10. januar 2007.

- Jeg har hatt bildet i hodet så lenge jeg kan huske, forklarer hun.

#### **DEN NYE MANNEN**

Etter skilsmissen bor Maria og moren alene, inntil en ny mann kommer inn i livet deres høsten 1989 - presten. Han er 36 år, og har to sønner på 7 og 13 år fra et ekteskap som havarerte to år tidligere.

Han har en bipolar lidelse, og var rammet av en langvarig psykose i 1982. Når han møter Marias mor, tjenestegjør han som prest i Nord-Norge, men kommer på besøk til Lyder Sagens gate i Oslo. Der bor den lille familien - nå bare bestående av to mennesker.

Forskning forteller at barns minner ikke behøver å være sanne. Maria har ved forskjellige anledninger forklart seg detaljert, men helt ulikt om det første overgrepet. Og ikke bare om denne hendelsen. Saken preges av sprikende forklaringer og manglende oppfølging fra politi, påtalemyndighet og rettsvesenet.

I leiligheten bak Stensparken og Pilestredet i Oslo skal hennes helvete ha startet, når morens nye kjæreste nesten umiddelbart forgriper seg på henne, ifølge hennes politiforklaring 20 år senere.

Maria forklarer at hun var fem år første gangen, iført en todelt, stripete pysj. De hadde nettopp spist middag, og satt ved spisebordet.

Mammans nye kjæreste ville ha henne på fanget. Han stakk fingeren inn i skjeden hennes. Hun prøvde å vri seg



unna, men han holdt henne fast. Mamma skal ha vært et annet sted i leiligheten.

Presten ble dømt for forholdet. Ifølge avhørsprotollene ble han aldri spurt om overgrepet. Presten ble ifølge ordlyden i tiltalen også dømt for penetrering og oralsex i Lyder Sagens gate i Oslo. Psykologtidsskriftet har ikke funnet dokumentasjon på slike anklager i avhør eller i andre dokumenter.

#### AVSETTELSEN

Lørdag morgen 26. august 2006 ringer fungerende biskop i Hamar bispedømme Sevat Lappegard hjem til presten i hans tjenestebolig. Det kommende er basert på avhør av de involverte, som Psykologtidsskriftet har fått tilgang til.

I over halvannet år har Kirken kjent til Marias anklager. Men hun nekter å anmelde saken, og nekter andre å gjøre det for henne.

Ryktene lekker likevel ut. Lokalavisen Østlendingen vil skrive om «en overgrepssak». Da reagerer biskopen, og han gir presten to timer på å stille på Vinger kirkekontor.

- Jeg gjorde presten kjent med at vi hadde fått rapportert «klanderverdige forhold ved han», forklarer Lappegard i avhør.

Den norske kirke fikk vite om overgrepsanklagene da studenthelserådgiver Kristin Gunstad informerte studentprest Freddy Knutsen. Gunstad var blitt Marias fortrolige ved Høgskolen på Gjøvik, og Maria hadde fortalt om overgrep. Studentpresten kontakter personalansvarlig i Hamar bispedømme Solveig Fiske. Fiske vil ta beskyldningene videre. Men Maria ønsker ikke å anmelde saken.

Kirken er rådvill. 30. mai 2006 møter Maria endelig bispeledelsen. Hun tar med Kristin Gunstad og Freddy Knutsen. I forkant har den 22 år gamle kvinnen

skrevet et notat sammen med Gunstad.

Solveig Fiske går inn i et annet rom, og leser skrivet. Slik blir Fiske innlemmet i hemmeligheten, og også Fiske blir Marias fortrolige.

Maria forteller detaljert om overgrep, og at hun kom seg ut av hjemmet etter en voldsepisode da hun var 18 år. Den skal være registrert hos en lege.

Fortellingen får fullt gjennomslag i bispedømmet. De ser ingen grunn til ikke å tro på opplysningene. Psykologtidsskriftet har prøvd å sjekke ut påstandene fra Maria. Det foreligger ingen dokumentasjon på denne legeregistreringen av skade.

Solveig Fiske vil varsle saken videre, men Maria vil fortsatt ikke anmelde presten.

Fiske lover å ikke foreta seg noe, og oppretter sms-kontakt med Maria. Etter sommeren møter Maria sjefen selv, fungerende biskop Sevat Lappegard.

Ut fra senere politiavhør vet vi i dag at Lappegard var fullt informert av Solveig Fiske før møtet. Det vet ikke Maria. Hun tar med seg Kristin Gunstad også til dette møtet med biskopen 21. august. Som i mai-møtet går personalsjef Solveig Fiske inn i et tilstøtende rom sammen med biskopen, og informerer ham fra det samme notatet hun selv fikk lese noen måneder før. Slik blir også biskop Sevat Lappegard innviet i hemmeligheten.

Nå presser de på for at Maria skriftlig skal stå for beskyldningene, eller selv anmelde saken til politiet. Men Maria vil ikke. Solveig Fiske kontakter likevel politibetjent Tone Sørumschaugen på Gjøvik.

Lokalavisens rolle bidrar til at saken tar en ny vending. Bare tre dager etter møtet hos biskopen ringer redaktør Ole Erik Almlid fra avisen Østlendingen til Solveig Fiske for en kommentar til en «overgrepssak knyttet til et presteepar i dis- »



*Presten ble ifølge ordlyden i tiltalen også dømt for penetrering og oralsex i Lyder Sagens gate i Oslo. Vi har ikke funnet dokumentasjon på slike anklager i avhør eller i andre dokumenter.*

Fra Psykologtidsskriftets gjennomgang av politidokumentene om det første påståtte overgrepet.



*- I utgangspunktet tror jeg på henne inntil det motsatte skulle bli bevist.*

Daværende personalsjef, nå biskop, Solveig Fiske i politiavhør



**- TOK ABORT PÅ BADET** Maria forklarte i politiavhør at hun tok abort på badet i kjelleren med morens strikkepinner, etter at stefaren gjorde henne gravid. Foto: Politiet

triktet», ifølge avhør av Sevat Lappegard.

Fiske vil ikke svare, ifølge et avhør. Hun viser til sjefen. Sevat Lappegard ringer dagen etter til Almlid. Han ber avisen vente med saken, inntil bispedømmet hadde fått drøftet anklagene internt. Eller som det heter i politiforklaringen til Lappegard:

«Vitnet viste også til at det ville være uheldig for den det måtte gjelde, å møte anklagene gjennom et avisoppslag. Almlid sa seg villig til å vente med å trykke saken, til over helga.»

Kirken har fortsatt ikke annet enn den 22 år gamle kvinnens ord. Men biskopen tar stilling. Samme kveld bestemmer han seg. Presten skal bort.

Presten er stresset etter henvendelsen fra biskopen, men han møter biskopen og personalsjefen neste formiddag. Begge lederne er overbeviste om at Maria snakker sant.

Biskop Sevat Lappegard forteller presten at han er mistenkt for vold og grenseoverskridende seksuell adferd overfor stedatteren, forhold som ikke var forenlig med å være prest.

Presten avviser skyld, men Lappegard og Fiske tror ikke på ham. Biskopen mener prestens kroppsspråk viser at han er skyldig.

- En mer normal reaksjon på en så alvorlig anklage ville ha vært å legge seg over bordet og rope: «Hva er dette!» sier biskop Sevat Lappegard senere til politiet.

Sevat Lappegard og Solveig Fiske mente at prestens stedatter var troverdig.

- I utgangspunktet tror jeg på henne inntil det motsatte skulle bli bevist, sier Fiske til politiet.

Presten blir overtalt til å la seg permittere. Han leverer tjenestetelefonen samme lørdag.

To uker senere, mandag 11. september 2006, anmelder Maria stefaren på Gjøvik politistasjon. Politibetjent Tone Sørums-



haugen, som allerede er vel informert, tar imot anmeldelsen.

Maria får oppnevnt bistandsadvokat Inger Marie Støen. Hun er med på alle avhørene.

Gunstad, Knutsen, Fiske og Lappegard blir senere alle sentrale vitner mot presten.

### PÅGRIPELSE

Tirsdag 14. november 2006 går politiet til aksjon mot presten. Politibetjent Knut Ivar Ulfsbøl nøler med å gå opp i andre etasje på prestekontoret, ifølge hans egen rapport fra denne dagen.

Presten fremstår, ut fra Marias forklaringer, som en aggressiv voldsmann. Maria har gjennom 37 timers avhør fortalt politiet at stefaren har mishandlet henne på det groveste gjennom hele barndommen.

Politibetjenten vurderer derfor å tilkalle forsterkninger. Han går opp trappen, og møter presten. Inne på kontoret lukker politibetjenten døra etter seg. Han viser frem beslutningen om pågripelse. Presten leser rolig igjennom.

- Jeg ønsker å ringe advokat, sier han.

Han ber også politiet om å ringe en psykiater han har hatt kontakt med.

Samme dag avhører politiet prestens ektefelle (52), sønn (15) og to av stedatterens venninner. Prestens 12 år gammel datter plasseres i et fremmed hjem av barnevernet.

- Hva tror du er årsaken til at stedatteren din har brukt timer og dager hos politiet, for å anmelde deg? er det første spørsmålet han får.

Han vet ikke. Det kan handle om mulige overgrep fra adoptivfaren. Stedatteren kan ha blandet sammen, svarer han.

- Det kan handle om konflikter som ikke er uvanlige mellom adoptivbarn og foreldre. Det kan også handle om

utfordringer følelsesmessig om felles biologiske barn, adoptivbarn og barn fra tidligere ekteskap, svarer han.

Avhøret varer to og en halv time. Presten har ikke forsvarer til stede. Når han senere får oppnevnt forsvarer, er denne bare til stede ved et fåtall av avhørene.

### ANKLAGENE

Høsten 2006 gjennomfører politiet mange avhør av presten og adoptivdatteren, deres familiemedlemmer - og en lang rekke andre vitner.

Maria og hennes støttespillere forteller om en jente som var slave og voldsoffer i en dysfunksjonell familie. Hun har blitt skadet, måttet oppsøke lege for behandling, har måttet rømme hjemmet mange netter og har måttet gjemme seg i telefonkiosker, blant annet.

Støttespillerne holder seg stort sett utelukkende til Marias fortellinger, noe også Kirken gjør.

Heller ikke påtalemyndigheten, sakkyndige eller retten ser ut til å ha stilt helt sentrale spørsmål ved grunnlaget for saken, for eksempel om det kan finnes andre forklaringer på Marias mange og sprikende anklager.

Politiet og påtalemyndighetene har ikke villet stille til intervjuer med Psykologtidsskriftet under arbeidet med denne artikkelen. Psykologtidsskriftet får dermed ikke høre deres svar på disse sentrale spørsmålene, eller det som kommer frem i denne reportasjen.

### OFFER OG SLAVE

Den første overgrepshistorien kommer frem når Maria 16 år gammel begynner på videregående skole høsten 2000. Da tar hun kontakt med helsesøster Hilde Offord for at hun skal informere medelevene om at hun ikke kan dusje sammen med dem etter kroppsøvings- »



*Støttespillerne holder seg stort sett utelukkende til Marias fortellinger, noe også Kirken gjør.*

Fra Psykologtidsskriftets gjennomgang av «prestesaken»



«... det var vondt å ikke komme i konfirmasjonen til broren.»

Fra rettsoppnevnt sakkyndig psykolog Bente Stolpestads rapport til Glåmdal tingrett

timene. Årsaken hun oppgir, er at hun opplevde overgrep som liten.

Maria får dusje alene.

- Min amerikanske adoptivfar har utført overgrep mot meg, forteller hun til helsesøsteren.

Helsesøsteren får etter hvert nær kontakt med Maria. De møtes hver uke. Hun spør om Maria er utsatt for vold av stefaren - presten. Maria svarer «ja-nei». Hun sier at hun er redd ham.

Helsesøster snakker med skolerådgiver Harriet Dahl. Før tredje klasse ordner Dahl borteboerstipend for Maria, som flytter på hybel i Kongsvinger.

Hilde Offord blir en viktig støttespiller for Maria gjennom flere år. Offord, Dahl og en mannlig lærer danner et team rundt Maria. De er sikre på at Maria er utsatt for fryktelige ting hjemme. De melder likevel ikke fra til politiet, barnevernet eller til foreldrene. Maria ønsker ikke det.

Den mannlige kontaktlæreren skal ha hentet Maria jevnlig hjemme om natten, etter påstander om vold. Maria overnattet flere ganger hjemme hos ham. Han vil ikke la seg intervju av Psykologtidsskriftet.

- Jeg vet at Maria blant annet sto opp tidlig, gjerne i 5-tiden på morgenen, mens hun gikk på den videregående skolen. Dette for å være best mulig forberedt og «et hakk foran alle andre». Hun smurte blant annet matpakkene til alle i familien og måket gjerne snøen før skolestart, forklarer helsesøster Hilde Offord til politiet.

Også et svært sentralt vitne i rettsaken fikk høre den samme historien: Sakkyndig psykolog Bente Stolpestad. Maria møter Stolpestad til samtaler noen uker før saken skal til hovedforhandling i tingretten våren 2007.

- Snømåking var alltid min plikt alene, forklarer hun til psykolog Bente Stolpestad. Dette viderebringer Stolpestad i sin

rapport uten reservasjoner. Ingen ting tyder på at politiet har sjekket opplysningene, heller. Naboene vi har snakket med i det tettbygde boligfeltet, har aldri sett Maria måke snø eller klippe plenen. Hadde hun gjort det tidlig om morgenen, hadde de merket det, sier de til Psykologtidsskriftet.

Maria forklarer psykolog Bente Stolpestad at hun hentet sine søsken fra barnehage og skole for deretter å lage middag til hele familien. Hun sier at hun passet søsken fra syvårsalderen, uten noen andre voksne i huset. Men da Maria var syv år, var ikke hennes to yngre stesøsken født.

Psykolog Stolpestad sjekker aldri dette. Psykologtidsskriftet finner heller ikke at politiet ettergikk opplysningene, eller at noen vitner i avhør har bekreftet dem. Psykologtidsskriftet finner heller ingen andre opplysninger til støtte for disse fortellingene.

Maria forklarer Hilde Offord at en lege mente at hun hadde fått kuldeskader på nyrene.

- Hun hadde ringt og blitt hentet fra en telefonkiosk. Det ble kun satt inn ovn på rommet hennes når det kom gjester, gjenfortalte Hilde Offord til politiet.

Psykologtidsskriftet finner ingen dokumentasjon på at hun ble hentet fra en telefonkiosk. Etter rettssaken sjekket politiet telefonkiosken ved Marias families hjem, og fant ut at den ble fjernet allerede i 1995. Vi finner heller ingen dokumentasjon fra lege om at hun har vært utsatt for kulde.

Maria ble aldri konfrontert med dette av politiet, så vidt vi kan se.

Maria fortalte Offord at hun var opptatt som student ved Politihøgskolen høsten 2006. Dette skal hun også ha fortalt til andre som Psykologtidsskriftet har snakket med.

- Maria hadde takket nei, forklarte Offord politiet 6. november 2006.



- Jeg kjenner Maria som en person som ikke klarer å lyve, sa Hilde Offord.

Maria medgir senere at hun aldri har søkt på Politihøgskolen.

### KONFIRMASJONEN

Ifølge psykolograpporten til Bente Stolpestad fortalte Maria at hun ble nektet å være gjest i brorens konfirmasjon 28. mai 2006. Konfirmasjonen for broren var også tema i en rekke vitneavhør.

Maria har fortalt at det var rundt 60 gjester på festen. Hun var selv kjøkkenhjelp, kokk, laget dessert og forrett. Maten laget hun ettersom hun hadde erfaring som kokk ved et navngitt sted på denne tiden. Hun fikk ikke være med til bords.

Marias støttespillere var selv ikke gjester. Like fullt vitner de siden for politiet om hva som skulle ha skjedd på konfirmasjonen.

Vår dokumentasjon, gjennomgang av politiforklaringer og intervjuer med de rundt 30 voksne gjestene som faktisk var i konfirmasjonen, gir et annet bilde: Maria var i konfirmasjonen. Hun holdt tale. Hun var ikke kjøkkenhjelp. Hun laget ikke maten. Hun satt til bords som alle de andre gjestene.

### OVERGREPENE FRA PRESTEFAREN

Da Maria begynte på Høgskolen i Gjøvik i august 2004, etablerte hun umiddelbart kontakt med rådgiver Kristin Gunstad, ved Studentsamskipnaden i Oppland.

Gunstad skal være den første som fikk høre om seksuelle overgrep fra stefaren. Gunstad førte notater fra møtene. Tirsdag 7. september 2004 fortalte Maria for første gang at stefaren hadde forgrepet seg på henne - flere ganger i uka.

- Hun ble litt fjern og fikk «flash». Hun så for seg bruddstykker av episoder og handlinger hun hadde blitt utsatt for, sier Gunstad i politiavhør.



*Maria var i konfirmasjonen. Hun holdt tale. Hun var ikke kjøkkenhjelp. Hun laget ikke maten. Hun satt til bords som alle de andre gjestene.*

Psykologtidsskriftets gjennomgang av dokumentasjon, politiforklaringer og intervjuer med de rundt 30 voksne gjestene som var i konfirmasjonen



**VED BORDET** Ifølge psykolograpporten i «prestesaken» ble Maria nektet å komme i brorens konfirmasjon. Bildet viser at hun sitter ved siden av et ektepar som forteller til Psykologtidsskriftet at Maria satt med dem under hele middagen. Foto: Privat

»



*En gang ble hun slått slik at hun fikk ribbensbrudd. Hun har vært til flere røntgenundersøkelser på grunn av dette bruddet, forklarer hun.*

Fra anmeldelsen Maria innga til politibetjent Tone Sørumsaugen på Gjøvik 11. september 2006



**- SLÅTT MED LASTESTROPP** Hun skal ha blitt slått med både lastestropp og hånd i vedboden i kjelleren. Her et bilde fra politiets åstedsundersøkelse. Foto: Politiet

Maria satt på en stol med ryggen delvis til Gunstad da hun fortalte at presten flere ganger i uka hadde utsatt henne for det hun omtaler som «seksuelle overgrep», blant annet om natten.

Studenthelsestøtten spør flere ganger om Maria har omsorgspersoner rundt seg. Hun avviser dette. Gunstad blir overrasket når hun senere får vite at Maria i flere år har hatt et «team av hjelpere» rundt seg på Kongsvinger.

Fortellingene om vold og seksuelle overgrep i barndommen skyter fart i samtalen med Gunstad, og videre når Maria etter henvisning fra fastlegen kommer til behandling hos psykolog Hilde Myrvoll på Gjøvik i januar 2006. Også Myrvoll opplever Maria som troverdig, og blir et sentralt vitne for henne.

#### MINST TRE OVERGRIPERE

I tillegg til anklagene mot presten, anklager Maria i politiavhør sin amerikanske adoptivfar for seksuelle overgrep. Politiet tar kontakt med Interpol for å avhøre mannen i USA.

Kun anklagene mot prestefaren fører til tiltale. Men da Maria møter sakkynndige Bente Stolpestad like før rettssaken, anklager hun også sin avdøde farfar for seksuelle overgrep.

- Det skjedde fem ganger. Bestemor var hjemme de fleste gangene, forklarer Maria til Stolpestad.

Tidspunktet er ikke angitt bestemt i rapporten. Ut fra Stolpestads rapport var Maria trolig i tenårene. Da bodde besteforeldrene i en leilighet for eldre i Kongsvinger. Så vidt Psykologtidsskriftet kjenner til var farfaren da temmelig skrøpelig. Han døde 80 år gammel i 2001. Da var Maria 17 år.

Til Stolpestad forklarer Maria at hun opplevde at moren lukket øynene for overgrep.



- Hjemme fikk de voksne lov til å ha sex med meg, de var prester, forklarte Maria.

Dette innebærer en anklage om seksuelle overgrep eller kunnskap om dette, også mot hennes mor, som er prest.

Moren er også anklaget for vold og omsorgssvikt, ifølge avhørsprotokollene.

Psykologtidsskriftet finner ikke spor av anklagene om seksuelle overgrep mot farfar og mor i protokollene fra 37 timers avhør. Opplysningene gitt til Stolpestad ser ikke ut til å ha blitt fulgt opp av politiet.

### KROPPSBESKRIVELSER

I et avhør i januar 2007 forklarer Maria seg detaljert om stefarens kropp. Politiet sjekker ikke om beskrivelsene stemmer, og presten fikk heller ikke spørsmål om dette i avhørene.

I en overgrepssak med påståtte overgrep gjennom 13 år, vil fornærmedes beskrivelser av stefarens underliv kunne være relevante å undersøke. Da presten ble løslatt fra varetekt, og hadde tilgang til Marias beskrivelser, reagerte han. Presten gikk selv til lege for å få en attest om underlivet. Han mente forklaringen hennes ikke stemte.

### ARVEBREVET

Presten ble dømt for å ha slått stedatteren i ansiktet på Gjøvik i januar i 2006, slik at hun fikk blått øye. Ut fra legejournal og politiforklaringer fra Maria og andre vitner, er det mye som taler imot at voldsepisoden fant sted.

Begge foreldrene skulle ha oppsøkt henne hjemme for å få henne til å underskrive et dokument. Bakgrunnen er at Marias mor fikk alvorlig kreft året før. I januar 2006 skriver hun og presten et testament med bistand fra advokat. Her får presten anledning til å sitte i uskiftet bo om hun dør før ham.

Det betyr at Maria ikke får sin arv før han dør. Foreldrene trengte en erklæring fra henne om å akseptere løsningen, siden hun var myndig.

Dommen ser ut til å hvile på Marias forklaringer til retten. Utover dette verserer ulike forklaringer fra Maria om denne påståtte voldsepisoden som presten er dømt for. Det dukket også opp en erklæring hvor det ser ut som at foreldrene vil at Maria skal frasi seg arven. Politiet går ikke til bunns i den mulige arvestriden eller volden.

Til helsesøster Hilde Offord fortalte hun at begge foreldrene var med da hun ble slått ned. Moren skal til og med ha teksten: «Dette forteller du ikke til noen» til Marias mobiltelefon etterpå - alt ifølge helsesøsterens politiavhør 6. november 2006.

Politiet spør ikke Maria om dette stemmer. De spør heller ikke moren, og de sjekker ikke morens mobiltelefon.

Ifølge Marias legejournal skjedde voldsepisoden 26. januar 2006. Presten har gitt politiet dokumentasjon som tyder på at han ikke kunne ha møtt henne på dette tidspunktet. Vi kan ikke se at politiet har konfrontert Maria med denne dokumentasjonen.

### RIBBENSBRUDD

Maria forklarer at hun flere ganger ble utsatt for slag og deretter innelåst i en vedbod, alt i følge anmeldelsen hun innga til politiet 11. september 2006. En gang ble hun også slått slik at hun fikk ribbensbrudd. Hun har vært til flere røntgenundersøkelser på grunn av dette bruddet, forklarer hun.

Maria har fortalt ulike versjoner med en rekke påstander om ribbensbrudd.

Forklaringene er inngående med detaljerte skildringer av vold, med påfølgende legebehandling. Ribbensforklaringene gjelder særlig perioden fra 2000 til 2002. »



*Fysioterapeut og flere leger skal være involvert. Så langt Psykologtidsskriftet har brakt på det rene, blir verken skader eller brudd noen gang dokumentert.*

Fra Psykologtidsskriftets gjennomgang av politidokumentene



«Fornærmede har vært utsatt for vold og seksuelle overgrep. Hun ble som 16-åring gravid, og utførte abort.»

Politiet i brev til overlege Anja Døsland Holstad 1. desember 2006

Maria forklarer i et avhør at hun ble slått fem-seks ganger med skiftenøkkel av stefaren i vedboden i 2001. En navngitt lege konstaterte ribbensbrudd to dager etter, forklarte Maria politiet i avhøret.

Maria skal ifølge en lærer ha sagt at hun måtte akuttinnlegges på Gjøvik sykehus. Hun hadde akutt nyresvikt, ifølge lærerens forklaring. Det kunne komme av at presten hadde mishandlet henne slik at hun fikk ribbensbrudd, skal stedatteren ha fått opplyst av legene. En betennelse i bruddet kunne ha spredd seg til nyrene.

Fysioterapeut og flere leger skal være involvert. Så langt Psykologtidsskriftet har brakt på det rene, blir verken skader eller brudd noen gang dokumentert.

Intet tyder på at politiet har funnet dokumentasjon på påstandene, verken hos leger eller sykehus. Akutt nyresvikt på grunn av ribbensbrudd er ifølge medisinske eksperter Psykologtidsskriftet har vært i kontakt med, neppe mulig.

### SKADENE

Presten ble domfelt etter at retten fant det bevist at Maria var påført en rekke skader. Retten la vekt på at flere hadde sett skader på Marias kropp.

Studenthelserådgiver Kristin Gunstad på Gjøvik forteller til politiet 21. november 2006 at hun aldri har hørt at fornærmede har påført seg selv skade.

Men i samme avhør forteller hun både at Maria ikke kunne delta i kroppsøvning på grunn av skadene hun har påført seg selv, og at Maria forsøkte å begå selvmord da hun var 15 år.

Kristin Gunstad forteller om en annen selvskadingsepisode helgen 17. og 18. april 2004, som Maria har forklart seg detaljert om til henne.

I Marias pasientjournal står det at hun har hatt en periode med selvskading. Også et selvmordsforsøk omtales.

Det er dokumentert at en gynekolog ser arr på Marias overkropp, armer og ben. Maria sier at arrene på bena er «av nyere dato». Denne opplysningen blir ikke fulgt opp. Gynekologen rapporterer at arrene ellers er forenlig med kutt og risp, noe Maria ifølge avhørsdokumentene aldri har anklaget presten for.

Muligheten for at det vitner skal ha sett også kunne være resultat av såkalte mongolske flekker, en asiatisk hudeffekt, er heller ikke diskutert i dommen.

### ORALSEX

Omfanget av vold og overgrep eskalerer under avhørene etter som de skrider frem.

Første gang Maria forklarer seg om oralsex til politiet, sier hun at dette skjedde én gang, på badet i hjemmet mens hun gikk på ungdomsskolen. Det var også det siste hun kan huske av seksuelle overgrep stefaren begikk mot henne.

Presten avviser påstandene i sitt avhør. Etter dette forteller Maria i et senere avhør om flere episoder med oralsex. Første gang hun utførte oralsex på stefaren, skal ha vært da hun var rundt 10 år. Det skjedde på gjesterommet i kjelleren.

Stefaren forklarte henne hvordan hun skulle gjøre det når hun skulle suge ham, forklarer hun politiet. Hun merket at det skjedde noe fysisk med stefaren, og hun syntes at det ble enda eklere da han fikk reisning, forklarte hun. I politivhøret sier Maria at hun vasket munnen med Zalo etterpå. Hun forteller også om oralsex på toalettet i kapellet ved kirken i Grue. Presten ble i avhør ikke konfrontert med denne anklagen.

- Stefaren sa noe religiøst, før han sa «gjør det du er best til», ifølge Marias forklaring. Hun skal ha gått på ungdomsskolen på dette tidspunktet.



Både kirketjeneren og organisten stiller overfor Psykologtidsskriftet spørsmål om slike overgrep overhodet har vært mulig uten å bli oppdaget.

Politiet dro etter det Psykologtidsskriftet kjenner til, ikke til kapellet for å se det påståtte åstedet.

Verken kirketjeneren eller organisten ble kontaktet eller avhørt av politiet. De vitnet ikke i retten. Presten ble heller ikke i avhørene konfrontert med Marias anklager om gjentatt oralsex i kapellet etter gudstjenester.

11. oktober spør politibetjent Tone Sørumschaugen om hun har utført oralsex på stefaren andre steder enn på badet, på gjesterommet og i kapellet.

Da kommer hun på enda en gang. Det skjedde i stefarens bil, en Lada, forklarer Maria. Dette skal ha skjedd mens bilen ble vasket i vaskeautomaten på Shell-stasjonen på Kirkenær. Hun forklarer seg detaljert om klærne stefaren skal ha hatt på seg. Hun husker hva de spiste etter overgrepet. Hun husker at vaskebørstene var blå og hvite, og lyden av disse mot bilen. Hun var rundt 10-11 år, forklarer hun.

Psykologtidsskriftet har ikke funnet at presten ble konfrontert av politiet med anklagen om oralsex på Shell-stasjonen.

Psykologtidsskriftet finner heller ikke at politiet sjekket bensinstasjonen på hjemstedet, eller sjekket hva slags bil presten hadde på dette tidspunktet.

Politiet kunne da ha funnet ut at bensinstasjonen ikke har vaskeautomat, slik Maria forklarte seg detaljert om. Dette ble påpekt i tingrettsdommen, uten at det fikk konsekvenser for tiltalen eller dommen.

### BLE MARIA GRAVID?

Maria har forklart at hun hadde et høyt forbruk av angrepiller. Hun var redd for å bli gravid med stefaren, og kjøpte angre-

piller og graviditetstester på apoteket i hjembygda, allerede mens hun gikk på ungdomsskolen.

Likevel ble hun gravid, og Maria forklarer seg detaljert om en positiv graviditetstest. Hun endte opp med å ta abort på seg selv med morens strikkepinner, hjemme på badet. Dette skjedde mens hun gikk i 10. klasse på ungdomsskolen. Det kan ha vært før jul, forklarer hun politiet. Politiet tror på dette, og ber om gynekologisk undersøkelse: «Fornærmede har vært utsatt for vold og seksuelle overgrep. Hun ble som 16-åring gravid, og utførte abort», heter det i anmodningen fra politiet.

Men overlege Anja Døslund Holstad klarer ikke å påvise at Maria har vært gravid eller tatt abort. Da justerer politiet seg, til Marias fordel: Politiet ber Maria 3. januar 2007 om å forklare nærmere om «den hendelsen hun tidligere har forklart om, hvor hun mente at hun var gravid».

Maria justerer seg ikke. Hun holder fast ved at stefaren gjorde henne gravid, og at hun tok abort.

### - MEN ER IKKE DU STERIL?

Presten slipper ut av varetekt i desember 2006, og sliter med anklagene. Men han får et lyspunkt når han snakker med en venn på telefon like etter.

Han snakker om de detaljerte forklaringene Maria har kommet med, om at han har gjort henne gravid, og at hun derfor tok abort.

- Men er ikke du steril da? Det er jo ikke fysisk mulig! Du husker vel vår samtale for ti år siden etter kontrollen på sykehuset? Du var sterilisert, og inngrepet ble bekreftet effektivt i ettertid, sier vennen.

Det blir en lang pause i den andre enden.

Vennen forteller til Psykologtidsskriftet at presten etter dette ble som et nytt menneske.



## - Men er ikke du steril?

Venn i telefonsamtale med presten

*Maria opplyste i avhør hvilket apotek hun kjøpte angrepillene. Ingenting tyder på at politiet fulgte dette opp. Resept på angrepiller er ikke dokumentert.*

Fra Psykologtidsskriftets gjennomgang av politidokumentene



«Hun forteller at hun gikk til helsesøster med en graviditetstest som var positiv.»

Fra rettsoppnevnt sakkyndig psykolog Bente Stolpestads rapport til Glåmdal tingrett

- Han ble sikker på at dette ville bevise at stedatterens mange anklager var oppspinn.

I tingretten la presten frem dokumentasjon på at han ble sterilisert i 1994.

#### FINNER INGEN I USA

Fredag 1. desember 2006 ser politiet ut til å være overbevist om at den 22 år gamle kvinnen snakker sant om vold og seksuelle overgrep. De har gjennomført 40 avhør av til sammen 26 vitner siden 11. september. Maria er avhørt åtte ganger i til sammen nær 37 timer, presten tre ganger i om lag fem timer.

Det nærmer seg rettssak i Glåmdal tingrett. 28. mars 2007 tar Statsadvokaten i Hedmark og Oppland ut endelig tiltale.

Nå haster det også med oppfølgingen av Marias første, amerikanske adoptivfar. Hun har i avhør også anklaget ham for seksuelle overgrep.

Mannen skal være 55 år. Politiet har kontaktet Interpol i USA. Antakelig bor mannen i Wisconsin, men ingen klarer å finne ham.

Datoen for rettssaken settes til 16. april.

#### PSYKOLOGENE TROR PÅ MARIA

Sakkyndige har i årtier vurdert gjerningsmannens sinnstilstand før og under en påstått ugjerning.

Rundt årtusenskiftet vokste det frem en erkjennelse av at ofrene ikke ble tatt på alvor. Deres skader og behov for erstatning og oppreisning skulle vurderes bedre.

Når sorenskriver Lars Mæhlumshagen setter retten mandag den 16. april 2007, er dette en av de første, store sakene her til lands hvor en psykologisk sakkyndig deltar kun for å vurdere fornærmede.

Mæhlumshagen får brev fra bistandsadvokat Inger Marie Støen. Hun foreslår psykolog Bente Stolpestad som sak-

kyndig. Hun får gjennomslag. Støen foreslår også mandatet til psykologens arbeid: Hvordan fungerer fornærmede i dag, og kan det sies noe om årsaken til hennes fungering? For det andre: Har fornærmede fått varig og betydelig skade av medisinsk art? Skaden bes angitt i prosent.

Dommeren følger bistandsadvokatens forslag.

Ett svært sentralt premiss for en sakkyndigrapport om menerstatning er at eventuelle skader først gjelder hvis retten kjenner tiltalte skyldig etter tiltalen.

Dette forbeholdet forsvant i «prestesaken». Tvert om ble psykologen som skulle vurdere Marias skader, ett av de viktigste vitnene mot presten, fordi den sakkyndige fant Marias forklaringer overbevisende. Som da Maria forteller at hennes gamle morfar voldtok henne fem ganger. Og at stefaren har gjort henne gravid, og at hun utførte abort.

Hun gir også en ny opplysning: Den positive graviditetstesten har hun vist til en helsesøster, skriver psykolog Bente Stolpestad i rapporten.

Stolpestad skriver at hun tar dette opp med Marias behandlende psykolog Hilde Myrvoll, som tror på dette.

- Kroppsspråket hennes gjør det som fortelles meget troverdig, sier Myrvoll i Stolpestads rapport.

Helsesøsteren som skal ha sett den positive graviditetstesten, dukker aldri opp.

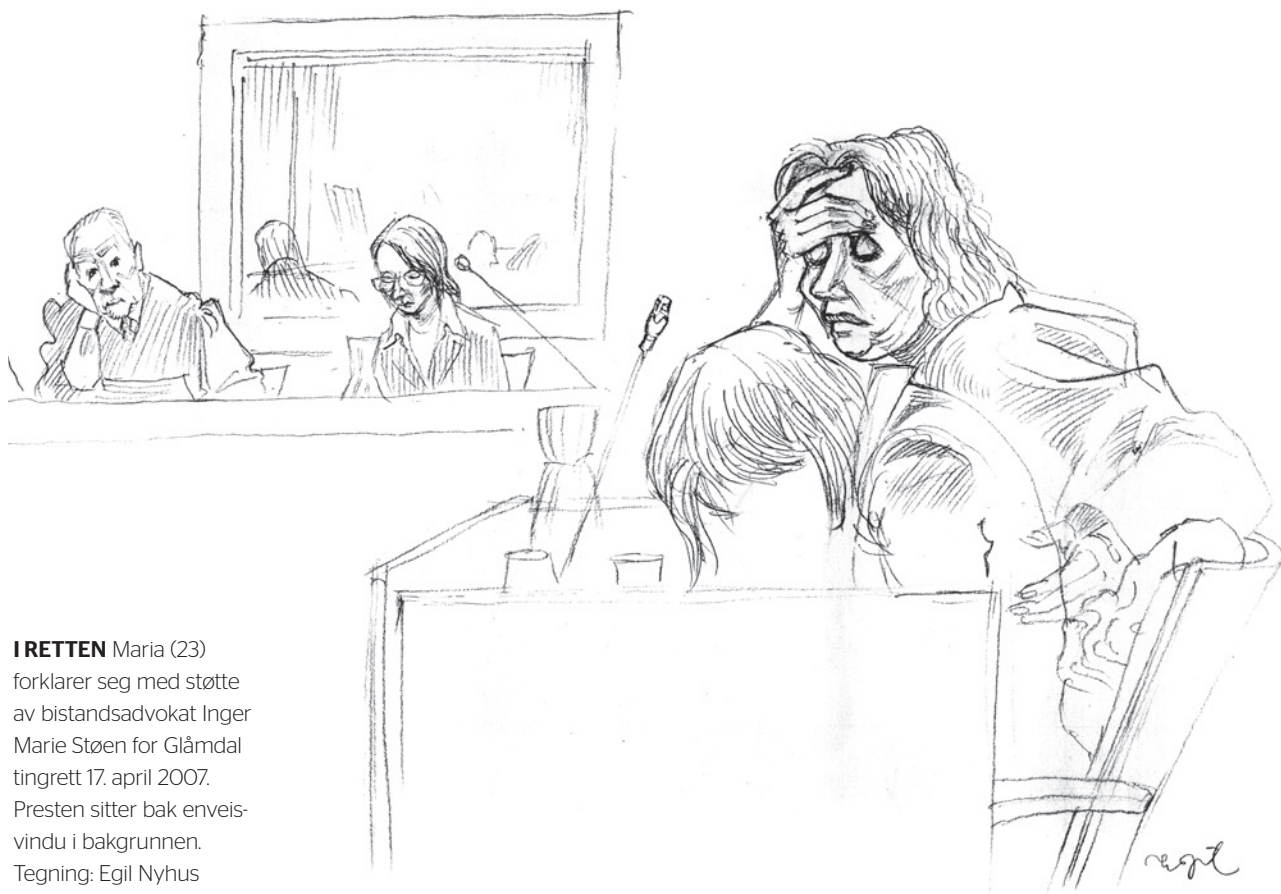
#### UVANLIG TILBAKEMELDING

Rapporter fra sakkyndige skal legges frem for Den rettsmedisinske kommisjon (DRK) til godkjenning før de kan legges frem for retten. Kvalitetssikringen skal hindre ukvalifiserte spekulasjoner, og kommisjonen skal sørge for at de nødvendige forbehold og faglige vurderinger er ivarettatt.



*Helsesøsteren som skal ha sett den positive graviditetstesten, dukker aldri opp.*

Fra Psykologtidsskriftets gjennomgang av «prestesaken»



**I RETTEN** Maria (23) forklarer seg med støtte av bistandsadvokat Inger Marie Støen for Glåmdal tingrett 17. april 2007. Presten sitter bak enveisvindu i bakgrunnen. Tegning: Egil Nyhus





«Slik de seksuelle overgrep fremstår, vitner de lite om en såkalt 'kjærlighets-hungrende over-griper', men derimot om en aggressiv, fiendtlig og tilnærmet sadistisk overgriper.»

Rettsoppnevnt sakkyndig psykolog Bente Stolpestad i sin rapport til Glåmdal tingrett

Rapporten til Bente Stolpestad blir sendt Den rettsmedisinske kommisjon ved leder Randi Rosenqvist tirsdag 10. april 2007, seks dager før Glåmdal tingrett skal starte rettssaken.

Ifølge opplysninger Psykologtidskriftet har hentet inn, var ordinær saks-gang på denne tiden at erklæringer ble sendt per post til og fra medlemmene som skulle vurdere dem. Det vanlige var at tre DRK-medlemmer vurderte. Denne gangen er det kun to som vurderer rap-porten: kommisjonslederen selv og psy-kolog Knut Waterloo.

Den uvanlig positive tilbakemel-dingen fra DRK på Bente Stolpestads fornærmede-erklæring kom fredag den 13. april, tre dager etter at den ble regis-trert hos DRK:

«Det er ingen bemerkninger til denne grundige vurderingen.»

### I TINGRETTE

Folk samler seg på benkene i Glåmdal tingrett i Kongsvinger mandag morgen 16. april 2007. Det er en av de sakene til og med riksmidlene viser interesse for, registrerer soren skriver Lars Mæhlumshagen.

De siste månedene og ukene har titler som «Prest tatt for sex-overgrep mot barn», «Biskop visste om overgrep» og «- Sex-misbrukt er i familie med presten» lyst mot lesere over hele landet.

Mæhlumshagen setter retten klokken 9. Ved siden av presten sitter forsvarer Sigmund Øien (68), med grått hår og skjegg.

Aktor, statsadvokat Bodil Thorp Myhre, leser tiltalen om seksuelle over-grep, vold og tvang fra 1989 til 2002, og vold fra 2002 til 2006.

Presten nekter straffskyld på samtlige punkter. Men Marias støttespillere gjen-forteller alle ulike historier om hennes vonde oppvekst.

Freddy Knutsen, Solveig Fiske, Kristin Gundstad, hennes ektefelle og en rekke andre vitner for aktoratet.

- Vi har tillit til stedatterens forklaring og troverdighet, sier Solveig Fiske i ting-retten. Hun har i mellomtiden overtatt som biskop.

- Jeg opplever Maria som veldig tro-verdig, selv om det hun fortalte er utrolig, sier studentprest Freddy Knutsen.

Marias behandlende psykolog Hilde Myrvoll sier at hun aldri har tvilt på Marias troverdighet.

### BREV FRA AMERIKA

Midt under rettsforhandlingene finner Interpol i USA endelig Marias ameri-kanske adoptivfar i Minnesota, 20. april 2007.

Betjentene treffer på ham hjemme. I avhørsprotokollen heter det at 55-åringen svettet merkbart og stemmen var tidvis ustø. Han sier at han ikke har vært i Norge etter at han flyttet hjem til USA i 1995.

- Maria skrev et brev til moren min en gang. Jeg ønsket ikke kontakt. Så jeg svarte ikke, sier mannen.

I vitneavhøret beskriver han seg som en alkoholiker, som ble tørrlagt etter at han kom tilbake til USA. Han sier han ga Maria ris da hun ikke ville spise opp maten, men på direkte spørsmål fra betjentene hjemme i stuen sin, benekter han fysiske eller seksuelle overgrep.

- Nei, vi ga henne ris begge to. Men jeg ville bli svært overrasket om hun sa jeg hadde mishandlet henne seksuelt. Hvordan kan hun tro eller huske noe sånt? forklarte Marias amerikanske adoptivfar til politiet 20. april 2007.

Ingenting tyder på at politiet gjør mer ut av Marias anklager mot adoptivfaren.

### FLERE SAKKYNDIGE

Fra første dag i tingretten fulgte Bente Stolpestad forhandlingene, sammen

med rettspsykiater Kjell Noreik. Han hadde vurdert tiltalte sammen med psykiater Berthold Grünfeld.

Presten var ikke psykotisk, bevisstløs eller psykisk utviklingshemmet i de tidsrommene handlingene skal ha skjedd, er konklusjonen fra Noreik og Grünfeld i retten 27. april.

Samme dag legger Bente Stolpestad frem sin rapport.

– En troverdig jente som vil gjøre alt riktig. Det er ingenting som tyder på at hun underdriver eller overdriver. Hun fikk en veldig god score på sannhet, sa Stolpestad om Maria, ifølge lokalavisen Glåmdalens referat fra retten.

Stolpestad tar ingen reservasjoner, men fastholder rapporten, og konkluderer med at presten er skyldig.

Forsvarer Sigmund Øien ba etter det Psykologtidsskriftet kjenner til, ikke politiet sjekke opplysningene i Stolpestads rapport. Han ba heller ikke om at erstatningsspørsmålet ble behandlet etter at skyldspørsmålet ble avgjort.

Etter at presten har dokumentert sin sterilitet, tar dommen utgangspunkt i at Maria *oppfattet* testen som positiv:

«Hun kjøpte seg graviditetstest og oppfattet det slik at den var positiv. Hun utførte da abort på seg selv med strikkepinne. Det gjorde vondt og hun blødde mye. Begynte etter dette med angrepiller som hun kjøpte på apoteket», heter det.

### ANGREPILLER

En venninne bekrefter ifølge tingrettsdommen at Maria kjøpte angrepiller mens hun gikk på ungdomsskolen. Dette har retten lagt vekt på: «Ifølge opplysninger fra Sosial- og helsedirektoratet ble angrepillen reseptfri fra oktober 2000. Maria gikk da siste året på ungdomsskolen», heter det senere i dommen.

Dette stemmer ikke. Da angrepillen ble reseptfri i oktober 2000, gikk Maria første året på videregående. Hvis Maria kjøpte angrepiller mens hun gikk på ungdomsskolen, må noen ha skrevet ut resept. Maria opplyste i avhør hvilket apotek hun kjøpte angrepillene. Ingenting tyder på at politiet fulgte dette opp. Resept på angrepiller er ikke dokumentert.

Psykologtidsskriftet finner heller ingen tegn til at apotekansatte ble avhørt om salg av angrepiller og graviditetstest i flere omganger til prestedatteren på det lille tettstedet.

### DOMMEN

Sorenskriver Lars Mæhlumshagen trekker seg tilbake sammen med meddommerne Harald Magnus Hande og Klara Signe Bredesen-Vestby, for å vurdere bevisene og komme frem til en domsslutning. Onsdag 9. mai er dommen klar.

Selv om Bente Stolpestad verken kjente bevisene, eller noen gang hadde møtt presten, er det henne dommeren lener seg på når han feller dommen.

Sorenskriver Lars Mæhlumshagen fører en lang passasje fra rapporten like inn i tingrettsdommen, hvor han viser til rapporten som sentralt premiss for dommen.

«Det er min oppfatning at fornærmede har blitt utsatt for traumer av meget alvorlig karakter, først og fremst mht seksuelle overgrep som har i tillegg inneholdt fysisk vold og trusler om vold samt alvorlige psykiske trusler. Slik de seksuelle overgrep fremstår, vitner de lite om en såkalt 'kjærlighetshungrende overgriper', men derimot om en aggressiv, fiendtlig og tilnærmet sadistisk overgriper. [...] Fornærmede fremstår, for meg, som uttalt troverdig i sin beskrivelse av egen oppvekst. Det gjelder så vel erfarte seksuelle overgrep, erfart fysisk »



*Selv om Bente Stolpestad verken kjente bevisene, eller noen gang hadde møtt presten, er det henne dommeren lener seg på når han feller dommen.*

Fra Psykologtidsskriftets gjennomgang av «prestesaken»



### PRESTEN I RETTEN

Presten (55) i Glåmdalen forklarer seg for Eidsivating lagmannsrett 25. februar 2008. Tegning: Egil Nyhus

vold, samt psykiske krenkelser. Hennes måte å formidle sine opplevelser, gir for meg et overbevisende bilde av at fornærmede har erfart det hun forteller.

Lars Mæhlumshagen tok sitt valg. Han tror på jenta:

«[retten finner] bevist at tiltalte har forholdt seg som beskrevet i samtlige tiltaleposter. Retten har festet lit til fornærmedes forklaring», skriver Mæhlumshagen.

Presten blir kjent skyldig på alle punkter. Straffen er ni år i fengsel, og han må betale 1,8 millioner kroner i erstatning.

«Presten fikk norsk rekord i straff», skrev lokalavisen Glåmdalen dagen etter.

Kirkene i Kongsvinger og Grue ble åpnet for folk i krise etter dommen. Presten anker.

### ASPERGER

En uke etter dommen blir presten henvist av fastlegen til psykologspesialist

Børge Holden, som undersøker ham i juni 2007.

Personer som kjenner presten, har reagert på oppførselen hans under rettsaken. En lege og en sykepleier stusser. De kjenner presten, og er bekymret for den psykiske helsen hans.

Den internasjonale diagnosemanualen ICD-10 beskriver Aspergers syndrom som en gjennomgripende utviklingsforstyrrelse. Personer med Asperger har problemer med mellommenneskelig samspill og har et repeterende og begrenset repertoar av interesser og aktiviteter. De fleste har normal intelligens, men er utpreget klossete.

Børge Holden skriver til fastlegen at presten har lite variert mimikk og kroppsspråk, er utpreget klosset både motorisk og sosialt, og han har lett for å bli misforstått. Han har problemer med intimitet, berøring, og med nær, vennlig





*For første gang stopper hele rettsprosessen nesten opp. Krohg kan ikke forstå hvordan tingretten kunne ta inn sakkyndig psykolog Bente Stolpestads rapport som bevis.*

Fra Psykologtidsskriftets gjennomgang av «prestesaken»

kontakt generelt. Han er utpreget naiv og røper private, pinlige ting nokså ubeskyttet. Diagnosen blir ikke tema når saken går for lagmannsretten året etter.

### **I LAGMANNSRETTE**

Høsten 2007 får lagdommer Bernt Krohg i Eidsivating på Hamar ansvaret for saken.

For første gang stopper hele rettsprosessen nesten opp. Krohg kan ikke forstå hvordan tingretten kunne ta inn sakkyndig psykolog Bente Stolpestads rapport som bevis.

Fredag 16. november 2007 ringer Bernt Krohg til leder Randi Rosenqvist i Den rettsmedisinske kommisjon. Han ønsker å få en ny vurdering av Bente Stolpestads rapport. Samme dag skriver han også et brev til henne:

Han er bekymret for at rapporten er utformet slik at den «lett kan tas til inntekt for at siktede i saken er skyldig

etter tiltalen». Han har på det tidspunktet ikke fått hele rapporten, men siterer flere avsnitt fra den delen han har sett, som han finner problematiske. Han kritiserer mandatet psykologen fikk: Er det faglig forsvarlig at psykologen svarer på spørsmål om årsaken til hennes fungering før skyldspørsmålet er avgjort? Og: Er det faglig forsvarlig å si noe om fornærmedes troverdighet, ut fra det faktiske grunnlaget Stolpestad hadde?

Krohg vil ha en ny gjennomgang «særlig i lys av den måten tingretten har gjort bruk av erklæringen på i sin bevisbedømmelse».

Randi Rosenqvist ble varamedlem i Den rettsmedisinske kommisjon fra 1983, ordinært medlem siden 1988. Fra 2003 til 2009 leder hun kommisjonen.

Brevet fra Krohg kunne hatt konsekvenser for utfallet av saken. Men det skjer ikke. »



*- Jeg må si at jeg synes det er leit at jeg skrev det.*

Randi Rosenqvist til Psykologtidsskriftet om vurderingen hun gjorde av psykolograpporten i «prestesaken»



**ANGRER** Daværende leder av Den rettsmedisinske kommisjon, Randi Rosenqvist, angreir på vurderingen hun gjorde av psykolog Bente Stolpestads sakkyndigrapport i «prestesaken». Foto: Lars Myhren Holand

Etter Krohgs telefon og brev gjør hele psykiatrisk gruppe i Den rettsmedisinske kommisjon en vurdering av Stolpestads rapport. Dette er andre gang rapporten blir vurdert av DRK.

Randi Rosenqvist svarer på vegne av alle 4. desember 2007. I svaret støttet Rosenqvist nå Krohgs innvendinger, men fremholder at Den rettsmedisinske kommisjon er feil adresse for flere av dem. Hun peker på at påtalemyndigheten og forsvareren har ansvar for at opplysninger i rapporten blir etterforsket og eventuelt imøtegått, og skriver videre:

«Dersom etterforskning/bevisføring viser at den informasjon fornærmede har kommet med om sin utvikling og forholdene generelt i barndomshjemmet ikke medfører riktighet, vil det være grunn til å vurdere alvorlig personlighetspatologi.»

Hvis DRK finner vesentlige mangler ved en rapport, skal den ifølge straffeprosessloven gjøre retten eller påtalemyndigheten oppmerksom på dette. DRK rapporterte ikke om vesentlige mangler i dette tilfellet, ifølge vår gjennomgang av dokumentene. Bente Stolpestads rapport lever videre en stund til.

#### **ROSENQVIST ANGRER**

Psykologtidsskriftet møter Randi Rosenqvist (65) hjemme i Oslo. Hun husker saken meget godt, og angreir på vurderingen som ble gjort av rapporten før tingretten. Hun var ikke våken nok, medgir Rosenqvist i dag, og vedgår at vurderingen var uheldig.

Hun forteller at hun har beklaget overfor seg selv at hun konkluderte slik hun gjorde fredag den 13. april 2007, før tingrettssaken mot Glåmdalspresten.

*- Jeg må si at jeg synes det er leit at jeg skrev det.*

Rosenqvist mener at rapporten var så detaljert at det ikke ville være vanskelig å motbevise fakta i saken, hvis rapporten ikke stemte. Psykolograpporten inneholder eksempler på informasjon som ifølge den tidligere DRK-lederen burde kunne kontrolleres.

- Det må jo politiet etterforske, tenker jeg. Men det ble ikke gjort. Retten spiste det.

Rosenqvist har holdt på med strafferettspsykiatri i trettifem år. Men som leder av kommisjonen fikk hun bare vurderinger av fornærmede i straffesaker et par ganger i året.

Nå innrømmer hun at hun knapt var kvalifisert til å vurdere Stolpestadts rapport.

- Du kan si at vi ikke var kvalifisert for å vurdere slike rapporter, men det var ingen andre som var kvalifisert, heller, sier Rosenqvist.

Randi Rosenqvist sier at hun brukte mye energi på saken.

- Det som gjorde at vi godkjente rapporten i første omgang, var at den inneholdt så veldig mye informasjon om et langt og vanskelig liv som adoptivstebarn. Og hvis dette faktisk ikke var sant, så ville også den kliniske vurderingen måtte falle ut annerledes.

Hun forsvarer kommentarene kommisjonen ga da Krohg spurte før lagmannsretten, men sier i dag at kommisjonen burde ha spurt tydeligere om alternative forklaringer. Dette manglet også i mandatet til den sakkyndige, ifølge DRK-lederen. Men det er rettens oppgave å vurdere beviser, understreker Rosenqvist.

- Hva om premissene er feil?

- Da kan saken komme til gjenopptakelse, og så kan man behandle den i Gjenopptakelseskommisjonen. Da kan de si at det nå er fremkommet at hun løy hele tiden, og at det da vil bli en ny rettssak. Så kan mannen frifinnes, og

han har da hatt ti jævlige år og vil få en erstatning fra staten, kommenterer Rosenqvist.

### LAGDOMMEREN GIR ETTER

Randi Rosenqvist spiller altså ansvaret for rapporten rett tilbake til rettens aktører. Men Bernt Krohg har også en annen sterk bekymring: Hvordan kunne statsadvokatene benytte psykologene Hilde Myrvoll og Bente Stolpestad som vitner mot presten som gjerningsmann? 4. januar 2008 skriver lagmannen til statsadvokat Bodil Thorp Myhre.

- Har disse vitnene kjennskap til skyldspørsmålet, ut over hva de har hørt fra fornærmede i sine roller som behandler og sakkyndig vedrørende erstatningsutmålingen?

Statsadvokaten svarer 25. januar.

- Psykologspesialist Hilde Myrvoll og nevropsykolog Bente Stoplestad er viktige vitner for påtalemyndigheten i tilknytning til skyldspørsmålet.

Lagmann Bernt Krohg følger ikke opp.

I lagmannsretten er Hilde Myrvoll og Bente Stolpestad sakkyndige vitner.

### SKYLDIG IGJEN

Når saken kommer opp for lagmannsretten 25. februar 2008, forsvarer Sigmund Øien (69) fortsatt presten. Øien har hatt dobbeltsidig lungebetennelse siden årsskiftet og vært alvorlig syk.

I lagmannsretten ser det ut til at anklagene om graviditet er forduftet, sammen med aborten hjemme på badet. De er heller ikke nevnt i lagmannsrettsdommen.

Ankeforhandlingen varer to og en halv uke. Tiltalen er uforandret.

Retten vurderer om Marias anklager kan være uriktige, og komme fra andre opplevelser i barndommen, i det som heter «reaktiv tilknytningsforstyrrelse».

Den danske psykologen Niels Peter »



*- Jeg har i mine år i Kommisjonen for gjenopptakelse av straffesaker ikke lest maken til psykolograpport.*

Svein Magnussen, professor og ekspert på vitnepsykologi

*- Erklæringen oppfyller ikke de mest grunnleggende krav. Den sakkyndige skal ikke, som her, foreta bevisvurderinger.*

Asbjørn Restan, spesialist i psykiatri med erfaring som rettspsykiatrisk sakkyndig siden 1988





«Halleluja!  
Min sjel er fri»

Presten i dagboksnotater etter at han har fortalt om et flashback



*Kvinnene er for-  
tvilet, og legger frem  
alternative årsaker  
til prestens innrøm-  
melser: psykisk  
sykdom, religiøsitet  
eller påkjenninger  
etter lang tids soning.*

Privatetterforsker Tore Sandberg gir opp arbeidet med gjenopptakelse av «prestesaken». Tre kvinner arbeider videre.

Rygaard mener dette kan være tilfellet. Rygaard er engasjert av forsvarerne. Retten oppnevner overlege og psykiater Jannike Engelstad Snoek som sakkyndig, hun er kritisk til en slik diagnose.

Saken gikk med jury, og dommen er kortfattet. Juryen tror på Maria. Presten blir funnet skyldig. Lagdommer Bernt Krohg setter ikke juryens kjennelse til side.

Han signerer dommen 14. mars 2008. Presten får åtte års fengsel og må betale 575 000 kroner i erstatning.

#### RAPPORT FÅR STRYK

I dag slakter fagfolk psykolograpporten.

Professor Svein Magnussen er ekspert på vitnepsykologi. Han var medlem av Gjenopptakelseskommisjonen i perioden fra 2003 til 2009.

- Jeg har i mine år i Kommisjonen for gjenopptakelse av straffesaker ikke lest maken til psykolograpport. Rapporten skal vurdere fornærmedes psykiske tilstand, men går langt videre ved å konkludere hva denne psykiske tilstanden kommer av, og går med det inn på skyldspørsmålet, noe som er rettens oppgave, sier Magnussen.

En rekke andre fagfolk som er gjort kjent med rapporten av Psykologtidsskriftet, er samstemmige i kritikken. Psykologen får stryk for at hun opptreter som terapeut, ikke som sakkyndig. Rapporten er ifølge ekspertene en gjenfortelling av fornærmedes historie uten forbehold. Deres vurderinger støtter de bekymringene Krohg meldte inn til DRK.

- Erklæringen oppfyller ikke de mest grunnleggende krav. Den sakkyndige skal ikke, som her, foreta bevisvurderinger, sier Asbjørn Restan.

Han er spesialist i psykiatri med erfaring som rettspsykiatrisk sakkyndig siden 1988.

- Det stedet hvor det primært går feil, bortsett fra hos psykologen som skriver



rapporten, er i Den rettsmedisinske kommisjon. Den bryter sin funksjon for rettsikkerhet når den godkjenner rapporten, sier Restan. Han anklager forsvareren for å ha gjort en slett jobb.

- En hvilken som helst forsvarer, burde enkelt greie å pille rapporten fra hverandre, sier Restan.

Han er likevel tydelig på å plassere ansvaret i rettsapparatet.

- Ansvaret for å ivareta rettssikkerheten ligger til syvende og sist i domstolvesenet. Påtalemyndighet og domstol. Den rettsmedisinske kommisjon ligger under justissekretariatene, dermed under rettsforvaltningen, sier Restan.

#### FLASHBACK

Presten blir etter dommen avskjediget som prest, og flytter ut av presteboligen.

30. juli 2008 møter presten til soning på Ila. Tidlig i fengselsoppholdet ber



presten helsetjenesten om hjelp. I helsejournalen hans står det at han føler han gradvis mister kontrollen, uttaler seg ukritisk og er sårbar, og sammenligner tilstanden med «tilståelses-syndrom» Privatetterforsker Tore Sandberg jobber med å få saken gjenopptatt, og samarbeider med advokat John Christian Elden. De møter presten i Ila fengsel og forvaringsanstalt i Bærum onsdag 12. januar 2011, klokken 17.55, ifølge prestens egen dagbok.

For presten er dette stort. Han har selv invitert dem. Han har fortalt om besøket til medfanger. Den selvanklagende mannen er nervøs, men ser aller mest frem til å få lettet sin samvittighet. Han vil ha fred med Gud. Når han nå endelig får fortalt dem sin hemmelighet, kommer alt til å bli bedre, tror han.

Han forteller dem om ett flashback han har hatt, om to hendelser. Den ene i Lyder

Sagens gate i Oslo hvor han hadde hatt Maria på fanget. Hun hadde hatt på seg pysjamas. I et kort øyeblikk, husker han, tok han hånden inn under pysjamasen. En overfladisk, kort berøring, sier han.

Den andre hendelsen han har minner om, var at han presser Marias armer ned mot en varm kjele på komfyren. Sandberg og Elden spør inngående om han har gjort noe av det andre han er dømt for. Det benekter han. Psykologtidsskriftet har sett dagboksnotatene fra prestens fengselsopphold. Tusener av nitide håndskrevne sider.

«Halleluja! Min sjel er fri» står det i dagboka i etterkant av dette møtet. Presten får nå fred med seg selv en stund.

#### SANDBERG GIR OPP

Tore Sandberg er ikke like fornøyd. Privatetterforskeren er oppgitt og vurderer å avslutte arbeidet med saken. Noen dager >>

#### FORNÆRMEDES

**FORKLARING** Maria (24) forklarer seg for Eidsivating lagmannsrett 26. januar 2008. Tegning: Egil Nyhus



*– Temaet behandlere, også psykologer, som sakkyndige vitner i straffesaker, fortjener oppmerksomhet. «Prestesaken» kan være egnet til å illustrere noen problemstillinger i den forbindelse.*

Lagdommer Bernt Krohg til Psykologtidsskriftet



**SIGNERTE DOMMEN** Dommer Bernt Krohg i Eidsivating lagmannsrett satte ikke juryens kjennelse til side da presten ble dømt i 2008. Her et bilde fra 2014. Foto: NTB scanpix

senere møter han tre kvinner i en stue i Kongsvinger. Kvinnene har på eget initiativ arbeidet med «prestesaken» i flere år. Han informerer om prestens innrømmelser, og viser til at avtalen mellom ham og presten er brutt. Da Sandberg startet arbeidet, hadde presten skrevet under på at han hadde sagt alt av betydning for saken. Nå har flashbacket ødelagt alt.

Kvinnene er fortvilet, og legger frem alternative årsaker til prestens innrømmelser: psykisk sykdom, religiøsitet eller påkjenninger etter lang tids soning.

Sandberg responderer ikke, ifølge de tre kvinnene. Han vil ikke mer.

De tre kvinnene jobber videre uten Tore Sandberg, og de står for mye av arbeidet som ligger til grunn for begjæringen om gjenopptakelse av prestesaken.

Et halvt år senere kommer Sandberg på banen igjen. Enda et år senere sender han begjæringen om gjenåpning til Gjenopptakelseskommisjonen i juni 2012. Sandberg opplyser at presten har innrømmet to grenseoverskridende handlinger. Ingen journalnotater eller opplysninger fra lege, psykolog, psykiatrisk sykepleier, prest eller sjelesørger er tatt med.

### MARIA SVARER KOMMISJONEN

Mandag 19. august 2013 svarer Maria på opplysningene i gjenåpningsbegjæringen via sin advokat.

Et sentralt element i begjæringen er en rekke ulike forklaringer Maria har gitt på ulike tidspunkt om sentrale hendelser.

Nå tar Maria avstand fra flere av sine tidligere forklaringer. Advokat Maria Støen Thoresen forklarer uoverensstemmelsene i forklaringene til Maria som «misforståelser», og sier at Maria har gitt uttrykk for sin subjektive opplevelse.

Thoresen omtaler oppsiktsvekkende nok Bente Stolpestads sakkyndigrapport, lagt frem for tingretten og lagmannsretten,

som journalnotater som Stolpestad har skrevet ned, uten at Maria har fått adgang til å lese igjennom.

Dette står i kontrast til Thoresens arbeid for Maria året før, da hun søkte voldsoffererstatning. I forbindelse med søknaden i 2012 fra advokat Thoresen ble det lagt ved en ny sakkyndig erklæring fra behandleren psykolog Hilde Myrvoll. Denne skulle være et supplement til Bente Stolpestads psykolograpport.

Rapportene utløste voldsoffererstatning på nær 640 000 kroner. Året etter distanserer Maria seg altså helt fra rapporten som var sentral i saken mot stefaren.

I 2013 skriver advokat Thoresen at det er Marias politiforklaring som må legges til grunn, for det er den hun har gjennomlest og underskrevet.

«I en så omfattende utredning som i fornærmede sitt tilfelle kan det oppstå misforståelser. Det er derfor fornærmedes politiforklaring som må legges til grunn. Det er den hun har gjennomlest og underskrevet», heter det i svarbrevet fra Thoresen.

Advokat Maria Støen Thoresen har foreløpig ikke svart på noen av Psykologtidsskriftets henvendelser om intervju.

Anklagene om at stefaren gjorde henne gravid mens hun gikk på ungdomsskolen, er ifølge advokaten heller ikke merkverdige, selv om presten viste seg å være sterilisert.

Maria, som barn, misforsto en graviditetstest i en svært stresset situasjon. Det som i dommen er omtalt som abort, omtaler advokaten til Gjenopptakelseskommisjonen nå som «abort», med anførselstegn.

To måneder senere, 24. oktober 2013, avviser kommisjonen begjæringen om gjenopptakelse. I stedet mener den at opplysningene om prestens flashback har styrket Marias troverdighet.



- Gjenopptakelseskommisjonen gikk ikke inn i saken, sier John Christian Elden i dag.

- *Hvorfor sjekket dere ikke prestens legejournal og undersøkte mer om prestens psyke da dere omtalte flashbacket hans?*

- Det er mulig vi kunne gjort ting annerledes, sett i etterpåklokskapens lys, sier Elden.

### PRESTENS PSYKE

Psykologtidsskriftet kontakter psykologspesialist Børge Holden for å forstå mer av prestens psyke og flashbacket han fikk.

- Presten er en psykisk svært sårbar mann med Aspergers syndrom, med sterkt behov for å granske seg selv, utsatt for dokumenterbart usanne alvorlige anklager som graviditeten som ikke stemte, og med en lang soning i fengsel bak seg. Det er i den sammenhengen hans såkalte innrømmelser må ses, sier Børge Holden.

Diagnosen Asperger er omstridt, og Holden selv mener at den ofte stilles for lett.

- Diagnosen Asperger ble oversett i saken, også av politiet under etterforskningen. Det har fått katastrofale følger for presten. Jeg mener at dette kan ha bidratt til justismord.

Holden har lest flere av dokumentene i saken, blant annet det første politiavhøret av presten.

- Dette er en mann som behersker egenskapen å inkriminere seg selv, sier psykologspesialisten.

Dommene mot presten forutsetter at han er en beregnende strateg og løgner, som har holdt preken i kirken og like etter krevd oralsex av stedatteren i et kapell med dårlig lydisolering uten at noen oppdaget det. Om dette sier Holden:

- Det er mangel på strategiske evner som kjennetegner denne mannen. Og

generelt er personer med Asperger dårlige til å lyve.

### TILKNYTNINGSFORSTYRRELSER

Psykologtidsskriftet ringer den danske psykologen Niels Peter Rygaard, ekspert på tilknytningsforstyrrelser. Han møtte presten og ektefellen tilfeldig en gang han holdt foredrag i Norge om tilknytningsforstyrrelser. Han ble engasjert av presten og var sakkyndig vitne i «prestesaken», uten at hans vitneutsagn ble tatt hensyn til.

- Jeg har vært vitne til et justismord, skrev han i Psykologtidsskriftet i 2008.

Rygaard har forsket på adoptivbarn og funnet at det ikke er uvanlig at tilknytningsforstyrrelser fører til adoptertes falske anklager om seksuelle overgrep. Detaljerte forklaringer betyr ikke at de nødvendigvis er sanne, understreker han.

- Barn og voksne kan komme med stadig mer detaljerte forklaringer etter hvert som de blir spurt. Særlig når spørsmålene er tendensiøse, og går på om de har opplevd eller gjort bestemte ting. Når en psykisk sårbar og umoden person som har problemer med å skille fantasi og virkelighet spørres på denne måten, er resultatet verdiløst, mener Rygaard.

Han påpeker at det ikke var noen faktiske beviser, tvert imot motbeviste adskillige fakta anklagene som var frem satt av den adopterte stedatteren.

- Jeg er fremdeles overrasket over at alle ignorerte at det ikke forelå beviser utover en meget tendensiøs psykolograpport, med vitneutsagn fra en observand som ble konstatert grensepsykotisk på undersøkelsestidspunktet, sier Rygaard.

I rapporten konkluderer Stolpestad med at Maria «befinner seg under en betydelig psykisk krise med en



*- Diagnosen Asperger ble oversett i saken, også av politiet under etterforskningen. Det har fått katastrofale følger for presten. Jeg mener at dette kan ha bidratt til justismord.*

Psykologspesialist Børge Holden til Psykologtidsskriftet



**SATTE DIAGNOSEN** Psykologspesialist Børge Holden diagnostiserte presten med Aspergers syndrom i 2007. Foto: Arkiv





*– Fornærmede har i dag fått reaktivert sine traumer gjennom det som nå skjer.*

Bente Stolpestad klaget i mai 2016 Psykologtidsskriftets journalist inn for Norsk psykologforening



tilnærmet grensepsykotisk tilstand, men har ingen klar realitetsbrist eller forstyrrelse på verken tanke- eller sansenivå».

### DOMMERNE

Lars Mæhlumshagen (76) er i dag pensjonert sorenskriver i Glåmdal tingrett. Psykologtidsskriftet ber ham kommentere feilene om abort og angrepiller i tingrettsdommen, og at retten brukte Bente Stolpestads psykolograpport i vurderingen av skyldspørsmålet.

- Jeg husker ikke noe fra den konkrete bevisvurderingen. Skyldspørsmålet avgjøres etter en helhetsvurdering av den samlede bevismengden, sier Lars Mæhlumshagen.

Lagdommer Bernt Krohg sier i dag at han ønsker oppmerksomhet rundt bruken av sakkyndige vitner.

- Temaet behandlere, også psykologer, som sakkyndige vitner i straffesaker, fortjener oppmerksomhet. «Prestesaken» kan være egnet til å illustrere noen problemstillinger i den forbindelse. Som dommer i saken er det imidlertid vanskelig for meg å uttale meg konkret om bevisførselen i ettertid, sier Krohg.

- Det er vanskelig å tolke deg annerledes enn at du selv stiller spørsmål ved dommen?

Bernt Krohg svarer ikke på det spørsmålet, som Psykologtidsskriftet har stilt på e-post.

### PSYKOLOGENES SVAR

Bente Stolpestad (60) reagerer kraftig på Psykologtidsskriftets spørsmål rundt hennes arbeid den gangen.

- Jeg reagerer på hvorledes dere går frem her i saken. Dere driver og ringer rundt til flere som er involvert i saken uten at hovedpersonen har fått vite det. Hva slags agenda har dere egentlig? spør Bente Stolpestad.

I mai klaget Bente Stolpestad Psykologtidsskriftets journalist inn for Norsk psykologforening.

- Fornærmede har i dag fått reaktivert sine traumer gjennom det som nå skjer, skriver Stolpestad i klagen. Hun engasjerer advokat.

- Det er uforståelig at denne saken igjen skal skrives om, og det er med beklagelse at dette igjen blir en ny tilleggsbelastning for fornærmede, som forsøker å legge denne saken bak seg, skriver advokat Hanne Lilleby.

Psykologtidsskriftet kontakter også sakkyndig vitne, Marias behandlende psykolog Hilde Myrvoll. Hun vil ikke la seg intervju, men sender brev til Psykologtidsskriftets redaktør og Psykologforeningens generalsekretær.

- Jeg reagerer også på at alvorlige overgrepssaker som denne, som var preget av svært alvorlige overgrep, mishandling og trusler over en periode på 13 år - og som er behandlet i alle deler av rettsapparatet - hentes fram enda en gang med de omkostninger det har for de involverte i saken, skriver Hilde Myrvoll.

### NEI TIL INTERVJU

Helsesøster Hilde Offord og rådgiver Harriet Dahl i Kongsvinger ønsker ikke å la seg intervju i saken. Det samme gjelder studenthelsestjenestegiver Kristin Gunstad på Gjøvik og daværende studentprest Freddy Knutsen, nå kirkefagsjef i Hamar bispedømme.

Det har heller ikke lyktes å intervju daværende fungerende biskop Sevat Lappegard.

Psykologtidsskriftet fikk en intervjuavtale med Hamar-biskop Solveig Fiske. Hun ombestemte seg fordi «den utsatte ønsker ro rundt saken», skriver hun i et brev.



- Den utsatte ønsker ro rundt saken.

Biskop Solveig Fiske i brev til Psykologtidsskriftet





*- Dette er en sak som er svært grundig behandlet i to rettsinstanser og gjentatte ganger i forbindelse med begjæringer om gjenopptakelse.*

Iren Coucheron Johnsen til Psykologtidsskriftet. Hun var politiadvokat i Kongsvinger under «prestesaken»

Psykologtidsskriftet har kontaktet lokal etterforskningsleder Åge Sandbakken ved Kongsvinger politistasjon flere ganger, uten å få intervju.

Bjørn Berntsen var sjef på Kongsvinger politistasjon da politiet arbeidet med «prestesaken». Han opplyser til Psykologtidsskriftet at han står for arbeidet som ble gjort den gangen.

Iren Johnsen Dahl, nå Iren Coucheron Johnsen, var politiadvokat på Kongsvinger politistasjon. Hun skriver dette i en e-post:

- Dette er en sak som er svært grundig behandlet i to rettsinstanser og gjentatte ganger i forbindelse med begjæringer om gjenopptakelse. Det har etter min kunnskap ikke kommet frem noen informasjon av betydning i ettertid som ikke var kjent for politiet på det tidspunktet etterforskningen ble avsluttet.

Daværende statsadvokat Bodil Thorp Myhre, nå dommerkollega med Bernt Krohg i Eidsivating lagmannsrett, vil heller ikke la seg intervju om prestesaken. Hun henviser til Hedmark og Oppland statsadvokatembeter. Det gjør også Riksadvokaten.

Psykologtidsskriftet får svar fra første statsadvokat og embetsleder Arne Ingvald Dymbe:

- Det er ingen statsadvokat her i dag som kjenner denne saken. Saken er rettskraftig avgjort, og domfeltes begjæring om gjenåpning er avslått. Vi vil ikke bruke ressurser på å sette oss inn i en sak som ikke lenger har aktuell interesse. Heller ikke den omstendighet at en journalist ønsker et intervju nå, kan medføre noen endring i vår prioritering, skriver Dymbe.

Et jurymedlem fra Eidsivating lagmannsrett i 2008 står for avgjørelsen, men vil ikke gi ytterligere kommentarer.

- Jeg står for dommen ut fra det vi fikk vite den gangen, sier jurymedlemmet, som ikke ønsker navnet sitt på trykk.

### - ET JUSTISMORD

En tidlig høstdag i 2015 er Psykologtidsskriftet på vei til Lillestrøm for å møte prestens forsvarer Sigmund Øien (75) for første gang.

Han kommer ikke. Han må til legen i stedet. Psykologtidsskriftet får kontakt med ham på telefon like etter legebesøket. Øiens stemme er knapt hørbar.

- Justismord, sier Øien.

- *Hvordan kunne det i så fall gå så galt?*

- Juryordningen, svarer Øien.

Sigmund Øien døde 23. november 2015, nær 76 år gammel.

### BUSSJÅFØREN

I mai 2016 besøker Psykologtidsskriftet den pensjonerte bussjåføren Harald Magnus Hande (65) i Sagstua i Hedmark. Han serverer kaffe og kaker i stua.

Hande var en av to meddommere da Glåmdal tingrett behandlet «prestesaken» i 2007. Han har 25 års erfaring som meddommer. Han forteller at «prestesaken», som han hadde lest om i avisen på forhånd, er den verste han har vært med på å behandle.

Han var ikke i tvil om at presten var skyldig.

- *Hva la du vekt på da du var med på å dømme presten?*

- Overgrepssaker er veldig vanskelige. Det er ofte ikke bevis i slike saker, og det var det heller ikke i denne saken. Da ble kroppsspråket til jenta og presten viktig. Jeg merket meg at presten satt og bøyde hodet ned i bordet. Hvis han var uskyldig, så hadde han sittet oppreist og sett på dommeren, og med det sagt at han var uskyldig, sier Hande.

Maria var derimot veldig nervøs, forklarer han.

- Jenta var skjelven, som en nervebunt. Hun var ikke inne i rettssalen når presten var til stede. Vi sa på bakrommet en gang at hvis dette er løgn, så er jenta god til å lyve, på grunn av kroppsspråket hun hadde, sier Hande.

### PRESTEN OG MARIA

Presten selv sier dette til Psykologtidsskriftet:

- Jeg er glad for støtten familie og venner har vist meg og familien gjennom disse tunge årene. Jeg håper på en rettferdig utgang av saken.

Presten fikk for ikke lenge siden en ny advokat. Kaja Goplen (30) ønsker ikke å kommentere saken.

Fredag 8. april 2016 svarer en vennlig og imøtekommende Maria (32) på telefon.

Psykologtidsskriftet forklarer at vi er interessert i å høre hennes historie og hvordan hun har det nå. Hun er åpen for å la seg intervju, men trenger betenkningstid. Hun vil høre med støttespillerne rundt seg om det er greit, forteller hun.

Mandag 11. april svarer Maria på sms at hun ikke vil la seg intervju. Hun opplyser at hun ikke ønsker å bli kontaktet av oss igjen.

Marias tidligere bistandsadvokat Inger Marie Støen ønsker ikke å kommentere saken.

### - GRUNDIG BEHANDLET

Torsdag 23. juni 2016 møter Psykologtidsskriftet Helen Sæter, leder i Kommissjonen for gjenopptakelse av straffesaker.

Frem til 31. oktober 2016 har kommissjonen mottatt 2122 og avsluttet behandlingen av 1992 begjæringer. 262 saker er besluttet gjenåpnet. Av de sakene som er ferdigbehandlet i rettsvesenet, er 156 endt med frifinnelse. 101 av sakene er gjenåpnet ettersom nye opplysninger



*- Jeg merket meg at presten satt og bøyde hodet ned i bordet. Hvis han var uskyldig, så hadde han sittet oppreist og sett på dommeren, og med det sagt at han var uskyldig.*

Harald Magnus Hande, meddommer i Glåmdal tingrett i 2007



**DØMTE PRESTEN** Meddommer Harald Magnus Hande var ikke i tvil om at presten var skyldig i 2007. Foto: Øystein Helmikstøl



– Jeg er glad for støtten familie og venner har vist meg og familien gjennom disse tunge årene.

Presten (63) til Psykologtidsskriftet

kan gi grunnlag for frifinnelse på grunn av utilregnelighet.

Sæter har møtt kritikk fra erfarne politietterforskere for at det er vanskelig å få gjenopptatt saker som burde vært prøvd på nytt.

Hun sier at Gjenopptakelseskommisjonen har behandlet «prestesaken» grundig.

– Etter at kommisjonen også hadde foretatt egen utredning i saken, konkluderte kommisjonen med at det ikke forelå nye omstendigheter eller bevis som syntes egnet til frifinnelse eller mildere straff, ikke grunnlag for at fornærmede skulle ha gitt en bevisst uriktig forklaring, og at det heller ikke forelå særlige forhold som ga grunnlag for å betvile at dommen er riktig.

– *Hvorfor snakket dere ikke med legen hans, eller psykiatrisk sykepleier eller psykolog?*

– Hvorfor skulle vi det? Domfelte ble under sakens gang undergitt en ordinær rettspsykiatrisk undersøkelse. I denne er hans psykiske helsetilstand bredt belyst, svarer Sæter.

Kommisjonens faste praksis er ifølge Sæter at kommisjonens egne utredere alltid har en samtale med den domfelte som begjærer gjenåpning, for å gi veiled-

ning og klargjøre grunnlaget for begjæringen, med mindre domfelte er representert ved advokat.

– I denne saken var domfelte representert ved advokat. I slike tilfeller forholder vi oss til advokaten og den begrunnelsen som kommer derfra, opplyser Sæter.

### HENTER FAREN

Onsdag 6. november 2013. Sønnen henter presten utenfor Ullersmo fengsel på Kroksrud. Presten har vært fange på den avdelingen i to år. Han kom hit etter å ha vært innsatt i tre år sammen med landets verste forbrytere på Ila fengsel og forvaringsanstalt i Bærum.

Ved bildøren deklamerer faren noen linjer fra boka *Jeg har hørt et stjerneskudd* av Carsten Jensen:

*«Bare én gang i livet», mumler bølgenes skum. «Aldri igjen», hvisler det i sandkornene.*

*«Ingen vei tilbake», suser det i palmene. Det er Stillehavets sang, og den som lytter, kan høre den.*

Det blir helt stille noen sekunder. Far og sønn setter seg i bilen, og de kjører ut av fengselsområdet. Faren ser seg ikke tilbake.



**Se neste side:** Aktører svarer

**Se også** «Derfor» side 225

**Les mer** om «prestesaken» i neste nummer

**Tips oss:** redaksjonen@psykologtidsskriftet.no





**PRESTEN** (bildet) - Jeg håper på en rettferdig utgang av saken. Foto: Fartein Rudjord

# AKTØRER SVARER

Her er svar fra aktører og personer omtalt i «prestesaken».

**DET HAR VÆRT VIKTIG** for Psykologtidsskriftet å legge fram kritikk og påstander for dem som er omtalt i «prestesaken». Her er svar vi har fått:

**MARIA, FORNÆRMEDE:**

– Etter det jeg er blitt utsatt for i mitt eget hjem i oppveksten, er min helsesituasjon slik at jeg ikke er i stand til å gå inn i en polemikk om de enkelte hendelser i saken, og jeg går fortsatt til jevnlig behandling hos psykolog for om mulig å kunne få et bedre liv etter hvert. Jeg har forklart meg om de ulike forholdene både i politiavhør, i to rettsinstanser og overfor gjenopptakelseskommisjonen, og har ikke noe mer eller nytt å tilføre. Derimot synes jeg det er viktig for balansen skyld å gi tidsskriftets lesere følgende fakta:

Denne straffesaken ble etterforsket av politiet i lang tid og grundig belyst i to rettsinstanser. Både tingretten og lagmannsretten fant etter en samlet bevisvurdering presten skyldig på samtlige tiltalepunkter, det vil si i å ha begått en rekke voldtekter og andre seksuelle overgrep, grov vold og mishandling over en periode på om lag 12 år.

Hovedforhandlingen i både tingretten og lagmannsretten gikk over 12 dager, og det ble ført flere titalls vitner. Dommen i tingretten var enstemmig. I lagmannsretten ble tiltalte dømt

til åtte års fengsel, mens et mindretall på tre i lagmannsretten ville idømme ni års fengsel.

I 2009 engasjerte prestens familie privatetterforsker Tore Sandberg og advokat John Christan Elden for å fremme en gjenopptakelsesbegjæring. Først 17. juni 2012 ble begjæringen oversendt Kommisjonen for gjenopptakelse av straffesaker (Gjenopptakelseskommisjonen). Begjæringen besto av 247 sider, samt vedlegg, fotografier og videoopptak.

Om begjæringens innhold uttalte Gjenopptakelseskommisjonens daværende leder, Helen Sæter, følgende til avisen Glåmdalen 26.10.13: «I klagen er det lagt vekt på at fornærmede har avgitt falsk forklaring, og de trekker hennes troverdighet i tvil.» Nå vel fire og et halvt år etter at privatetterforsker Sandberg sendte inn begjæringen, kommer *Tidsskrift for Norsk psykologforening* med (noen av) de samme påstandene.

Gjenopptakelseskommisjonen gjennomgikk begjæringen og foretok også enkelte egne, selvstendige undersøkelser. Kommisjonens konklusjon forelå 25. oktober 2013. Den konkluderte med at det ikke forelå nye bevis eller andre forhold som tilsa at straffesaken burde behandles på nytt. Kommisjonen avviste følgende begjæringen og begrunnet hvorfor i et 28 siders dokument.

Den enstemmige Gjenopptakelseskommisjonen skriver i sin konklusjon blant annet følgende: «Kommisjonen har verken funnet støtte for domfeltes anførsler om at fornærmedes troverdighet er svekket, eller anførselen om at domfeltes troverdighet er styrket. Tvert imot finner kommisjonen at domfeltes erkjennelser av to «grenseoverskridende» handlinger styrker fornærmedes troverdighet. Begge de aktuelle hendelsene er beskrevet av fornærmede under etterforskningen av saken. Det foreligger således ikke grunnlag for at fornærmede har avgitt bevisst uriktig forklaring. Kommisjonen kan etter dette ikke se at det i domfeltes begjæring eller i saken for øvrig foreligger nye omstendigheter eller nye bevis som synes egnet til å føre til frifinnelse eller mildere straff.»

Gjenopptakelseskommisjonen viser her til at presten under soning av fengselsstraffen på Ila hadde erkjent å ha begått ett seksuelt overgrep og ett tilfelle av grov vold mot meg. Selv betegnet han dette som «grenseoverskridende handlinger», ifølge kommisjonen. Erkjennelsen hadde kommet både overfor to medfanger og overfor Sandberg/Elden. I både tingretten og lagmannsretten nektet presten for å ha begått noe som helst av det han var tiltalt for, inkludert de to nevnte handlingene som jeg hadde forklart meg om i politiavhør og i to rettsinstanser.

Når *Tidsskrift for Norsk psykologforening* slår fast at «Saken preges av sprikende forklaringer og manglende oppfølging fra politi, påtalemyndighet og rettsvesenet», vil i tilfelle politi, påtalemyndighet og rettsvesen være de rette til å kommentere dette, ikke jeg som fornærmet i saken.

#### **LÆREREN PÅ DEN VIDEREGÅENDE SKOLEN:**

– Jeg ønsker ikke å uttale meg mer om denne saken. Presten fikk sin helt rettmessige dom.

Jeg fraber meg også flere henvendelser.

#### **KRISTIN FLATEN GUNSTAD, DAVÆRENDE STUDENTHELSEÅRÅDGIVER:**

– Jeg har forklart meg i politiavhør og for retten i to instanser, om min kontakt med og rolle overfor fornærmede. Av respekt for fornærmede, og dommen fra to rettsinstanser samt Gjenopptakelseskommisjonens konklusjon i 2013, ønsker jeg ikke å kommentere saken.

#### **FREDDY KNUTSEN, DAVÆRENDE STUDENTPREST:**

– I tråd med det jeg har svart tidligere, ønsker jeg ikke kommentere saken ytterligere.

#### **SOLVEIG FISKE, DAVÆRENDE PERSONALSJEF OG ETTER HVERT BISKOP:**

Solveig Fiske har kommentert tekstavsnitt i dokumentaren.

*Kirken har fortsatt ikke annet enn den 22 år gamle kvinnens ord. Men biskopen tar stilling. Samme kveld blir det bestemt: Presten skal ut av tjeneste.*

– Vi hadde på daværende tidspunkt vært kjent med og arbeidet med kvinnens henvendelse over tid. Sett fra mitt ståsted som fungerende personalsjef i denne tidsperioden framstår dette som en påstand uten forankring i det som var realitetene i avveiningene som ble gjort fredag 25. august 2006. Her framstilles det som grunnlaget for å inngå avtale med presten bare hadde sin bakgrunn i informasjon som klage- »



ren hadde fremmet. Omstendighetene var mer sammensatt enn det som beskrives her, i og med at vi hadde fått henvendelser fra media som var rede til å gjøre et oppslag på saken. Det biskopen tok stilling til på dette tidspunktet, var hvordan en kunne skjerme både kvinnen, presten og den lokale kirke inn mot et slikt avisoppslag.

*Støttespillerne holder seg stort sett utelukkende til Marias fortellinger, noe også Kirken gjør.*

– Både fungerende biskop og fungerende personalsjef var opptatt av å håndtere helheten i situasjonen på korrekt måte, og var i denne situasjonen opptatt av å ivareta både den aktuelle kvinnen, presten og den lokale kirke på saksvarende måte gjennom de avtaler og tiltak som ble gjort.

*Solveig Fiske går inn i et annet rom, og leser skriviet. Slik blir Fiske innlemmet i hemmeligheten, og også Fiske blir Marias fortrolige.*

– Uttrykket «Marias fortrolige» kan leses som at det ble en personlig nær relasjon der undertegnede ble en av Marias nærmeste. Det stemmer ikke. Men det som er korrekt, er at jeg ved å lese skriviet hennes ble informert om hva Maria ville formidle seg om.

*Nå presser de på for at Maria skriftlig skal stå for beskyldningene, eller selv anmelde saken til politiet. Men Maria vil ikke. Solveig Fiske kontakter likevel politibetjent Tone Sørumsaugen på Gjøvik.*

– Det er korrekt at jeg kontaktet henne blant annet for å tydeliggjøre at vi forventet å få melding når eventuell anmeldelse forelå.

*Presten avviser skyld, men Lappegard og Fiske tror ikke på ham. Biskopen mener prestens kroppsspråk viser at han er skyldig.*

– Dersom det er tjenestesamtalen 26. august som omtales her, så framstår dette som en underlig påstand. Både fungerende biskop og fungerende personalsjef var opptatt av å håndtere helheten i situasjonen på korrekt måte, og var i denne situasjonen opptatt av å ivareta både den aktuelle kvinnen, presten og den lokale kirke på saksvarende måte gjennom de avtaler og tiltak som ble gjort.

*Sevat Lappegard og Solveig Fiske mente at prestens stedatter var troverdig.*

– Det er korrekt at undertegnede tok prestens stedatter på alvor og mente hun var troverdig. Det har jeg formidlet både i avhør og i tingretten.

### **SEVAT LAPPEGARD, DAVÆRENDE FUNGERENDE BISKOP:**

Sevat Lappegard har kommentert to avsnitt i dokumentaren.

*Samme kveld bestemmer han seg. Presten skal bort.*

– Det framgår ikke av teksten som jeg har fått tilsendt, hvilken dato «samme kveld» refererer til. Uansett er det påfallende at Psykologtidsskriftet mener å vite at jeg en kveld har bestemt meg for at «presten skal bort». Dette har Psykologtidsskriftet ikke dekning for i kildene sine.

At «presten skal bort» er ikke den tilnærming jeg som fungerende biskop hadde til saken. Biskopens oppgave er å ivareta prestatjenestens kvalitet og integritet, prestatjenestens etikk og tilhørende personalomsorg. Psykologtidsskriftet har selv sagt ikke innsyn i den saksbehandling biskopen hadde på denne saken. For å vise hvor annerledes biskopens tilnærming til saken er enn den Psykologtidsskriftet synes å legge til grunn, vil jeg vise til:

25.08.06 ble vi i ledelsen for Hamar bispedømme fra ansvarlig hold i pressen informert om at de hadde en sak mot vedkommende prest om seksuelle overgrep. De hadde som intensjon å trykke dette. Deres kilde var ikke fra kirkelig hold.

Presten ble derfor på kort varsel innkalt til tjenestesamtale 26.08.06 med bisitter. Innholdet i tjenestesamtalen er unntatt offentlighet, men jeg kan opplyse at formålet med samtalen var å informere ham om at pressen hadde en slik sak mot ham, at biskopen fra annet hold var kjent med samme anklage, og hva vi kunne gjøre i situasjonen for å beskytte ham. Han ville komme i en meget vanskelig situasjon om denne saken skulle bli offentlig gjennom pressen samtidig som han sto i daglig tjeneste.

Vi (biskop, prest med bisitter) konkluderte med at han skulle søke permisjon med lønn inn til den akutte situasjonen var mer avklart. Han hadde slik permisjon fra 28.08.06 til 07.10.06. I sammenheng med permisjonen ble det tilrettelagt for støtte og oppfølging ved upartisk instans med høy faglig kompetanse og kvalitet.

Dette er noe ganske annet enn «å bestemme seg for at presten skal bort».

Psykologtidsskriftet bør også vite at det er ikke biskopens myndighet å «bestemme» om en prest «skal bort». Det er et ansvar som tilligger tilsettende organ, som er bispedømmerådet.

*Lappegard og Fiske tror ikke på ham. Biskopen mener prestens kroppsspråk viser at han er skyldig.*

– Det framgår ikke her heller hvilket møte du omtaler her, men jeg antar det kan være tje- nestesamtalen referert til ovenfor 26.08.06. Jeg viser til det jeg skrev ovenfor, om formålet med denne samtalen. «Skyld» var ikke tema. Om vi «tror på ham», kan Psykologtidsskriftet umulig vite noe om. At biskopen skal ha tillagt kroppsspråk noen betydning i denne sammenheng, er en helt urimelig påstand. Tema for møtet var å informere om anklagene mot ham og beskytte ham i den situasjonen som hadde oppstått.

**JOHAN MARTIN WELHAVEN,  
VISEPOLITIMESTER  
INNLANDET POLITIDISTRIKT:**

– Formålet med etterforskningen er å skaffe til veie de nødvendige opplysninger for å avgjøre spørsmålet om tiltale og tjene som forberedelse for rettens behandling av spørsmålet om straffskyld og eventuelt spørsmålet om fastsettelse av reaksjon, jf. straffeprosessloven § 226. Som det fremkommer av samme bestemmelse, skal etterforskningen klarlegge både det som taler mot siktede, og det som taler til hans fordel.

Denne saken er grundig etterforsket og prøvd i to rettsinstanser, hvor både rettens dommere, tiltaltes forsvarer og påtalemyndigheten har hatt god anledning til å stille de nødvendige kritiske spørsmål, både i forhold til bevisenes troverdighet og politiets etterforskning. Saken var også underlagt omfattende mediedekning, med journalistenes mulighet til å stille kritiske spørsmål underveis.

I tillegg har saken vært begjært gjenopptatt ved Gjenopptakelseskommissjonen. I forkant av begjæringen har det vært gjennomført privat etterforskning som støtter oppunder begjæringen. Etter grundig saksbehandling traff Gjenopptakelseskommissjonen den 24. oktober 2013 beslutning om ikke å gjenåpne saken. Det fremkommer at vurdering av fornærmedes troverdighet har vært en sentral del av både begjæringen om gjenopptakelse og kommisjonens vurderinger.

Foranstående understøtter vår beslutning om ikke å gå nærmere inn på denne saken.

Om det foreligger nye opplysninger, som ikke har vært tilgjengelige for Gjenopptakelseskommissjonen da saken var til behandling

der, er det vår oppfatning at Gjenopptakelseskommissjonen er rette vedkommende å henvende seg til, for den som har partsrettigheter.

**KLARA SIGNE BREDESEN-VESTBY,  
MEDDOMMER I TINGRETTEEN:**

– Vi dømte den gangen ut fra det vi syntes var riktig. Utover det har jeg ingen kommentarer.

**HILDE MO,  
MEDFORSVARER I LAGMANNRETTEEN:**

– Som medforsvarer til avdøde advokat Sigmund Øien er jeg ikke enig i at forsvarerarbeidet i «prestesaken» skal kritiseres. Det var flere spesielle omstendigheter i saken. Jeg mener dommen er feil, og at presten er dømt for forhold han ikke har begått.

En av årsakene til at dette bar galt av sted, var det høyst uvanlige psykologarbeidet som ble gjort. Sakkyndigrapporten fra rettsoppnevnt sakkyndig ble tillagt avgjørende vekt i spørsmålet om fornærmedes troverdighet.

I tillegg var prestens framtoning ødeleggende for ham. Jeg vil gå så langt som å si at han var sitt verste vitne. Dette har sammenheng med hans psykiske helse, spesielt hans Asperger-diagnose, å gjøre, den gjør at han kan fremstå påfallende. Dette er risikofyllt når det er juryen som avgjør.

I tillegg tok Kirken klart standpunkt mot presten helt fra starten, og la fornærmedes fremstilling til grunn, før saken engang var anmeldt.

**ANNE CECILIE DESSARUD, KST.  
STATSADVOKAT HOS RIKSADVOKATEEN:**

– Domfelte begjærte som kjent saken gjenopptatt høsten 2012. Gjenopptakelseskommissjonen avgjorde 24. oktober 2013 at begjæringen om gjenåpning ikke skulle tas til følge. Forut for avgjørelsen ble saken utredet av kommissjonen etter reglene i straffeprosessloven kapittel 27. Kommisjonen har redegjort for anførselene og sine vurderinger av disse i sin 28 sider lange avgjørelse. Som ledd i forberedelsene ble også påtalemyndigheten gitt anledning til å uttale seg. Deler av våre merknader er gjengitt i kommisjonens avgjørelse.

Henvendelsen fra Psykologtidsskriftet foranlediger ingen ytterligere merknader herfra nå. Dersom saken på et senere stadium begjæres gjenåpnet, vil vi på vanlig måte vurdere å avgi uttalelse på anmodning fra kommissjonen. ✕





## VITENSKAPELIG ARTIKKEL

TIDSSKRIFT FOR NORSK PSYKOLOGFORENING 2017 S. 186-195 FAGFELLEVDERT

MARTHE KIRKESÆTHER BRUN, Medisinsk fakultet, Universitetet i Oslo, TONJE LOSSIUS HUSUM, Senter for medisinsk etikk, Universitetet i Oslo, REIDAR PEDERSEN, Senter for medisinsk etikk, Universitetet i Oslo

KONTAKT t.l.husum@medisin.uio.no

# TVANGSMEDISINERING I PSYKISK HELSEVERN

- en systematisk litteraturgjennomgang

Det finnes lite kunnskap om virkninger og opplevelser av tvangsmedisinering i psykisk helsevern. Denne studien er et første skritt i å kartlegge konsekvensene av medisinering ved tvang.

Ifølge norsk helselovgivning skal all helsehjelp i utgangspunktet gis på et frivillig grunnlag. Tvangsmedisinering kan imidlertid gjennomføres for pasienter under tvungent psykisk helsevern, og omfatter behandling med legemidler og ernæring (Behandling – phvl §4-4) (Helse- og omsorgsdepartementet, 1999). Bruk av korttidsvirkende legemidler kan i tillegg anvendes som tvangsmiddel. Tvungent psykisk helsevern kan videre gjennomføres med eller uten døgnopphold (TUD).

Omfanget av vedtak om tvangsbehandling i psykisk helsevern er usikkert. Det er store mangler i rapporteringen fra enkeltinstitusjoner til Norsk pasientregister (NPR), og heller ikke kontrollkommissjonens årsrapporter er komplette (Bremnes, Lilleeng, Pedersen, Cederkvist, & Vesterheim, 2013). I 2014 ble det rapportert 2362 vedtak om tvangsbehandling med legemidler fordelt på 1502 pasienter, og det ble rapportert om 1080 tvangsmiddelvedtak med korttidsvirkende legemidler fordelt på 564 pasienter. Samme år behandlet fylkesmannen 1058 klager om behandling uten eget samtykke (Bremnes et al., 2016). Det ble også innrapportert 2422 pasienter på TUD dette året, hvilket var en økning fra 2192 året før. Når det gjelder TUD, presiseres det at man må ta forbehold om mangelfull rapportering og dårlig kvalitet på tallene (TvangsForsk,

## ABSTRACT

### *Forced medication in mental health care - a systematic review*

**Objective:** The aim of this study was to examine the consequences and effects of forced medication on patients with mental disorders.

**Methods:** A systematic search was conducted in Medline. Additional papers were identified after consulting experts in the field.

**Results:** Researchers in this field use different methods and outcome measures. The effects are small, and often not consistent between studies. Patients' insight into own illness and treatment adherence, are important factors for how the measure is accepted. Caretakers tend to overrate the patients' acceptance of forced medication. Patients mention alternatives to forced medication when asked.

**Conclusions:** There is little research and varied results in studies on forced medication, and the effects of this practice is unclear. Additional randomized controlled trials should be conducted to determine the effects of forced medication.

*Keywords: forced medication, involuntary medication, mental health care*



Tvungne intra-  
muskulære injeksjoner  
var blant de tvangs-  
tiltakene pasientene  
opplevde mest negativt

2016). Det er også store forskjeller mellom foretaksområdene i antall fattede vedtak om tvang og tvangsmedisinering (Bremnes et al., 2013, 2016). Dette kan skyldes ulikheter i hvordan psykisk helsevernloven praktiseres. Geografisk variasjon i bruk av tvangsmedisinering i psykiske helse-tjenester antyder at dette er et område der det hersker liten konsensus om når tvangsmedisinering bør brukes (Diseth & Høglend, 2014; Husum, Bjørngaard, Finset, & Ruud, 2010).

Hensikten med denne oversiktsartikkelen er å gjennomgå kunnskapsgrunnlaget for tvangsmedisinering gjennom en systematisk litteraturgjennomgang av foreliggende litteratur. Med kunnskapsgrunnlaget mener vi studier (spesifiserer mer i metoddelen) som spesielt tar for seg effekter av tvangsmedisinering, og ikke effekt av medisiner per se, samt brukeres og ansattes opplevelser av tvangsmedisinering. Vårt forskningsspørsmål var: Hva er de positive og negative virkningene og opplevelsene av tvangsmedisinering, slik disse fremkommer i den forskningen som foreligger? Studiene har forskjellige utfallsmål, noe som kommer frem i gjennomgangen av studiene.

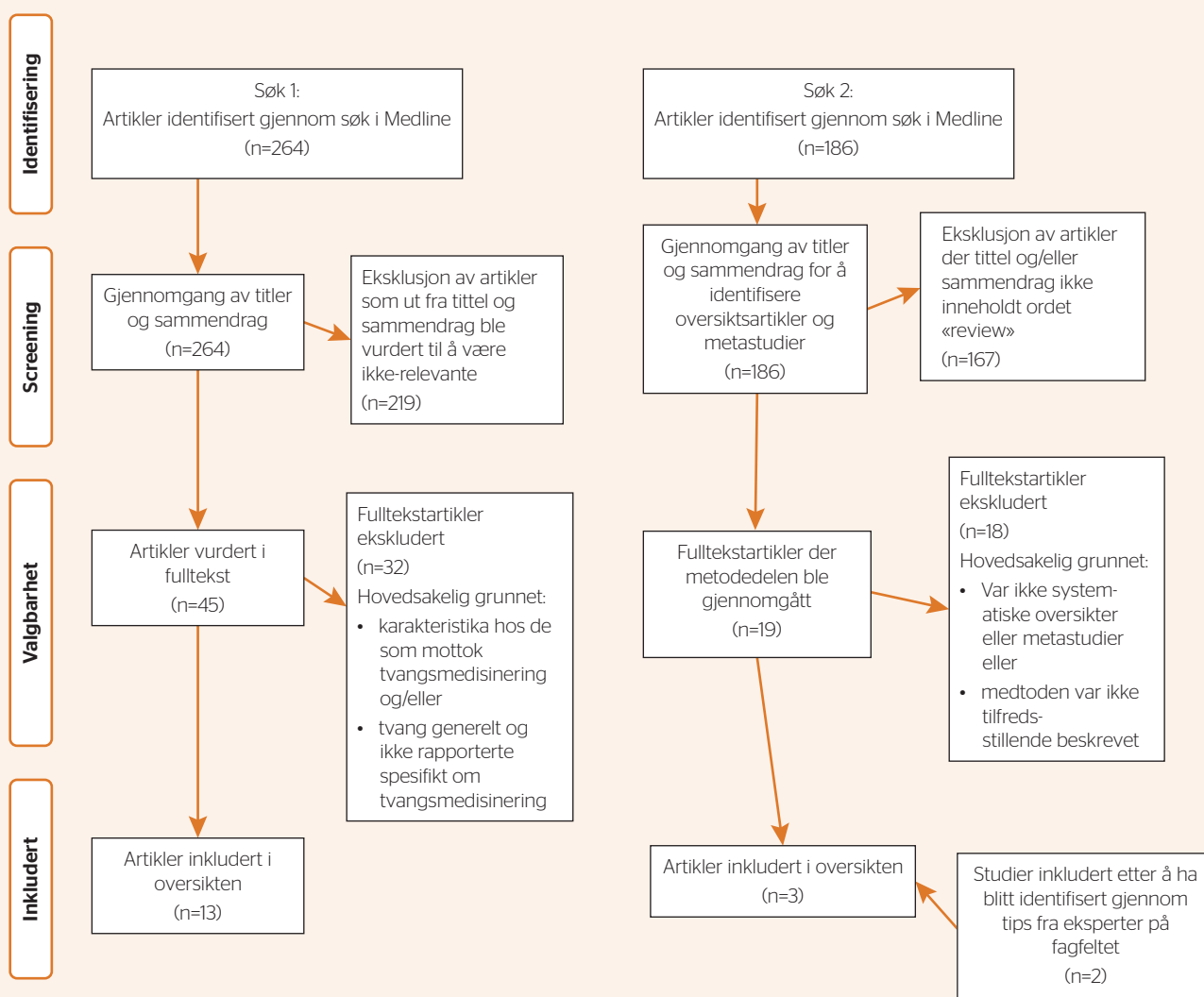
#### METODE

Det ble gjennomført to søk i databasen Medline i perioden juni til august 2014. Artikkelen er skrevet med utgangspunkt i en studentoppgave ved Medisinsk fakultet ved Universitetet i Oslo. På grunn av rammene for en studentoppgave ble det kun gjennomført søk i én litteraturliteatase. Medline ble valgt fordi den er en av verdens største databaser innenfor medisin. Databasen favner bredt og omfatter litteratur fra hele det medisinske feltet.

#### Avgrensinger og begrepsbruk

Vi har valgt å presentere studiene vi fant, i tre grupper som gjenspeiler tre ulike måter å tvangsmedisinere på: 1. Studier av korttidsvirkende legemidler brukt som tvangsmiddel, 2. Studier som omhandler lengre tids tvangsbehandling med legemidler, og 3. Studier av bruk av tvang uten døgnopphold. Studiene vi har valgt å inkludere, kommer fra flere land, og navn på praksiser, begreper og lovverk er forskjellige. Selv om lovverk og begreper er forskjellige, så gjenfant vi langt på vei denne tredelingen i studiene fra de enkelte landene.

1. *Studier av korttidsvirkende legemidler brukt som tvangsmiddel* dreier seg om medisinering med korttidsvirkende legemidler. I norsk psykisk helsevernlov kategoriseres dette som bruk av tvangsmiddel § 4-8. I Norge brukes derfor korttidsvirkende legemidler kun akutt ved kriser og uro for å roe ned agiterte pasienter. Korttidsvirkende legemidler skal ikke brukes i behandlingsøyemed, men for å beskytte mot fare og gjenvinne sikkerhet.
2. *Studier som omhandler lengre tids tvangsbehandling med legemidler*, dreier seg om medisiner gitt mot psykose, og som gis over tid i institusjon, og omtales som tvangsbehandling med legemidler i den norske psykisk helsevernloven § 4-4. Legemidlene gis ofte som depotinjeksjoner.
3. *Studier av bruk av tvang uten døgnopphold* tar for seg tvangsmedisinering utenfor institusjon, det vil si under tvungent vern uten døgnopphold (TUD). På engelsk brukes ofte begrepet «involuntary outpatient commitment» (OPC) om denne praksisen.



**UTVELGELSESPROSESSEN I SØK 1 OG 2** Det første søket i Medline ga 264 treff. Vi screenet artiklene ved hjelp av tittel og sammendrag og ekskluderte artikler vi vurderte som ikke-relevante. 45 artikler ble vurdert i fulltekst, og av disse var det 13 artikler som oppfylte inklusjonskriteriene. Det andre søket ga 186 treff. Ved å screene på samme måte som i det første søket, ble 19 oversiktsartikler og metastudier identifisert. Disse ble hentet frem i fulltekst og metodedelen ble gjennomgått. Kun én av oversiktsartiklene oppfylte kriteriene for en systematisk oversikt og ble inkludert. I tillegg ble to litteraturstudier som ikke ble fanget opp i Medline-søket inkludert, etter at disse ble anbefalt å inkluderes av eksperter på fagområdet.

Studiene vi har sett på, har forskjellige utfallsmål, som inkluderer både ansattes vurderinger av effekt av tvangsmedisinering og brukeres opplevelser av praksisen. Studier av frivillig medisinering rettet mot psykooseproblematikk generelt, ligger utenfor problemstillingen, og er ikke inkludert i denne litteraturgjennomgangen.

Vi gjennomførte to litteratursøk. Det første søket inneholdt ulike kombinasjoner av søkeord relatert til tvang, psykiatri og medisinering (se vedlegg 1 for søkestrategi). Søket ble begrenset til artikler som hadde sammendrag, og som var skrevet på enten engelsk,

norsk, dansk eller svensk. Psykisk helsevern har gjennomgått store endringer i løpet av de siste tiårene, og vi ønsket å inkludere nyere studier i vår studie. Inklusjonsperioden ble derfor satt til mellom 1994 og 2014. Artiklene ble sortert ut fra om de handlet om medisinering gitt som tvangsmiddel eller som tvangsbehandling. Artiklenes relevans ble først vurdert på bakgrunn av tittel og sammendrag. Alle metodiske design ble inkludert, bortsett fra kase-studier.

I det andre søket ble det søkt etter artikler som omhandlet tvang uten døgnopphold »



(TUD). Søkestrategien var den samme som ved søk 1 (se vedlegg 1), men i tillegg ble det tatt med søkeord for å dekke artikler om TUD. Det er blitt gjennomført flere systematiske oversikter om TUD de siste årene, og vi valgte derfor kun å ta med systematiske oversikter om virkninger av TUD.

### RESULTATER

Det første søket ga 264 treff. Etter eksklusjon av artikler som ut fra tittel og sammendrag ble vurdert til ikke å være relevante, ble 45 artikler vurdert i fulltekst. Av disse var det 13 relevante artikler som ble inkludert. Det andre søket ga 186 treff. Av disse var 19 oversiktsartikler og metastudier. Disse ble hentet frem i fulltekst og metoddelen ble gjennomgått. Kun én av oversiktsartiklene oppfylte kriteriene for en systematisk oversikt og ble inkludert. I tillegg ble to litteraturstudier som ikke ble fanget opp i Medline-søket inkludert, etter at disse ble anbefalt å inkluderes av eksperter på fagområdet (Figur 1). Relevante funn fra hvert av søkene blir presentert nedenfor. Vi har ikke gjennomført en meta-analyse, fordi studiene har ulike utfallsmål, det er stor variasjon i metodisk tilnærming og forholdsvis få studier er inkludert. Det er allikevel søkt å trekke konklusjoner på bakgrunn av gjennomgangen av artiklene. Dette er den første undersøkelsen vi vet om dette temaet, og den bør følges opp av større studier.

#### Korttidsvirkende legemidler brukt som tvangsmiddel

Pasienters vurdering av tvang i akutt-situasjoner er varierende, og det rapporteres ulike grader av positive og negative opplevelser. Vi finner at pasienter ønsker mer deltakelse i spørsmål om tvang. Det kan se ut til at personalet generelt vurderer tiltaket mer positivt enn pasientene selv.

Whittington og medarbeidere undersøkte brukeres og ansattes syn på tvang ved akutt-psykiatriske innleggelses med et spørreskjema, og spurte blant annet hvordan informantene opplevde de mest brukte tvangstiltakene, blant annet skjerming, isolasjon, medisiner, nettingsenger og overføring til psykiatrisk intensivenhet (Whittington, Bowers, Nolan, Simpson, & Neil, 2009). Tvungne intramuskulære injeksjoner var blant de tvangstiltakene pasientene opplevde mest negativt. Generelt var personalet mer positive til alle former for tvangsbruk

enn pasientene, spesielt de tvangsformene de tidligere hadde anvendt selv. Dack og medarbeidere utførte en kvantitativ studie ved hjelp av det samme spørreskjemaet (Dack, Ross, & Bowers, 2012). Studien viste blant annet at på avdelinger der intramuskulære injeksjoner ble gitt ofte, hadde alle pasientene, både de som hadde mottatt injeksjoner, og de som ikke hadde det, mer negative holdninger til alle typer av tvangsmidler enn pasienter på andre avdelinger. Denne sammenhengen ble ikke funnet for de andre tvangsmidlene.

I en kvantitativ studie av Veltkamp og medarbeidere ble pasienters syn på isolasjon og tvangsmedisinering sammenlignet (Veltkamp, Nijman, Stolker, Frigge, Dries, & Bowers, 2008). Like mange pasienter opplevde begge tiltakene som minst krenkende. Imidlertid opplevde flere menn enn kvinner isolasjon som minst krenkende, og flere kvinner enn menn opplevde tvungen medisiner som minst krenkende. Av de som hadde blitt tvangsmedisinert, var beroligende effekt den mest rapporterte positive effekten, mens maktesløshet og bivirkninger var de mest rapporterte negative effektene. Hele 80 prosent indikerte at de ønsket å bli spurt om hva de opplevde som minst krenkende, mens 76 prosent av pasientene som hadde blitt isolert, og 67 prosent av de som hadde blitt tvangsmedisinert, rapporterte at de i ettertid forsto at tiltaket hadde vært nødvendig. Hvis pasientene oppga at de forsto hvorfor tiltaket var nødvendig og godtok det i ettertid, hadde de et mer positivt syn på tiltaket og anså det som mer effektivt og mindre krenkende.

Georgieva, Mulder og Noorthoorn (2013) sammenlignet isolasjon og tvangsmedisinering i en randomisert kontrollert studie. Alle pasienter ved tre akuttpsykiatriske avdelinger i Nederland ble randomisert til enten bruk av tvangsmedisinering eller isolasjon som førstevalg ved behov. Tvangsmedisinering som førstevalg endret ikke den totale bruken av tvang under innleggelsen sammenlignet med isolasjon. I en kvantitativ observasjonsstudie av tvangsmedisinering brukt som tvangsmiddel fulgte Bowers og medarbeidere pasienter som fikk en tvungen intramuskulær injeksjon i løpet av et sykehuskift (Bowers, Ross, Owiti, Baker, Adams & Stewart, 2012). Av 522 pasienter var det 94 som fikk minst én tvungen intramuskulær injeksjon. Hovedfunnet fra studien var at tvangsmedisinering effektivt stoppet situa-

sjoner som kunne føre til utvikling av en konflikt mellom ansatte og brukere; 65 prosent av konfliktene ble rapportert å ha blitt stoppet i løpet av vekten ved hjelp av tvangsmedisinering.

Greenberg og medarbeidere intervjuet 30 pasienter som hadde blitt tvangsmedisinert, om deres holdninger til tiltaket (Greenberg, Moore-Duncan, & Herron, 1996). I de fleste tilfellene var tvungen medisinering gitt i en krisesituasjon, men noen hadde fått det som en del av behandlingen. Pasientene oppga negative følelser som sinne, hjelpeløshet, redsel og skam som følger av tvangsmedisineringen. Majoriteten av pasientene hadde nektet medisinering fordi de var redde for bivirkninger. Opp imot halvparten av pasientene var kritiske til tvangsmedisinering som intervensjon og mente at leger ikke burde ha lov til å tvangsmedisinere. Det fremkom også positive vurderinger av tvangsmedisinering, og en del av pasientene oppga å ha følt lettelse. Cirka halvparten mente de burde bli tvangsmedisinert igjen dersom de befant seg i en lignende tilstand (Greenberg, Moore-Duncan, & Herron, 1996).

#### Studier som omhandler lengre tids tvangsbehandling med legemidler

Pasienter oppgir positive og negative effekter av lengre tids tvangsmedisinering, og tidligere erfaringer har betydning for deres vurdering av tiltaket. Personalet kan oppfatte tvangsmedisineringen som mer positivt enn pasientene, men ser på det som etisk utfordrende. Psykiatere frykter at det svekker den terapeutiske alliansen med pasientene.

Lucksted og Cousey intervjuet 30 pasienter om deres opplevelser med og holdninger til tvang (Lucksted & Coursey, 1995). Pasientene rapporterte både positive og negative følelser forbundet med tvangsmedisinering. Cirka halvparten syntes i ettertid at tvangsmedisineringen hadde vært til deres eget beste. En del av pasientene mente imidlertid at det ikke hadde vært til deres beste, mens noen var usikre. På spørsmål om hvilken effekt press, eller tvang generelt, hadde hatt på deres psykiske helse, svarte et mindretall at det hadde hatt overveiende positiv effekt. Majoriteten oppga en blandet opplevelse med både positive og negative effekter, overveiende negativ effekt, eller ingen effekt (Lucksted & Coursey, 1995).

I en kvalitativ studie intervjuet Haglund og medarbeidere elleve pasienter og åtte sykepleiere fra fem lukkede psykiatriske avdelinger i Sverige om deres syn på effekten av tvangsmedisinering (Haglund, von Knorring, & von Essen, 2003). Pasientene rapporterte negative følelser som sinne, tristhet og panikk relatert til tvangsbruken. Fire av pasientene godtok tvangen i ettertid. Resten så ikke på det som til noe hjelp. De åtte sykepleierne som var med i studien, hadde enten gitt eller assistert ved tvangsmedisineringen. De rapporterte at de ikke hadde observert noen psykiske reaksjoner hos de fleste pasientene etter tvangsmedisineringen, og ifølge dem godtok syv av pasientene tiltaket i ettertid. Sykepleierne syntes å fokusere på de positive effektene, mens pasientene fokuserte mer på de negative effektene av tvangsmedisineringen, som bivirkninger. Alle pasientene nevnte minst ett alternativ til tvangsmedisinering, blant annet mer dialog med ansatte, mer informasjon om egen helsetilstand, og mer overtalelse. Ingen av sykepleierne oppga noen alternativer til tvangsmedisinering (Haglund, von Knorring, & von Essen, 2003).



Hvis pasientene oppga at de forsto hvorfor tiltaket var nødvendig og godtok det i ettertid, hadde de et mer positivt syn på tiltaket og anså det som mer effektivt og mindre krenkende





Det fremkom også positive vurderinger av tvangsmedisinering, og en del av pasientene oppga å ha følt lettelse

Jarrett og medarbeidere laget en systematisk oversiktsartikkel over studier som blant annet inneholdt demografiske og kliniske faktorer hos innlagte pasienter som hadde mottatt tvangsmedisinering, og pasienters og ansattes syn på denne praksisen (Jarrett, Bowers & Simpson, 2008). Til sammen 14 studier ble inkludert, og fem av dem var relevante for vår litteraturgjennomgang da de blant annet handlet om pasienters og ansattes syn på tvangsmedisinering (Jarrett, Bowers, & Simpson, 2008). To av artiklene som Jarrett omtaler, vil bli beskrevet i de to følgende avsnittene (Naber et al., 1996; Lind et al., 2004). De andre artiklene kom også frem i vårt litteratursøk og omtales separat, to av dem ovenfor i egne avsnitt (Lucksted & Coursey, 1995; Haglund et al., 2003) og én under «korttidsvirkende legemidler gitt som tvangsmiddel» (Greenberg et al., 1996).

Naber og medarbeidere intervjuet 40 pasienter om deres holdninger til tvangstiltak (Naber, Kircher, & Hessel, 1996). Av disse vurderte 48 prosent tiltakene som nødvendige eller positive. Kun pasienter som var enige i diagnosen sin, vurderte tvangsmedisineringen som positivt i ettertid. Årsaker til negative vurderinger av tvangsmedisineringen var at den ikke ble vurdert å hjelpe (58 %), tidligere negativ erfaring med anti-psykotika (47 %) og manglende tillit til psykisk helsevern generelt (28 %). Frykt og avmakt var de dominerende følelsene som pasientene oppga i forbindelse med tvangsmedisinering.

Lind og medarbeidere undersøkte ansattes syn på tvangstiltak kvantitativt, og 170 ansatte besvarte en spørreundersøkelse. Tvangsmedisinering ble hyppigst rapportert som det mest etisk utfordrende av de ulike tvangsformene (Lind, Kaltiala-Heino, Suominen, Leino-Kilpi, & Välimäki, 2004).

I en studie av Paksarian og medarbeidere ble en gruppe på 628 pasienter fulgt opp etter deres første innleggelse med psykose. Over en tredjedel av pasientene rapporterte tvangsmedisinering som en traumatisk hendelse (Paksarian, Mojtabei, Kotov, Cullen, Nugent, & Bromet, 2014). Mancini og medarbeidere intervjuet 15 personer med tidligere alvorlig psykisk lidelse (Mancini, Hardiman, & Lawson 2005). I intervjuene kom det blant annet frem at de syntes at medikamenter var en viktig del av behandlingen, men dersom medisinerne var feildosert eller gitt med tvang, førte det blant annet til forvirring og hindret dem i å føle trygghet og stabilitet, noe de mente var nødvendig for å bli bra (Mancini, Hardiman, & Lawson, 2005). Videre intervjuet Seale og medarbeidere 21 praktiserende psykiatere. Studien viste blant annet at psykiaterne var skeptiske til bruk av tvangsmedisinering, og prøvde å unngå det. De følte at det skadet den terapeutiske alliansen (Seale, Chaplin, Lelliott, & Quirk, 2006). Roche og medarbeidere undersøkte også faktorer av betydning for den terapeutiske relasjonen. 122 pasienter deltok i studien. Det ble blant annet funnet at opplevd tvang ved innleggelse på sykehus ikke hadde betydning, og det ble heller ikke funnet forskjell i den terapeutiske relasjonen for dem som hadde opplevd isolasjon, beltelegging eller tvangsmedisinering under innleggelsen. (Roche, Madigan, Lyne, Feeney, & Donoghue, 2014).

#### Tvang uten døgnopphold (tvangsmedisinering utenfor institusjon)

I studiene på dette feltet finner man ingen forskjell mellom grupper av pasienter som behandles med og uten tvang utenfor institusjon (Maughan, Molodynski, Rugkåsa, & Burns 2014).

Churchill og medarbeidere gjennomførte i 2007 en systematisk oversikt over virkninger av tvangsbehandling utenfor institusjon (Churchill, Singh, & Hotopf, 2007). Søket identifiserte 72 relevante empiriske studier. Totalt sett, ut fra denne gjennomgangen av studier, var det ikke mulig å komme med noen konklusjon om virkningene av tvangsbehandling utenfor sykehus. Det manglet konsistente funn for viktige utfallsmål, som reinnleggelse på sykehus, lengde på sykehusopphold, økt medikamentetterlevelse og livskvalitet hos pasientene. Pasientene hadde ulike erfaringer og syn på tiltaket, og det var ingen klar tendens i den ene eller andre retningen etter å ha oppsummert resultatene fra studiene (Churchill, Singh, & Hotopf, 2007). Maughan og medarbeidere gjentok i 2014 Churchill og medarbeideres litteratursøk og kom til samme resultat (Maughan, Molodynski, Rugkåsa, & Burns, 2014).

Kisely og medarbeidere oppsummerte funnene fra alle relevante RCT-er (studier med randomiserte design) om effekt av tvangsbehandling utenfor institusjon (Kisely, Campell, & Preston, 2011). Sammenligningsgrunnlaget var den type tjeneste vedkommende normalt ville ha fått hvis de ikke hadde vært inkludert i intervensjonsgruppen. Ut fra disse studiene ble det, som beskrevet for de to andre systematiske oversiktene over, konkludert med at det ikke forelå evidens for positiv behandlingseffekt av tvangsbehandling utenfor institusjon (Kisely, Campell, & Preston, 2011). Maughan og medarbeidere (2014) og Kisely og medarbeidere (2011) inkluderte kun kvantitative studier, mens Churchill og medarbeidere også inkluderte kvalitative studier (Churchill, Singh, & Hotopf, 2007).

## DISKUSJON

Av mengden av studier som har undersøkt virkning av medisiner, er det kun et mindretall som har undersøkt medisiner under tvang. Siden det er andre rammer for medisiner under tvang enn under frivillighet, er det stort behov for at virkning etter tvungen medisinering undersøkes nærmere. Vi fant kun utenlandske studier og ingen fra Norge. Forskjellige land har ulik struktur og oppbygging av den psykiske helsetjenesten, og funnene fra ett land har ikke automatisk overføringsverdi til andre land og til andre kulturelle settinger. Det er derfor et stort behov for forskning fra Norge og fra ulike kulturelle settinger.

Begrensninger ved denne studien er at vi kun har søkt i én database. Vi har funnet få studier, og mange av studiene har små utvalg, noe som begrenser representativiteten. Studiene er også fra andre land og strekker seg over et langt tidsrom, noe som også kan begrense overføringsverdien av kunnskapen.

Ut fra den forskningen vi har funnet, er det vanskelig å si at det foreligger evidens som støtter at det behandlingsmessige utbyttet er bedre for pasientene som tvangsmediseres. Pasientenes reaksjoner og vurdering av tvangsmedisinering varierer derimot sterkt. Videre ser det ut som pasientenes opplevelse av sin egen psykisk lidelse og om de på forhånd har fulgt opp anbefalt medisinering, kan ha betydning for å godta tvangsmedisinering og deres opplevelse av bedring i ettertid. Pasienter ser også i større grad ut til å se alternativer til tvangsmedisinering enn helsepersonell. Det ser også ut som om tvangsmedisinering på lengre sikt kan føre til nedsatt engasjement i behandling og være til hinder for bedring. Ansatte er generelt mer positive til tvangsmedisinering, men de viser også motvilje mot tiltaket. Ansatte kan også overvurdere pasientenes aksept av tvangsmedisinering.

Når det gjelder fare for andre som en del av grunnlaget for å tvangsmedisinere, er det mindre etisk problematisk enn tvangsmedisinering brukt som behandling. Det bør imidlertid foreligge gode rutiner som gjør at eventuelle konflikter først forsøkes løst på andre måter enn ved bruk av tvang, og at tvang kun brukes når det er absolutt nødvendig. Det ligger også som en premiss i lovverket at frivillighet skal være forsøkt før det iverksettes bruk av tvangstiltak. Det kan også være situasjoner der man kan tenke seg at pasientens preferanse for type tvangstiltak bør få større plass. Dette kan for eksempel gjennomføres ved at man samtaler med pasienten om hvilken type tvangsmiddel pasienten vil foretrekke dersom bruk av tvang blir nødvendig igjen. En dansk-norsk studie antyder at å bruke etter-samtale som tiltak etter bruk av tvang i seg selv reduserer bruk av tvang (Bak, Zoffmann, Sestoft, Almvik, & Brandt-Christensen, 2013). Etter-samtale er en samtale som iverksettes etter bruk av tvang, der man går gjennom situasjonen, hva som skjedde, og hvordan det kunne vært håndtert annerledes. Denne kunnskapen kan så anvendes for å forebygge nye episoder med bruk av tvang. >>



I Norge skal all helsehjelp gis på et frivillig grunnlag, og respekt for pasientens autonomi er et grunnleggende etisk prinsipp innen helsetjenesten og bør tilstrebes i størst mulig grad. Når det gjelder pasientens beste, behandling-kriteriet og kravet om «gunstig virkning som klart oppveier ulempene» (personlig integritet – phvl § 4-2), ser ikke forskningsgrunnlaget ut til å kunne gi klar støtte for bruk av tvungen medisinering.

Et viktig spørsmål er om dagens tvangsmedisineringspraksis i for stor grad har tatt utgangspunkt i medikamentstudier basert på frivillighet. Det er et stort behov for studier for å kunne utvikle en mer evidensbasert behandling av pasienter som ikke ønsker medikamentell behandling. Et viktig spørsmål er derfor hvilken plass individuelle preferanser bør ha, inkludert ønsker om alternative tilnærminger og erfaringer med om medisinene hjelper eller ikke.

### KONKLUSJON

Et hovedfunn ved litteraturgjennomgangen er at det finnes forholdsvis lite forskning på medisinering under rammen av tvang. Vi fant ingen norske studier i vårt søk. Ut fra resultatene i denne litteraturgjennomgangen ser det ut til å foreligge stor variasjon i hvordan pasientene og behandlere vurderer effekten av tvangsmedisinering. Dagens tvangsmedisineringspraksis ser ut til å være basert på studier der pasienten bruker medisin innenfor en ramme av frivillighet. Det er imidlertid ikke sikkert at kunnskapen fra studier under ramme av frivillighet har overføringsverdi til medisinering under tvang. En konsekvens av dette kan være at man legitimerer en etisk problematisk praksis ut fra studier med andre rammebetingelser. En ramme av tvang kan gi andre betingelser som påvirker utfall, enn en frivillig ramme. En annen mulighet er at pasienter som blir tvangsbehandlet, er en annen populasjon enn pasientene som ønsker behandling frivillig. Det kan være mange årsaker til at pasienter ikke ønsker å bruke medisin. Det kan for eksempel være at de ikke opplever at det hjelper, eller at de opplever mer eller mindre plagsomme bivirkninger. Det trengs derfor mer forskning på medisinering under tvang, og inntil videre bør det utvises ydmyket hva angår kunnskapsgrunnlaget for bruk av tvangsmedisinering. ✘

### VEDLEGG: SØKESTRATEGI

Punkt 1 til 20 ble brukt i det første søket. I det andre søket på «outpatient commitment» (OC) ble det lagt til søkeord for å dekke dette (punkt 21–25). Det andre søket ble formulert slik at bare de artiklene som var nye i forhold til det første søket, ble inkludert (punkt 31).

1. Coercion/ (4330)
2. ((involuntar\* or compulsor\* or compulsion\* or coercion\* or coerciv\* or coerced or forced or forcibl\*) adj3 (treat\* or interven\* or care or admission\* or admitt\* or committ\* or hospitaliz\* or hospitalis\* or patient\* or medicat\*).tw. (4914)
3. 1 or 2 (8797)
4. exp Antipsychotic Agents/ (122661)
5. exp Drug Therapy/ (1094978)
6. (medication or drug therapy).tw. (164727)
7. 4 or 5 or 6 (1321992)
8. exp Mental Disorders/ (963991)
9. Mental Health/ (22250)
10. exp Psychiatry/ (88431)
11. (psychiatric or psychiatry).tw. (170037)
12. mental illness.tw. (16769)
13. mental disease\*.tw. (2203)
14. (mental health service\* or mental health care).tw. or ((psychiatric\* or mental) adj (unit\* or ward\* or hospital\* or departement\* or institution\*)).mp. (32336)
15. mental health services/ or community mental health services/ or emergency services, psychiatric/ (43374)
16. 8 or 9 or 10 or 11 or 12 or 13 or 14 or 15 (1106454)
17. 3 and 7 and 16 (486)
18. limit 17 to abstracts (380)
19. limit 18 to yr=>1994 - Current» (303)
20. limit 19 to (danish or english or norwegian or swedish) (264)
21. community treatment order\*.mp. (128)
22. (community adj treatment adj order\*).mp. (128)
23. mandat\* outpatient.mp. (33)
24. outpatien\* commitment\*.mp. (155)
25. involuntar\* outpatient.mp. (89)
26. 21 or 22 or 23 or 24 or 25 (323)
27. 16 and 26 (309)
28. limit 27 to abstracts (234)
29. limit 28 to yr=>1994 - Current» (209)
30. limit 29 to (danish or english or norwegian or swedish) (201)
31. 30 not 20 (186)

## LITTERATUR

- Bak, J., Zoffmann, V., Sestoft, D. M., Almvik, R., & Brandt-Christensen, M. (2013). Mechanical Restraint in Psychiatry: Preventive Factors in Theory and Practice. A Danish-Norwegian Association Study. *Perspectives in Psychiatric Care*. Doi: 10.1111/ppc.12036.
- Bowers, L., Ross, J., Owiti, J., Baker, J., Adams, C., & Stewart, D. (2012). Event sequencing of forced intramuscular medication in England. *Journal of Psychiatric & Mental Health Nursing*, 19(9), 799–806.
- Bremnes, R., Lilleeng, S. E., Pedersen, P.B., Cederkvist, H.S. & Vestrheim, M.S. (2013). *Bruk av tvang i psykisk helsevern for voksne 2012*. HelseDirektoratet.
- Bremnes, R., Pedersen, P.B., Hellevik, V., Urfjell, B., Solberg, A., Engeset Vedvik MA., Gaarder, M., Lilleeng, S., Nystadnes, T., & Kindseth, K. (2016). *Bruk av tvang i psykisk helsevern for voksne 2014*. HelseDirektoratet.
- Churchill, R., Owen, G., Singh, S., & Hotopf, M. (2007). *International Experiences of using Community Treatment Orders*. Department of Health, London.
- Dack, C., Ross, J., & Bowers, L. (2012). The relationship between attitudes towards different containment measures and their usage in a national sample of psychiatric inpatients. *Journal of Psychiatric & Mental Health Nursing*, 19, 577–86.
- Diseth, R., & Høglend, P.A. (2014). Compulsory mental health care in Norway: The treatment criterion. *International Journal of Law and Psychiatry*, 37(2), 168–17.
- Georgieva, I., Mulder, C.L., & Noorthoorn, E. (2013). Reducing seclusion through involuntary medication: a randomized clinical trial. *Psychiatry Research*, 205(1–2), 48–53.
- Greenberg, W.M., Moore-Duncan, L., & Herron, R. (1996). Patients' attitudes toward having been forcibly medicated. *Bulletin American Academy Psychiatry Law*, 24, 513–24.
- Haglund, K., Von Knorring, L., & Von Essen, L. (2003). Forced medication in psychiatric care: patient experiences and nurse perceptions. *Journal of Psychiatric & Mental Health Nursing*, 10, 65–72.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (1999). Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern av 1999–07–02 nr. 62. Psykisk helsevernloven.
- Husum, T.H., Bjørngaard, J.H., Finset, A., & Ruud, T. (2010). A cross-sectional prospective study of seclusion, restraint and involuntary medication in acute psychiatric wards: patient, staff and ward characteristics. *BMC Health Services Research*, 10, ISSN 1472–6963. doi: 10.1186/1472–6963–10–89.
- Jarrett, M., Bowers, L., & Simpson, A. (2008). Coerced medication in psychiatric inpatient care: literature review. *Journal of Advanced Nursing*, 64, 538–48.
- Kisely, S.R., Campbell, L.A., & Preston, N.J. (2011). Compulsory community and involuntary outpatient treatment for people with severe mental disorders. *Cochrane Database Systematic Review*, (2), Cd004408.
- Senter for kunnskapsbasert praksis (2012). [Hentet 2015–08–01]. *Kunnskapsbasert praksis* [Internett]. Bergen: Høgskolen i Bergen, tilgjengelig fra: <http://kunnskapsbasertpraksis.no/sporsmalsformulering/pico/>
- Lind, M., Kaltiala-Heino, R., Suominen T., Leino-Kilpi H., & Välimäki M. (2004). Nurses' ethical perceptions about coercion. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 11, 379–85.
- Lucksted, A., & Coursey, R.D. (1995). Consumer perceptions of pressure and force in psychiatric treatments. *Psychiatric Services*, 46, 146–52.
- Mancini, M.A., Hardiman, E.R., & Lawson, H.A. (2005). Making sense of it all: consumer providers' theories about factors facilitating and impeding recovery from psychiatric disabilities. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 29, 48–55.
- Maughan, D., Molodynski, A., Rugkasa, J., & Burns, T. (2014). A systematic review of the effect of community treatment orders on service use. *Social Psychiatry Psychiatric Epidemiology*, 49(4), 651–63.
- Naber, D., Kircher, T., & Hessel, K. (1996). Schizophrenic patients' retrospective attitudes regarding involuntary psychopharmacological treatment and restraint. *European Psychiatry*, 11, 7–1.
- Paksarian, D., Mojtabei, R., Kotov, R., Cullen, B., Nugent, K.L., & Bromet, E.J. (2014). Perceived trauma during hospitalization and treatment participation among individuals with psychotic disorders. *Psychiatric Services*, 65, 266–9.
- Roche, E., Madigan, K., Lyne, J.P., Feeney, L., & O'Donoghue, B. (2014). The therapeutic relationship after psychiatric admission. *Journal of Nervous & Mental Disease*, 202, 186–92.
- Seale, C., Chaplin, R., Lelliott, P., & Quirk, A. (2006). Sharing decisions in consultations involving anti-psychotic medication: a qualitative study of psychiatrists' experiences. *Social Science & Medicine*, 62, 2861–73.
- TvangsForsk [Internett] Tromsø: Universitetet i Tromsø, Institutt for samfunnsmedisin. [Hentet 2016–06–20] Tilgjengelig fra: [http://www.tvangsforskning.no/noekkel tall\\_tvang#Tvangsbehandling](http://www.tvangsforskning.no/noekkel tall_tvang#Tvangsbehandling).
- Veltkamp, E., Nijman, H., Stolker, J.J., Frigge, K., Dries, P., & Bowers, L. (2008). Patients' preferences for seclusion or forced medication in acute psychiatric emergency in the Netherlands. *Psychiatric Services*, 59, 209–11.
- Whittington, R., Bowers, L., Nolan, P., Simpson, A., & Neil, L. (2009). Approval ratings of inpatient coercive interventions in a national sample of mental health service users and staff in England. *Psychiatric Services*, 60, 792–798.



P

[Cloud-like shape]

T

PPPT?

# PP-tjenesten – en merkevare

Strategisk merkevarebygging kan gjøre PP-tjenesten til en etterspurt aktør ved kompetanse- og organisasjonsutvikling i barnehager og skoler.

**M**erkevarer er en del av hverdagen vår. Store serviceinstitusjoner framstår som merkevarer for å få posisjon i konkurranse med andre markedsaktører. Eksempler er Posten, NSB og Meieriene Tine. Det samme finner vi i kommunal sektor. ALERIS, for eksempel, er en skandinavisk aktør innenfor helse og omsorg, og KANVAS driver mer enn 60 barnehager for nærmere 4000 barn (2016). Også på det spesialpedagogiske feltet finner vi private tjenesteleverandører. SIGNO (dvs. «jeg tegner») tilbyr tjenester innenfor hørselsfeltet og for mennesker med sammensatte sansetap. Disse institusjonen har skapt sin identitet gjennom en bevisst merkevarebygging.

Hva så med PP-tjenesten? Ser barnehager og skoler på PP-tjenesten som en aktuell aktør som kan «hjelp skolen i arbeidet med kompetanse- og organisasjonsutvikling» (jf. opplæ-

ringslova § 5.6)? Spørsmålet artikkelen tar opp, er hvordan PP-tjenesten kan komme i posisjon som en etterspurt aktør ved utvikling av læringsmiljøet og ved organisasjonsutvikling i barnehager og skoler.

## PP-TJENESTENS VAREMERKE, HVA ER DET?

En merkevare omfatter egenskaper som strekker seg utover selve varen eller produktet. Merkevaren handler dermed også om oppfatninger, assosiasjoner og følelser som ikke nødvendigvis har med selve varen eller tjenesten å gjøre (Fugelli 2001; Patentstyret 2015). Merkevarer skapes gjennom en gjenkjennbar design eller logo, godt omdømme og andre kvaliteter som vurderes som så attraktive at varen foretrekkes framfor andre produkter. I næringslivet «bygges» merkevarer gjennom en positiv produktomtale og strategiske grep som skal skape tillit og styrke relasjonen til brukerne. For eksempel benyttes

## TEKST

Rolf Fasting, professor i spesialpedagogikk, Høgskolen i Oslo og Akershus, Avdeling for lærerutdanning

## KONTAKT

rolffasting@hioa.no

## ILLUSTRASJON

Åge Peterson







PP-tjenestens bidrag overses når forskningsmiljøene og praksisfeltet skal peke ut samarbeidspartnere

ofte idrettsutøvere for å skape positive assosiasjoner og oppmerksomhet omkring et produkt.

Hvordan kan så merkevaren PPT styrkes? Er PP-tjenesten i hovedsak «usynlig» inntil det oppstår bekymringer rundt læring og utvikling, eller er tjenesten den instansen barnehager og skoler tar kontakt med når de ønsker å rette oppmerksomheten mot læringsmiljø og opplæringsvilkår? Et utgangspunkt er å se nærmere på hvilke trekk som identifiserer PP-tjenesten, og som gir tjenesten en identitet.

PP-tjenesten har en definert oppgave når det gjelder spesialpedagogisk hjelp og spesialundervisning: Tjenesten skal utarbeide *sakkyndig vurdering*. Denne oppgaven har linjer til etableringen av PP-tjenesten på slutten av 1950-tallet. En viktig begrunnelse for en kommunal PP-tjeneste var behovet for en instans som kunne hjelpe skolen med å finne løsninger for enkeltelever (hjelpeundervisning), eller som kunne «plasere» elever i observasjonsklasser og spesialskoler (Kirke- og undervisningsdepartementet 1959).

Rollen som *sakkyndig* er forankret i en individualdiagnostisk tradisjon der det handler om å identifisere barn og unge med rett til spesialpedagogisk hjelp. PP-tjenesten skal så hjelpe til med å utvikle tiltak og organiseringsmåter som bidrar til en likeverdig opplæring (jf. opplæringslova § 5-1; 5-3). Sakkyndighetsrollen er en lovforankret del av PP-tjenestens oppgave og er følgelig en sentral del av tjenestens identitet. Tveit, Kovač og Cameron (2012) peker på at arbeid med enkeltbarn i barnehagen utgjør en stor del av tjenestens innsatser, og at de ansatte ønsker å beholde individarbeidet. Hustad, Strøm og Strømsvik (2013) viser til det tilsvarende for skolesektoren. De finner at tjenesten ikke prioriterer henvendelser om å delta i pedagogisk utviklingsarbeid eller hevder «ikke å ha kapasitet» til å delta i utvikling av læringsmiljøet. Forfatterne spør om dette begrenser PP-tjenestens legitimitet og svekker muligheten til å bli en medaktør ved kompetanse- og organisasjonsutvikling i barnehager og skoler. Spesialpedagogikkens mål er å fremme gode lærings- og utviklings- og livsvilkår. Dette innebærer både forebyggende og kompensatoriske innsatser, der det gjerne er de kompensatoriske, individrettede tiltakene som får størst oppmerksomhet. En for sterk individorientering kan imidlertid begrense mulighetsrommet når fokuset rettes mot forebygging og utviklingsarbeid. Styringsdokumentene understreker at PP-tjenesten skal være en proaktiv aktør der forebygging skal tillegges vekt. Stortingsmelding 18 (2010–11: 91–96), for eksempel, viser til at PP-tjenesten skal være tettere på, bidra til tidlig innsats og utvikling av gode læringsmiljøer og til å redusere problematferd. Meldingen skisserer fire definerte forventninger:

- PP-tjenesten er tilgjengelig og bidrar til helhet og sammenheng
- PP-tjenesten arbeider forebyggende
- PP-tjenesten bidrar til tidlig innsats i barnehage og skole
- PP-tjenesten er en faglig kompetent tjeneste i alle kommuner og fylkeskommuner

Det fremmes dermed tydelige forventninger om at PP-tjenesten skal være en medaktør i utviklingen av den pedagogiske virksomheten i barnehager og skoler (se også St.meld. 20 2012–13; St.meld. 24 2012–13). PP-tjenesten skal være navet i arbeidet med utviklingen av gode oppvekst- og læringsmiljøer, både gjennom forebygging og ved å ivareta barn og unge med særskilte behov. Disse innsatspunktene ligger tett opp til det Utdanningsdirek-

toratet (2016) peker på når gode læringsmiljøer skal utvikles. Men samtidig synes koblingene til PP-tjenesten å være omtrent fraværende. Det samme gjelder omtalen av PP-tjenesten i forskningsrapporter som retter oppmerksomhet mot utvikling av læringsmiljøer (se f.eks. Berg, Nordahl, & Aasen 2015; Helgøy & Homme 2015). En forklaring kan være at PP-tjenesten faktisk i liten grad deltar i utviklingen av læringsmiljøer. En annen kan være at PP-tjenestens posisjon er uklar, og at PP-tjenestens bidrag dermed overses når forskningsmiljøene og praksisfeltet skal peke ut aktører og samarbeidspartnere.

Når barnehager og skoler vurderer PP-tjenestens kompetanse til å medvirke ved organisasjonsutvikling, viser rapportene at PP-tjenesten vurderes til å ha relevant kompetanse og som en aktuell samarbeidspartner (Hustad, Strøm, & Strømsvik 2013; Tveit et al. 2012). Det faglige grunnlaget for at PP-tjenesten skal kunne ta en posisjon som merkevare ved pedagogisk utviklingsarbeid, skulle således være til stede.

### MERKEVAREBYGGING AV PP-TJENESTEN

For å komme i posisjon som en etterspurt aktør ved kompetanse- og organisasjonsutvikling er faglig og relasjonell tillit avgjørende (Grimen 2008). I profesjonelle virksomheter innebærer tillit å overlate oppgaver til andre og stole på den kompetansen de har med seg. Tillit bygges gjennom opplevelsen av handlinger, og hvordan disse påvirker relasjonen mellom partene. Sentralt er dermed de oppgavene som PP-tjenesten involveres i, og hvordan disse blir håndtert og løst. Det er opplevelsen av handlingene som er avgjørende for den tilliten som utvikles, og ikke intensjonene eller hensikten bak handlingene (Grimen 2008). Her vil forhold som felles oppfatninger av hverdagsutfordringer, involvering og det å være til stede som refleksjonspartner være av betydning for å etablere tillit – med andre ord forhold som i næringslivet omtales som kvalitet og service. Termen *service* omfatter både den tjenesten som leveres, og i utvidet betydning også hvordan en blir møtt og sett, velvilje og fleksibilitet. Service utfyller dermed det som Grimen (2008) legger i faglig og relasjonell tillit.

Det at PP-tjenesten setter av tid til å gå inn som en refleksjonspartner og deltar i drøfting av aktuelle hverdagsutfordringer, legger grunnlaget for faglig og relasjonell tillit. Dette er det første steget mot å bli involvert i kompetanse-

og organisasjonsutvikling. I motsatt fall vil tjenesten kunne bli redusert til en distributør av sakkyndighetsuttalelser og en ressursutløser. Resultatet blir at andre vil gå inn som aktører ved pedagogisk utviklingsarbeid uten PP-tjenestens lokalkunnskap eller mulighet til å følge prosessen over tid. Å være en refleksjonspartner innebærer at PP-tjenesten skaper et tolkningsfellesskap med praksisfeltet om de praksiser som benyttes, og hvordan disse kan utvikles.

### Tolkningsfellesskap og hverdagspraksiser

Et tolkningsfellesskap kan innledningsvis beskrives som et sett med klargjorte forståelser av forhold som ikke umiddelbart lar seg observere eller kategorisere. Det handler om å sette ord på grunnlaget for våre virkelighetsoppfatninger og å reflektere over konsekvenser av pedagogiske prinsipper, arbeidsmåter og prioriteringer. Det handler også om hvilke pedagogiske situasjoner vi retter oppmerksomhet mot, og den førforståelsen vi har med oss når vi beskriver dem. Det handler om de begrepene vi benytter, og hva vi legger i begrepene. Det handler videre om å synliggjøre situasjoner og forhold som oppleves som utfordrende, og hva som hindrer oss i å møte disse på en god måte. Den kompleksiteten hverdagspraksisen omfatter, tilsier at et tolkningsfellesskap må utvikles over tid gjennom dialoger mellom involverte parter og aktører.

Utdanningsdirektoratet (2016) knytter tolkningsfellesskap til etablering av felles oppfatninger av forventningene i læreplanen. Fokuset er her forståelse av kriterier for måloppnåelse i fagene og utvikling av mer enhetlige vurderingspraksiser (se også St.meld. 22, 2010–11).

Å utvikle et tolkningsfellesskap mellom ansatte i PP-tjenesten og i barnehager/skoler beveger seg utover det å drøfte læreplanens forventninger. Det handler om å sette ord på nå-situasjonen og vår hverdagspraksis. Målet er å få en bredere forståelse av grunnlaget for det pedagogiske arbeidet, hva som utfordrer oss, og hvordan vi beskriver hverdagsutfordringene. Det handler følgelig også om å avklare hva vi er enige om, hvor vi har ulike oppfatninger – og ikke minst hvor det er behov og åpning for endring og utvikling. Deler av vårt kunnskapsgrunnlag er vanskelig å artikulere, ettersom det er individuelt utviklet og delvis «sitter i kroppen». Hislop (2009) viser til at slik ikke-artikulert forståelse er en del av vår tause kunnskap, eller det som Bourdieu og Wacquant (1995) beskriver som praksisfeltets *doxa*. Ikke-artikulerte forståelser er sosialt konstruerte, og ofte avgjørende for hva vi kan gjøre og ikke gjøre. Et tolkningsfellesskap utvikles gjennom dialoger, der vi for eksempel kan drøfte regler, rammer og andre forhold ved virksomheten – spesielt der disse synes å begrense mulighetene til en mer hensiktsmessig praksis. Å rette oppmerksomheten mot tolkningsfellesskapet går ut over det vi gjerne legger i intersubjektivitet, gjennom at vi erkjenner at ulike arbeidsmåter og tilnærminger kan være gjensidig hensiktsmessige og skape positiv samhandling, inkludering og likeverd (se f.eks. Bachmann & Haug 2006). Å arbeide med tolkningsfellesskapet i en barnehage eller skole omfatter følgelig også prosesser der forståelsene utvikles og endres i dialogen mellom involverte aktører.

I drøftingene av barn og unges oppvekstmiljø er det en utfordring at vi tar for gitt det selvsagte (jf. Schwab 1983). Her vil PP-tjenesten kunne ta en posisjon som undrende og utforskende, og med det invitere til refleksjoner om det vi oppfatter som innforstått. Bakhtin benytter Voloshinovs metafor «lysbryting» (Bakhtin 1984) for å få fram det sammensatte bak- >>



PP-tjenesten skal være navet i arbeidet med utviklingen av gode oppvekst- og læringsmiljøer

teppet som ligger til grunn for våre forståelser. Han peker på at våre oppfatninger brytes og blir mer nyanserte når de møter andres oppfatninger og synspunkt – på samme måte som et prisme bidrar til å få fram fargespekter i en lysstråle. Det er gjennom nyansering og brytning av våre oppfatninger vi får mulighet til å kunne utvikle hverdagspraksisen. Her vil moderat grad av annerledeshet bidra til nye perspektiver og ideer gjennom den forskjelligheten som oppstår, mens likhet i mindre grad bidrar til nytenkning (se f.eks. Lysklett 2007). PP-tjenestens posisjon åpner for å trekke inn andre perspektiver og kunnskapssyn i utviklingen av barnehagers og skolars læringsmiljø og hverdagspraksiser.

Resultatet av å rette oppmerksomhet mot tolkningsfellesskap er vanskelig å måle eller å avgrense ettersom det retter seg mot forståelsen og praktiseringen av pedagogiske prinsipper, prioriteringer og oppfatninger. Å arbeide med tolkningsfellesskap vil imidlertid øke virksomhetens pedagogiske kompetanse og beredskap til å møte elever med særlige behov med forebygging og tidlig innsats.

#### NYE REFORMER – ET REFORHANDLET OPPDRAG

I en artikkel i *Norsk pedagogisk tidsskrift* i 1958 presenterer skolemannen og politikeren Hans Østvold sine visjoner for PP-tjenesten: Tjenesten skal bidra til «å ruste hver enkelt elev til å dra fordel av egne muligheter og å få et så vellykket liv som mulig». Med en slik målformulering kan det tenkes at PP-tjenesten kunne hatt en annen posisjon og rolle. I dag framstår PP-tjenesten som noe «løst koblet» (Weick, 1976) til flere av prosessene i opplæringssektoren. Løse koblinger gir PP-tjenesten autonomi og handlingsrom, men bidrar samtidig med begrenset legitimitet til å gå inn som en aktør ved pedagogisk utviklingsarbeid. Dagsorden i pedagogiske virksomheter settes i stor grad av de pedagogisk ansatte. PP-tjenestens legitimitet må dermed bygges nedenfra og innenfra på samme tid.

Ser vi på de siste skolereformene, finner vi noen initiativ som har rettet oppmerksomheten mot PP-tjenestens rolle ved kompetanse- og organisasjonsutvikling. SAMTAK-reformen (St.meld. 23, 1997–98), initiert på slutten av 1990-tallet, skulle legge til rette for et tettere samarbeid mellom skolen og PP-tjenesten. Reformen skulle styrke tjenestens system- og fagkompetanse på områdene lese- og skrivevansker, sammensatte lærevansker og sosiale og emosjonelle vansker. Reformprogrammet besto av regionale fellessamlinger med lokal oppfølging. Evalueringene viste at virksomheter med stor deltakelse i programmet fikk en styrket kompetanse. Samtidig hadde de fleste skoler og PP-tjenester begrenset mulighet til å delta fullt ut i programmet. Det kan derfor reises spørsmål om SAMTAK bidro til økte forskjeller PP-tjenestene imellom (se også Groven 2003; Lie, Nesvåg, Tharaldsen, Olsen, & Befring 2003). Reformen bidro dermed i begrenset grad til å sette PP-tjenesten på kartet som en aktør ved kompetanse- og organisasjonsutvikling.

FAGLIG LØFT for PPT (2008–2012) hadde som intensjon å styrke PP-tjenesten i Midt-Norge. Målet var også her økt systemkompetanse og et tettere samarbeid. Men i motsetning til SAMTAK omfattet ikke FAGLIG LØFT spesifikke kompetansemål utover det å arbeide systemrettet. Medvirkning, lokal forankring og etablering av faglige nettverk var strategier som ble benyttet for å gi PP-tjenestene kompetanse og en kollektiv identitet. Evalueringen viste at tjenestenes dimensjonering var en begrensende faktor som skapte et krysspress mellom ulike forventninger og oppgaver, spesielt for tjenester med få fagstillinger. Evalueringen pekte også på ulike oppfatninger av

hva som bør være PP-tjenestens profil (Hustad & Fylling, 2012).

Skal PP-tjenesten etableres som en merkevare ved kompetanse- og organisasjonsutvikling, er det en forutsetning at det etableres en enhetlig nasjonal forståelse av tjenestens oppgaver og mandat. Dette vil gjøre PP-tjenesten til en proaktiv aktør, der innsatsene og tiltakene får betydning ut over handlingsnivået. Argyris (1992) definerer slike læringsprosesser som dobbelkretslæring, der også grunnlaget for tiltak ønsker å iverksette, tas opp til drøfting. Dette innebærer at både praksisnivået og ledernivået involveres, og at innsatsen forankres på ulike nivå i organisasjonen.

*Strategi for etter- og videreutdanning i PPT* (SEVU-PPT, 2013–18) kan på mange måter betraktes som en akkumulering av erfaringene fra SAMTAK og FAGLIG LØFT. Flere av stortingsmeldingene etter Midtlyngutvalgets innstilling (NOU 18, 2009; St.meld. 18, 2010–2011; 20, 2012–2013; 24, 2012–2013) peker på behovet for mer helhetlige innsatser og et bredere samarbeid om tjenestene for barn og unge med særlige behov. Meldingene peker på betydningen av at aktørene selv definerer hvilke innsatser som er viktig å gripe fatt i, for å få til utvikling, endring og ny læring. En slik tilnærming åpner for utvikling av en praksisnær kompetanse (bottom-up) der drivere for endrings- og utviklingstiltak og motkrefter avklares. Her vil etablering av tolkningsfellesskap som grunnlag for aksjonsbaserte arbeidsmåter og systematisk, godt planlagte intervensjoner kunne styrke hverdagspraksisen og samtidig åpne for utprøving av nye arbeidsmåter (Schmuck 2006). PP-tjenestens kompetanse og posisjon gir muligheter til å gå inn i slike utviklingsarbeider der målet er å styrke den pedagogiske praksisen.

Skal PP-tjenesten komme i posisjon som en etterspurt aktør ved organisasjonsutvikling og ved pedagogisk utviklingsarbeid, forutsetter det etablering av faglig og relasjonell tillit og en gjennomdrøftet og omforent kjennskap til praksisfeltets hverdagsutfordringer. En bevisst bruk av dette handlingsrommet vil styrke PP-tjenesten som et nasjonalt varemerke ved kompetanse- og organisasjonsutvikling. En slik tilnærming til hverdagsutfordringene i barnehager og skoler vil være en reforhandling av forventningene til PP-tjenesten, slik Østvold uttrykte det i 1958: «å kunne ruste hver enkelt elev til et så vellykket liv som mulig». ❖

## REFERANSER

- Argyris, C. (1992). *On organizational learning*. Oxford: Blackwell.
- Bachmann, K.E. & Haug, P. (2006). *Forskning om tilpasset opplæring*. Volda: Høgskulen i Volda.
- Bakhtin, M.M. (1984). Problems of Dostoevsky's poetics. I: Daniels, H. (red.), *An Introduction to Vygotsky*. (2. utg.). Madison, N.Y., Routledge.
- Berg, B., Nordahl, T. & Aasen, A.M. (2015) *Kartlegging av prosjektet «Bedre læringsmiljø»*. Hamar: Høgskolen i Hedmark.
- Bourdieu, P. & Wacquant, L.J.D. (1995). *Den kritiske ettertanke: grunnlag for samfunnsanalyse*. Oslo: Samlaget.
- Fugelli, P. (2001). Tillit. *Tidsskrift for Den norske lægeforening*, 30, s. 3621–3624.
- Grimen, H. (2008). Profesjon og tillit. I: Molander, A. & Terum, L.I. (red.), *Profesjonsstudier* (s. 197–215). Oslo: Universitetsforlaget.
- Groven, B. (2003). Evaluering av Samtak og samtidige prosesser i skolen i Nord-Trøndelag (03/2003). Steinkjer: Nord-Trøndelagsforskning.
- Helgøy, I. & Homme, A. (2015). Økt innsats for læringsmiljøet. *Evaluering av den nasjonale satsingen Bedre læringsmiljø (delrapport 5)*. Uni Rokkansenteret – Uni Research.
- Hislop, D. (2009). *Knowledge management in organizations*. Oxford: Oxford University Press.
- Hustad, B.-C. & Fylling, I. (2012). Innovasjon gjennom samhandling. Sluttevaluering av Faglig løft for PPT (2008–2012) *NF-rapport nr. 16/2012*. Bodø: Nordlandsforskning.
- Hustad, B.-C., Strøm, T. & Strømsvik, C. L. (2013). Kompetanse i PP-tjenesten – til de nye forventningene?: kartlegging av kompetansen i PP-tjenesten (2/2013). Bodø: Nordlandsforskning.
- Kirke- og undervisningsdepartementet (1959). *Lov av 10. april 1959 om folkeskolen*. Oslo: Grøndahl.
- Lie, T., Nesvåg, S., Tharaldsen, J., Olsen, E. & Befring, O. (2003). *Evaluering av Samtak 2000–2002* (112/2003). Stavanger: Rogalandforskning.
- Lysklett, S.R. (2007). *Dialog mellom ideer: ideutviklingens vilkår i arbeidsgruppemøter* (elektronisk ressurs). Trondheim: PhD-avhandling ved Institutt for språk- og kommunikasjonsstudier, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet. (2007:18)
- NOU 18 (2009). *Rett til læring [Midtlyngutvalget]*. Oslo: Kunnskapsdepartementet.
- Patentstyret (2015). Hva er et varemerke? Hentet fra <https://www.patentstyret.no/no/Varemerke/Krav-til-et-varemerke-den-04.05.2015>
- Schmuck, R. (2006). *Practical Action Research for Change*. Thousand Oaks: Corwyn Press.
- Schwab, J.J. (1983). The practical 4: Something for curriculum professors to do. *Curriculum Inquiry*, 13, s. 239–265.
- St.meld. 18 (2010–11). Læring og fellesskap. Tidlig innsats og gode læringsmiljøer for barn, unge og voksne med særlige behov. Oslo: Kunnskapsdepartementet.
- St.meld. 20 (2012–13). *Kvalitet og mangfold i fellesskolen. På rett vei*. Oslo: Kunnskapsdepartementet.
- St.meld. 22 (2010–11). *Motivasjon – mestring – muligheter*. Oslo: Kunnskapsdepartementet.
- St.meld. 23 (1997–98). *Om opplæring for barn, unge og voksne med særskilte behov*. Oslo: Kyrkje-, utdannings- og forskningsdepartementet.
- St.meld. 24 (2012–13). *Framtidens barnehage*. Oslo: Kunnskapsdepartementet.
- Tveit, A.D., Kovač, V.B. & Cameron, D. L. (2012). «Ja takk, begge deler» PPTs individu- og systemrettede arbeid i barnehagen. *Spesialpedagogikk*, 12, s. 43–56.
- Weick, K.E. (1976). Educational Organizations as Loosely Coupled Systems. *Administrative Science Quarterly*, 21, s. 1–19.
- Østvold, H. (1958). «Guidance» i amerikanske sekundærskoler. *Norsk pedagogisk tidsskrift* 42: 49–57. I: Stamnes, J.H. (red.), *Bernhof Ribsskog (1883–1963): noen streif fra Osloperioden*. Steinkjer: Høgskolen i Nord-Trøndelag.



# Botens sakrament

Teksten byggjer på egne opplevingar, men er utløyst etter lesing av tilståingar frå andre terapeutar på appen Whisper, der brukarar kan poste løyndommene sine anonymt.

TEKST Ragnhild B. Lygre | ILLUSTRASJON Pixabay.com



Nokon gonger har eg berre lyst til å reise meg opp og springe ut kontordøra.  
 Fortare enn svint.  
 Forlata pasienten og «dei store tema».  
 Eller gøyme meg bak stolryggen slik at dei til sist trur eg har fordampa.  
 Nokon gonger synes eg oppriktig synd i dei som kjem til meg;  
 eg veit ikkje kva eg skal sei,  
 eg kjenner meg maktesløs.  
 Skulle ynskje dei heller kunne komme til nokon som visste korleis dei kunne hjelpe.  
 Ein av desse som les store verk på fritida.  
 Heime hjå meg står framleis Foucault urørd i bokhylla.  
 «Galskapens historie».  
 Ja, det er faktisk det det er.  
 Galskap.  
 At eg sit her og skal hjelpe.  
 Eg som kveppe av fyrverkeri og gamle eksospottar.  
 Eg som ikkje tåler blod, vold og overgrep på film.  
 Ein gong måtte eg gå midt i en film på kino fordi nokon tråkka på hovudet til Brad Pitt.  
 Eg berre orka det ikkje.  
 Sjølv om det var på film.  
 Men ein kan ikkje berre driva å gå midt i terapien.  
 Eg blir no der og kavar.  
 For involvert. For distansert.  
 For snill. For streng.  
 For rask. For treg.  
 For usikker. For sikker.  
 For positiv. For negativ.  
 Seier for mykje. Seier for lite.  
 Gjer for mykje. Gjer for lite.  
 Mistar motet. Mistar hovudet.  
 I utakt.  
 Det kjennes som om eg dansar slow fox og pasienten argentinsk tango.  
 Og eg er ikkje alltid heilt sikker på kven som førar.  
 Eg trur det er eit langt lerret å bleika, og eg er usikker på om eg har nok bleikemiddel.  
 (Nokon gonger er det tomt for empati, og eg veit ikkje korleis eg skal fylle på tanken.)

Eg orker ikkje kollegaer sine solskinshistorier.  
 Historier der alt endar godt til slutt, med god moral, etikk og lærdom.  
 Eg har ikkje nok spelnevronar til å gle meg over andre sin triumferande suksess.  
 Gje meg heller en skikkelig blunder.  
 Ein gong du gjekk på trynet, og ikkje lærte noko som helst av det.  
 La meg bada i personlig utilstrekkelighet og tilkortkomming.  
 Ein skikkelig blemme som ikkje var del av ein kløktig masterplan eller noko som førte til ein nyttig openbaring.  
 Ein gong du gjekk i baret utan mål og meining.

For eg trur me gjer det nokon gonger.  
 Kjem til kort, altså.  
 Både me og pasientane våre.  
 Kanskje det er slik det skal vera?  
 Eller kanskje ikkje?  
 Kva veit eg?  
 Helsiken!  
 Eg burde sikkert ikkje sei dette til nokon! ✕



**LANG VENTETID** Årsakene til å vente lenge før man forteller om seksuelle overgrep, er mange og sammensatte, skriver Iris M. Steine og medforfattere. Foto: Couleur/Pixabay.com

## FAGLIG INNSPILL

# Hvorfor tar det så lang tid å fortelle om seksuelle overgrep?

I gjennomsnitt går det mer enn 17 år fra et barn opplever et seksuelt overgrep til vedkommende forteller noen om dette. Den lange latenstiden skyldes ofte frykt, skyldfølelse, distansering og manglende begrepsapparat.

**TEKST** Iris M. Steine<sup>1,2</sup>, Dagfinn Winje<sup>1</sup>, Inger Hilde Nordhus<sup>1,3</sup>, Anne Marita Milde<sup>5,6</sup>, Bjørn Bjorvatn<sup>4,7</sup>, Janne Grønli<sup>6,8</sup>, Ståle Pallesen<sup>4,9</sup>

**KONTAKT** iris.steine@uib.no

<sup>1</sup> Institutt for klinisk psykologi, Universitetet i Bergen

<sup>2</sup> Visiting Scholar, UC Berkeley, California, USA

<sup>3</sup> Institutt for medisinske basalfag, Universitetet i Oslo

<sup>4</sup> Nasjonal kompetansetjeneste for søvn sykdommer, Haukeland universitetssjukehus, Bergen

<sup>5</sup> Ressurscenter om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging, Helse Bergen

<sup>6</sup> Institutt for biologisk og medisinsk psykologi, Universitetet i Bergen

<sup>7</sup> Institutt for global helse og samfunnsmedisin, Universitetet i Bergen

<sup>8</sup> Washington State University, Spokane, USA

<sup>9</sup> Institutt for samfunnspsykologi, Universitetet i Bergen

## INNLEDNING

I vår tidligere studie basert på en spørreundersøkelse blant 508 personer som hadde opplevd seksuelle overgrep som barn, kom det frem at det i snitt hadde gått 17,2 år fra første gang de ble utsatt for overgrep til første gang de fortalte noen om overgrepene (Steine et al., 2016). Årsaker til lang «latenstid» har tidligere blitt undersøkt i kvantitative studier, der man har funnet lengre latenstid når overgrepene involverte vold, trusler, samleie, og der overgriperen var en person man stod i en nær relasjon til (Goodman-Brown, Edelstein, Goodman, Jones, & Gordon, 2003; Hanson et al., 2003; Priebe & Svedin, 2008; Ruggiero et al., 2004; Smith et al., 2000). Kvalitative studier har identifisert faktorer som frykt for at det å fortelle ville ha negative konsekvenser for foreldre eller overgriperen, frykt for ikke å bli tatt på alvor eller trodd, at det var vanskelig å snakke om, og at det aldri kom en riktig anledning til å fortelle (Jensen, Gulbrandsen, Mossige, Reichelt, & Tjersland, 2005). Skyldfølelse har også blitt identifisert som en viktig faktor (Goodman-Brown et al., 2003). Basert på den lange latenstiden som fremkom i runde 1 av undersøkelsen vår (Steine et al., 2016), gjorde vi en eksplorerende oppfølgingsstudie av respondentenes *egenrapporterte* årsaker til den lange latenstiden. Denne undersøkelsen er den første i Norge som belyser hva et relativt stort utvalg av overgrepsutsatte selv mener er årsaken til at de ikke betrodde seg til noen om overgrepene før etter så mange år.

## METODE

### Prosedyre og respondenter

Alle som svarte i runde 1 av undersøkelsen *Longitudinal Investigation of Sexual Abuse* (LISA) i 2009 (n=458), fikk tilbud om å delta i runde 2 og 3 av undersøkelsen, henholdsvis to og rundt fire og et halvt år etter runde 1. De som først ble innrullert i undersøkelsen i 2011 (n=79), besvarte spørreskjema 1 og 2 på tidspunktene som 2009-kullet besvarte spørreskjema 2 og 3, og fikk ikke muligheten til å besvare skjema 3 før LISA-undersøkelsen ble avsluttet. Hver respondent hadde fått knyttet en unik tallkode til navnet sitt. Universitetet i Bergen hadde ingen informasjon om respondentene foruten denne tallkoden, og utsendingen ble gjort av sentrene for å sikre respondentenes anonymitet. En mer detaljert beskrivelse av prosedyrer for utsendingen av LISA-undersøkelsen finnes i en annen artikkel (Steine et al., 2016).

Av totalt 537 respondenter i runde 1 svarte 263 (48,9 %) på runde 2, og 193 på runde 3 av undersøkelsen (42,1 % av dem som deltok i runde 1 i 2009).

### Spørsmål om årsaker til lang latenstid

I runde 2 av LISA-undersøkelsen stilte vi følgende åpne spørsmål: «Der som du brukte lang tid før du fortalte noen om overgrepene, hva var årsakene til dette?» Respondentene svarte med egne ord. I alt 233 (88,6 %) runde 2-respondenter besvarte dette spørsmålet. I runde 3 inkluderte vi avkrysningsalternativer for mulige årsaker til lang latenstid. I utarbeidningen av disse inkluderte vi først årsaker som gikk igjen i respondentenes svar på det åpne spørsmålet i runde 2. Deretter sendte vi denne listen til en representant for støttesentrene, som basert på erfaringer fra sentrene om årsaker til lang latenstid blant brukerne føydte til flere alternativer. I alt 187 (96,4 %) av respondentene i runde 3 besvarte sjekklisten, definert som at de krysset av for minst ett alternativ.



I runde 2 av LISA-undersøkelsen stilte vi følgende åpne spørsmål: «Dersom du brukte lang tid før du fortalte noen om overgrepene, hva var årsakene til dette?»







Hele 45 % oppgav redsel for å få kjeft som en årsak til at de ikke fortalte noen om overgrepene

## RESULTATER

Tabell 1 gir en oversikt over frekvensen av ulike årsaker til lang latenstid blant respondentene. Årsaker som ble oppgitt av mindre enn 5 %, er ikke tatt med i tabellen. 97,4 % oppgav flere årsaker. I snitt oppgav respondentene 12,7 årsaker hver (SD=6,3), og tilsvarende tall ble reflektert av medianen (12,5) og modusen (12,0). Som det fremgår av tabellen, var det et bredt spekter av årsaker. De hyppigste årsakene, oppgitt av over halvparten av respondentene, var frykt for ikke å bli trodd, skyldfølelse, at man lenge ikke husket eller hadde fortrenget overgrepene, og at man manglet ord og begreper for å fortelle. Hele 45 % oppgav redsel for å få kjeft som en årsak til at de ikke fortalte noen om overgrepene.

## DISKUSJON

Et stort flertall av respondentene oppgav flere årsaker til at det hadde gått lang tid før de fortalte noen om overgrepene. Avkryssningslisten gir oss kun frekvensen av de ulike årsakene, og fanger ikke opp kompleksiteten i enkeltpersonenes historier. Den gir likevel informasjon om at årsakene til lang latenstid for de fleste er sammensatte, og at flere av de samme årsakene går igjen blant mange.

Kompleksiteten i enkelthistoriene illustreres best gjennom respondentenes egne svar på det åpne spørsmålet i runde 2, som for eksempel de følgende svarene fra tre respondenter:

- 1) «Redd for å ikke bli trodd. Redd for å gjøre det mer virkelig. Så lenge ingen visste kunne jeg innbille meg selv at det ikke hadde skjedd. Var redd jeg skulle få bekreftelse på at det var min skyld.»
- 2) «Trusler/vold. Redd for å ikke bli trodd. Mine foreldre var alvorlig syke og redd for å belaste dem med denne kunnskapen. Enorm skamfølelse! Ingen å snakke med dette om, store tillitsproblemer til andre.»
- 3) «Redd for konsekvenser/straff, redd for å ikke bli trodd, redd for å ødelegge familien, redd for å skade overgriper og resten av familien, følelsen av at det var min skyld, jeg hadde gjort noe galt, redd for at andre skulle bli sint på meg, skamfull, redd for at alle andre skulle få vite hva jeg hadde gjort, redd for å bli avvist, redd for at alle andre skulle få vite hvor ekkel jeg var, og at de også syntes jeg var ekkel.»

## Implikasjoner

At så mange oppgav manglende forståelse og begreper for hva de ble utsatt for, og at de ikke visste hvordan eller til hvem de kunne fortelle om overgrepene, understreker behovet for tiltak som gir barn begreper og kunnskap om hva seksuelle overgrep er, og hvem de kan si fra til og hvordan (Davis & Gidycz, 2010; Zwi et al., 2007). Studien vår fremhever imidlertid også at det kan ligge mange andre årsaker enn mangel på ord og begreper til grunn for at et barn ikke forteller om overgrep. Dette må det tas høyde for i forebyggende arbeid. Å gi barn kunnskapen og begrepene er et nødvendig, men i seg selv ikke tilstrekkelig forebyggende tiltak, som bør kombineres med at yrkesgrupper som jobber med barn, gis tilstrekkelig bakgrunnskunnskap om tematikken og tar et aktivt ansvar for avdekking av seksuelle overgrep.

Nesten halvparten oppgav redsel for å få kjeft som en årsak til at de ikke fortalte noen om overgrepene. Dette er en påminnelse om at noe som kan virke trivielt fra et voksenperspektiv (å få kjeft), kan ha stor innvirkning på om et barn forteller om alvorlige hendelser som seksuelle over-

Årsak	Frekvens (%)
Frykt for ikke å bli trodd	65,8
Jeg følte at det var min skyld	63,0
Jeg husket ikke/fortrengte overgrepene lenge	60,3
Manglet ord/begreper for å fortelle	53,4
Det tok lang tid før jeg forsto at det som skjedde var overgrep	47,7
Tok lang tid før jeg koblet overgrepene og mine egne vansker i livet etterpå	46,6
Redd for å få kjeft	45,6
Visste ikke hvordan jeg kunne fortelle om det	44,6
Sa ikke nei under overgrepet	42,5
Følte meg ødelagt. Redd for at andre ikke vil være med meg dersom de fikk vite hva jeg har opplevd	41,5
Ble truet av overgriper til ikke å fortelle det	41,5
Frykt for å bli avvist/utstøtt av familie/nettverk	38,9
Visste ikke hvem jeg kunne si det til	38,3
Noe kom til å skje med meg/andre jeg var glad i hvis jeg fortalte	36,3
Frykt for å splitte familien	35,8
Redd for avvisning fra overgriper (overgriper var også en omsorgsperson)	35,2
Hadde ingen tro på at det ville hjelpe	33,7
Var glad i overgriper	33,7
Orket ikke bære ansvar for omgivelsenes reaksjoner	32,6
Frykt for stigmatisering	29,5
Jeg prøvde å fortelle, men det hjalp ikke	29,0
Minner om overgrepene dukket først opp i forbindelse med livskrise (annen)	27,7

Årsak	Frekvens (%)
Fortsatte å oppsøke overgriper selv – følte skyld/ansvar for egne overgrep	27,5
Frykt for å bli behandlet annerledes	26,9
Kunne ikke bevise det	25,9
Jeg følte seksuell opphisselse under overgrepet	25,4
Overgriper sa at ingen ville tro meg	24,4
Frykt for å skjemme ut familien	23,3
Beskyttet søsken/andre fra overgrep ved å forbli i overgrep selv	23,3
Frykt for hva som ville skje med overgriper	23,3
Følte meg pervers	20,7
Ingen vits å si ifra	20,2
Jeg trodde det som skjedde var normalt – at dette var noe alle andre også opplevde	19,2
Ville ikke fremstå som svak	19,2
Omsorg for overgriper	18,7
Var redd for å bli sendt vekk	18,1
Minner om overgrepene dukket først opp i forbindelse med kjæresteforhold	17,2
Ventet til overgriper var død	16,1
Minner om overgrepene dukket først opp i forbindelse med graviditet/fødsel	13,5
Noe kom til å skje med overgriper hvis jeg fortalte	13,0
Religion – følte meg syndig	12,4
Var selv aktiv under overgrepet	7,3
Trussel fra andre personer som visste om overgrepet/overgrepene	6,7

**Tabell 1.** Årsaker til å ha ventet lenge med å fortelle om seksuelle overgrep

grep. Sett i sammenheng med at frykt for ikke å bli trodd og skyldfølelse også var blant de hyppigste årsakene, bør man i en avdekkingsamtale kommunisere til barnet at det ikke vil få kjeft, at det vil bli trodd, og at overgrepene ikke er deres feil.

### Styrker og begrensninger

Styrken ved studien er det store utvalget av overgrepsutsatte personer og det longitudinelle designet som muliggjorde den eksplorerende studien. Studien har også en rekke begrensninger. For det første skilte vi ikke mellom årsaker til at man ikke fortalte om overgrepene i barndommen versus årsaker som gjorde seg gjeldende i voksen alder. Det er nærliggende å tro at ulike årsaker vil være gjeldende for barn, unge og voksne. Fremtidige studier bør derfor differensiere mellom årsaker i ulike livsfaser, for eksempel i barne-, ungdoms- og voksen alder. For det andre lå det ikke

en systematisk tilnærming bak utviklingen av avkrysningsalternativene. Utvelgelsen av svar som ble inkludert i denne, var basert på våre egne bedømmelser om hvilke svar som gikk igjen i runde 2 i kombinasjon med støttesentrene erfaringer, og var ikke forankret i kvantitative opptellinger. Avkrysningsalternativene må derfor ikke ses på som en uttømmende liste over mulige årsaker til lang latenstid. Dette poenget er spesielt viktig i lys av at *skam*, som var blant de hyppigst forekommende oppgitte årsakene til lang latenstid på det åpne spørsmålet stilt i runde 2, ved en inkurie ikke ble inkludert som et eget svaralternativ i runde 3. »

På basis av de kvalitative dataene fra runde 2 er det grunn til å tro at skam er en hyppig årsak til lang latenstid. Det bør således inkluderes i fremtidige studier. For det tredje kan det ha vært overlapp mellom de ulike avkrysningsalternativene. For det fjerde er utvalgets representativitet usikker, gitt den relativt lave responsraten (32,7 % i runde 1, 48,9 % i runde 2 og 42,1 % i runde 3). Dette begrenser generaliserbarheten. Til tross for disse begrensningene mener vi at studien gir et unikt innblikk i respondentenes egenrapporterte årsaker til den lange latenstiden, som kan benyttes som et utgangspunkt i fremtidige studier på temaet.

## KONKLUSJON

Årsakene til å vente lenge før man forteller om seksuelle overgrep, er mange og sammensatte. I denne studien var de hyppigst selvrapporterte årsakene frykt for ikke å bli trodd, skyldfølelse, at man hadde distansert seg fra eller foretrekkte overgrepene, manglende forståelse og begreper for hva man ble utsatt for, og at man ikke visste hvordan eller til hvem

man kunne fortelle det. Overordnet understreker funnene behovet for systematiske tiltak som kan bidra til økt avdekking av seksuelle overgrep mot barn. Slike tiltak må ta hensyn til kompleksiteten i de mange årsakene til at overgrepsutsatte barn ikke forteller noen om overgrepene. ✕

Denne studien har fått støtte fra Meltzerfondet, Norge-Amerika foreningen (NORAM) og fra Prosjekt Dobbelkompetanse; et nasjonalt rekrutteringsprogram for stillinger som krever både spesialistkompetanse og doktorgrad i psykologi, finansiert av Kunnskapsdepartementet og Helse- og omsorgsdepartementet.

## REFERANSER

- Davis, M.K., & Gidycz, C.A. (2010). Child sexual abuse prevention programs: A meta analysis. *Journal of clinical child psychology, 29*, 257–265.
- Goodman-Brown, T.B., Edelstein, R.S., Goodman, G.S., Jones, D.P.H., & Gordon, D.S. (2003). Why children tell: a model of children's disclosure of sexual abuse. *Child Abuse & Neglect, 27*, 525–540.
- Hanson, R.F., Kievit, L.W., Saunders, B.E., Smith, D.W., Kilpatrick, D.G., Resnick, H.S., & Ruggiero, K.J. (2003). Correlates of adolescents reports of sexual assault: Findings from the national survey of adolescents. *Child Maltreatment, 8*, 261–272.
- Jensen, T.K., Gulbrandsen, W., Mossige, S., Reichelt, S., & Tjersland, O.A. (2005). Reporting possible sexual abuse: A qualitative study on children's perspectives and the context for disclosure. *Child Abuse & Neglect, 29*, 1395–1413.
- Priebe, G., & Svedin, C.G. (2008). Child sexual abuse is largely hidden from the adult society. An epidemiological study of adolescents' disclosures. *Child Abuse & Neglect, 32*, 1095–1108.
- Ruggiero, K.J., Smith, D.W., Hanson, R.F., Resnick, H.S., Saunders, B.E., Kilpatrick, D.G., & Best, C.L. (2004). Is disclosure of childhood rape associated with mental health outcome? Results from the national women's study. *Child Maltreatment, 9*, 62–77.
- Smith, D.W., Letourneau, E.J., Saunders, B., Kilpatrick, D.G., Resnick, H.S., & Best, C.L. (2000). Delay in disclosure of childhood rape: Results from a national survey. *Child Abuse & Neglect, 24*, 273–287.
- Steine, I. M., Winje, D., Nordhus, I. H., Milde, A. M., Bjorvatn, B., Grønli, J., & Pallesen, S. (2016). Langvarig taushet om seksuelle overgrep: Prediktorer og korrelater hos voksne som opplevde seksuelle overgrep som barn. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening, 53*, 2016, 889–899
- Zwi, K., Woolfenden, S., Wheeler, D.M., O'Brien, T., Tait, P., & Williams, K.J. (2007). School-based education programmes for the prevention of child sexual abuse. (3). doi:10.1002/14651858.CD004380.pub2

Fra arkivet: 2004

## Harald Schjelderup om vitnepsykologi

Bjugn-saken var spektakulær, men tilsvarende feilvurderinger ble gjort i flere saker fra denne perioden. (...) Når psykologer med erfaring fra denne type saker senere er blitt spurt om hvorfor det gikk galt, henviser de gjerne til fagets manglende kunnskap om barn som vitner og om forsvarlig intervju praksis - «vi visste ikke». (...) Hadde ikke psykologifaget kunnskap som kunne bidratt til å forhindre i alle fall noen av disse tragediene?

Det kan i denne sammenhengen være interessant å se på en artikkel som professor Harald Schjelderup offentliggjorde i tidsskriftet *Fritt Ord* i 1934, med tittelen «Erindringsfeil og vidneprov med særlig henblikk på sedelighetssaker». (...) Artikkelen fremstår som den reneste opplisting av forskningstemaer i moderne vitnepsykologi. (...) På ti små sider diskuterer Schjelderup sammenhengen mellom troverdighet og pålitelighet, forholdet subjektiv sikkerhet og objektiv pålitelighet, suggestibilitet, hukommelsesfeil og falske minner, og spesielle problemer knyttet til barn som vitner, og artikkelen diskuterer krav til psykologisk sakkyndighet. (...)

Schjelderup åpner med å påpeke en vanlig feilslutning i psykologisk folklore, nemlig å slutte direkte fra troverdighet til pålitelighet. Dette kan ikke begrunnes i forskning:

Alt for 30 år siden begynte den eksperimentelle psykologi systematiske undersøkelser over forholdet mellom menneskers utsagn og de virkelige situasjoner, som utsagnene gjelder. ... Forsøkene har med overbevisende tydelighet godtgjort at en temmelig stor grad av feilaktighet er en normal egenskap ved erindringen - også der hvor det dreier seg om nøkterne, rolige, selvstendige mennesker.

(...)

Schjelderup har her flere poenger: For det første, erindringsfeil er et uttrykk for den normale hukommelse og gjelder oss alle, også nøkterne og fornuftige mennesker. For det andre, fri gjenfortelling eller spontanberetninger gir færrest feilsvar, mens testing av hukommelsen med direkte og/eller suggestible spørsmål øker feilprosenten. For det tredje, jo mer detaljopplysninger man avkrever forsøkspersonene, desto flere feil produseres.

(...)

Den klart sterkeste faktoren i bedømmelsen av et vitnes troverdighet er vitnets personlige uttrykk for visshet om egne observasjoner (...). Schjelderup påpeker imidlertid at den subjektive sikkerhet på egen hukommelse ikke er en god indikator på objektiv pålitelighet:

(...) Det er intet i veien for at et falskt vidneutsagn forebringes helt bestemt uten at vidnet behøver å

ville lyve, men tvert om selv er overbevist om at det han sier er sant. (...)

Schjelderup hevder at feil kan skapes både ved at vitnet faktisk har observert feil - iakttakelsene stemmer ikke med virkeligheten - og at feil kan skapes i hukommelsen. (...)

Særlig lett blir erindringene forandret gjennom forestillinger, som f.eks. gjennom spørsmål. (...)

Schjelderup (...) understreker, helt i overensstemmelse med moderne forskning, at falske minner fremstår med stor subjektiv visshet slik at det er vanskelig å avgjøre om de er ekte eller falske på grunnlag av fortellingene alene. (...) Her er det nødvendig med krysspeiling og kritisk vurdering:

(...) Det avgjørende synspunkt her må være: Kan der påvises objektive omstendigheter som gjør en påstått opplevelse usannsynlig, bør der ikke bygges noen avgjørende slutning på et vidneprov om opplevelser fra barne- eller overgangsalderen, selv om dette antas avgitt i god tro.

(...)

De synspunkter Schjelderup fremførte i 1934 er påfallende moderne, og dette var ikke personlige innsikter hos en spesielt begavet enkeltforsker. Schjelderups påstander er begrunnet i empirisk forskning tilgjengelig for alle, i hva han selv betegner som en skatt av fagpsykologisk innsikt oppsamlet gjennom 30 års empirisk forskning. Med mindre endringer og ikledd en moderne kognitiv språkdrakt kunne artikkelen vært skrevet i dag. Ikke på noe punkt kan vi se at de senere års empiriske forskning har vist at Schjelderup tok feil.

*Fra Svein Magnussens og Annika Melinders fagessay «60 år før Bjugn: Harald Schjelderup om vitnepsykologi», oktober 2004*



# Terapiforskningen trenger en idiografisk vending

Individuelle reanalyser av tidligere publiserte gruppedata styrker den kognitive modellen for panikklidelse med agorafobi, konkluderer Asle Hoffart. Han mener terapiforskningen må fokusere mer på variasjonen hos det enkelte individ.



**TEKST** Asle Hoffart, seniorforsker ved Modum Bad og professor ved Psykologisk institutt, Universitetet i Oslo

**KUNNSKAP OM HVORDAN** psykoterapi virker, det vil si om virkningsmekanismer, gjør at terapeuten kan fokusere disse mekanismene og rette forbedrede intervensjoner mot dem. Studier som foregir å undersøke virkningsmekanismer, gir imidlertid ofte ikke adekvate svar på denne problemstillingen. I de fleste studiene har forskerne nemlig undersøkt om individer som skårer over gjennomsnittet på en prosessvariabel, for eksempel allianse, også skårer høyere enn *gjennomsnittet* på utfall. Det er altså individets plassering i forhold til andre individer som fokuseres – såkalte *mellom-individer-forhold* (Molenaar, 2004). Som alle terapeuter vet, så er det ikke først og fremst om klienten skiller seg fra andre klienter, som er viktig i terapi. Det er snarere om klienten på ett tidspunkt er forskjellig fra seg selv på et tidligere tidspunkt, det vil si om klienten *endrer seg*. Terapeuter prøver å fremme endringer hos klienten i variabler (katastrofetanker, affekttoleranse osv.) som antas å representere virkningsmekanismer i en lidelse. Videre vil de følge med i om endringen i den antatte mekanismen følges av endring hos klienten i problemet. Terapiens fokus er altså om *innen-*

*klient-variasjoner* i mekanismer korrelerer med innen-klient-variasjoner i påfølgende utfall.

## MELLOM-INDIVIDER-FORHOLD OG INNEN-INDIVID-FORHOLD

Egen forskning gir eksempler på det feilslåtte fokuset på mellom-individer-forhold. I en randomisert studie av kognitiv terapi og veiledet mestring<sup>1</sup> for panikklidelse med agorafobi fant jeg at nedgang i tro på tanker om kroppslig eller mental katastrofe under behandlingen predikerte nedgang i agorafobiske symptomer i en ett års oppfølgingsperiode (Hoffart, 1998). Sagt på en annen måte, variasjonen mellom individene i trosendring hang sammen med variasjonen mellom individene i symptomendring. Økning i mestringstro (den antatte mekanismen i veiledet mestring) i løpet av behandlingen viste ingen sammenheng med senere symptomendringer. Uten videre antok jeg at disse mellom-

.....

1. Veiledet mestring er en behandlingsmetode som vektlegger troen på å mestre utfordrende situasjoner.

individer-funnene kunne omsettes til terapeutiske anbefalinger. Men jeg tok feil.

Molenaar (2004) har teoretisk og empirisk vist at resultater fra nomotetiske (lovmessige) mellom-individer-analyser kun kan generaliseres til idiografiske innen-individ-forhold under strenge statistiske forutsetninger. For det første må populasjonen være *homogen*, det vil si at hvert individ følger den samme statistiske modellen (f.eks. antall faktorer, faktorladninger). For det andre må dataene være *stasjonære*, det vil si ha stabile statistiske trekk (f.eks. faktorladninger) over tid. Hos personer med panikk lidelse vil dette si at for eksempel katastrofetanker om fysisk, mental og sosial katastrofe ordner seg i tre faktorer hos alle individene og over tid.

Vanligvis er innen-individ- og mellom-individer-forhold forskjellige. Denne tankegangen var fraværende hos meg og andre forskere på den tiden. Faktisk er den fortsatt lite utbredt. I kapittelet om forskning på prosessutfall (Crits-Christoph et al., 2013) i *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*, som skal representere den autoritative oppsummeringen av slik forskning, nevnes ikke dette skillet i det hele tatt. Her slås mellom-individer-funn, om for eksempel sammenhengen mellom økt innsikt og utfall, ureflektert sammen med funn fra tidsseriestudier av innen-individ-forhold.

Fisher (2015) demonstrerer forskjellen på en slående måte i en longitudinell studie av personer med generalisert angstlidelse. Diagnosesystemet DSM-5 legger til grunn at symptomene ved denne lidelsen avspeiler én sykdomsfaktor. I hovedsak er mellom-individer-data brukt for å validere symptommodellen. For å undersøke innen-individ-forhold mellom symptomene, fikk Fisher 10 personer med generalisert angstlidelse til å rapportere symptomer daglig i minst 60 dager. Separate faktoranalyser for hver person ga ulike flerfaktormodeller. Da Fisher undersøkte sammenhengene mellom faktorene over tid hos hver enkelt person med dynamisk faktormodellering<sup>2</sup>, framkom ytterligere mangfold. I denne undersøkelsen av struktur og dynamikk i generalisert angstlidelse ble altså antagelsen om homogenitet på tvers av personer grundig tilbakevist. Samtidig

.....

2. Dynamisk faktormodellering er en form for tidsserieanalyse der både samtidige og sekvensielle korrelasjoner mellom faktorer estimeres.



Som alle terapeuter vet, så er det ikke først og fremst om klienten skiller seg fra andre klienter, som er viktig i terapi

## Panikkangst ved agorafobi - individuelle reanalyser

- Ukedata fra en 20 år gammel behandlingsstudie av panikk lidelse med agorafobi (Hoffart, 1998) ble reanalysert med fokus på individuelle endringer.
- I den opprinnelige studien fikk 46 personer to former for kognitiv atferdsterapi, der en gruppe jobbet med katastrofetanker og den andre gruppen jobbet med mestringstro.
- Reanalyser av funnene viste at nedgang i frekvensen av katastrofetanker for hvert enkelt individ førte til redusert angst neste uke. Grad av mestringstro hadde ikke sammenheng med redusert angst når man kontrollerte for katastrofetanker (Hoffart, 2016).
- Reanalysen bekreftet konklusjonen i den tidligere studien, og styrker dermed hypotesen om at panikk lidelse med agorafobi opprettholdes av katastrofetanker.



viste studien at faktorer knyttet til diagnosen generalisert angstlidelse, hadde en viss strukturell homogenitet: Faktorer for bekymring, slitenhet og unnvikelse var til stede hos nesten alle deltagerne i studien. Dette tyder på at disse dimensjonene kan være grunnleggende ved generalisert angstlidelse. En slik generell strukturell modell basert på en aggregering av innen-individ-funn gir altså svært forskjellige resultater fra den mellom-individer-baserte DSM-5-definisjonen.

#### INNEN-INDIVID-FORHOLD I EGNE DATA

Utstyrt med den presenterte tenkningen og relevante statistiske metoder bestemte jeg meg for å analysere ukedata fra den nesten 20 år gamle studien av panikklidelse med agorafobi referert over (Hoffart, 1998). Jeg fant at nedgang i frekvensen av katastrofetanker for hvert enkelt individ førte til redusert angst neste uke (Hoffart, 2016). Tanker om fysiske, mentale og sosiale katastrofer viste hver for seg å ha sammenheng med redusert angst. Også økning i mestringstro førte til nedgang i angst neste uke. Denne sammenhengen forsvant imidlertid når mestringstro og katastrofetanker ble inkludert som prediktorer i samme analyse, mens effekten av katastrofetanker besto. I dette tilfellet stemte altså innen-individ-funnene delvis overens med mellom-individer-funnene. Poenget er imidlertid at jeg ikke på forhånd kunne slutte meg til mønsteret av likhet og forskjell mellom de to analysenivåene. Funnene bekrefter grunnantagelsen i den kog-

nitive modellen for panikklidelse med agorafobi (Clark, 1986), nemlig at katastrofetanker er en opprettholdende årsak til angst. Funnene går mot spesifikke varianter av atferds-, dynamisk og biologisk teori, som alle utsier at slike katastrofetanker er en virkning av panikkanfall og ikke en årsak. I disse teoriene antas det at panikkanfallene oppstår først og deretter utvikles katastrofetankene i et forsøk på å forstå eller «rasjonalisere» det som skjedde.

#### UNDERSØK INDIVIDUELL VARIASJON

Siden funnene mine (Hoffart, 2016) dreier seg om innen-individ-forhold mellom prediktorer og utfall, kan de direkte omsettes til terapeutiske anbefalinger. Samtidig dreier funnene seg om *gjennomsnittlige* innen-individ-effekter på tvers av individer. De vil antagelig gjelde i varierende grad fra individ til individ. Framtidige studier bør derfor undersøke strukturelle og dynamiske sammenhenger hos *enkeltindivider* med panikklidelse med agorafobi, slik Fisher (2015) har gjort av individer med generalisert angstlidelse. Dermed kan mangfoldet i lidelsene evalueres. Videre kan individualiserte behandlinger basert på klientenes idiosynkratiske modeller konstrueres og utprøves. For psykoterapifeltet generelt vil en idiografisk vending medføre at observerbare, håndterlige og tidsvarierende forklaringsvariabler fokuseres. Henvisninger til latente konstrukturer – enten det dreier seg om kognitive skjevheter, indre konflikter eller biokjemiske forstyrrelser – vil bli mindre relevante. ✘

#### REFERANSER

- Clark, D.M. (1986). A cognitive approach to panic. *Behaviour Research and Therapy*, 24, 461–470.
- Clark, D.M., & Wells, A. (1995). A cognitive model of social phobia. I R.G. Heimberg, M. Liebowitz, D. Hope, & F. Schneier (red.), *Social phobia: Diagnosis, Assessment and Treatment* (s. 69–93). New York: Guilford Press.
- Crits-Christoph, P., Connolly Gibbons, M.B., & Mukherjee, D. (2013). I M.J. Lambert (red.), *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* (s. 298–40). Hoboken, NJ: Wiley.
- Fisher, A. (2015). Toward a dynamic model of psychological assessment: Implications for personalized care. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 83, 825–836. doi:10.1037/ccp0000026
- Hoffart, A. (1998). Cognitive and guided mastery therapy of agoraphobia: Long-term outcome and mechanisms of change. *Cognitive Therapy and Research*, 22, 195–207.
- Hoffart, A. (2016). Cognitive models for panic disorder with agoraphobia: A study of disaggregated within-person effects. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 84, 839–844. doi.org/10.1037/ccp0000114
- Hoffart, A. (2016). Cognitive models for panic disorder with agoraphobia: A study of disaggregated within-person effects. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 84, 839–844. doi.org/10.1037/ccp0000114
- Molenaar, P.C.M. (2004). A manifesto on psychology as idiographic science: Bringing the person back into scientific psychology, this time forever. *Measurement*, 2, 201–218.

# Meninger



FOTO: AHMET GURMEGAPKELSTOCK.COM

## Biologi trumfer psykologi

I utlysninger av forskningsmidler som ikke spesifikt er avgrenset til psykiske lidelser, har psykologer som driver med behandlingsforskning vanskelig med å nå opp, mener psykologspesialist Stian Solem.

*Les hovedinnlegget fra side 214.*

## «Systemet er tilrettelagt for den flinke pasienten»

*Maria Tørressen, side 217.*

**Send innlegg til [meninger@psykologtidsskriftet.no](mailto: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

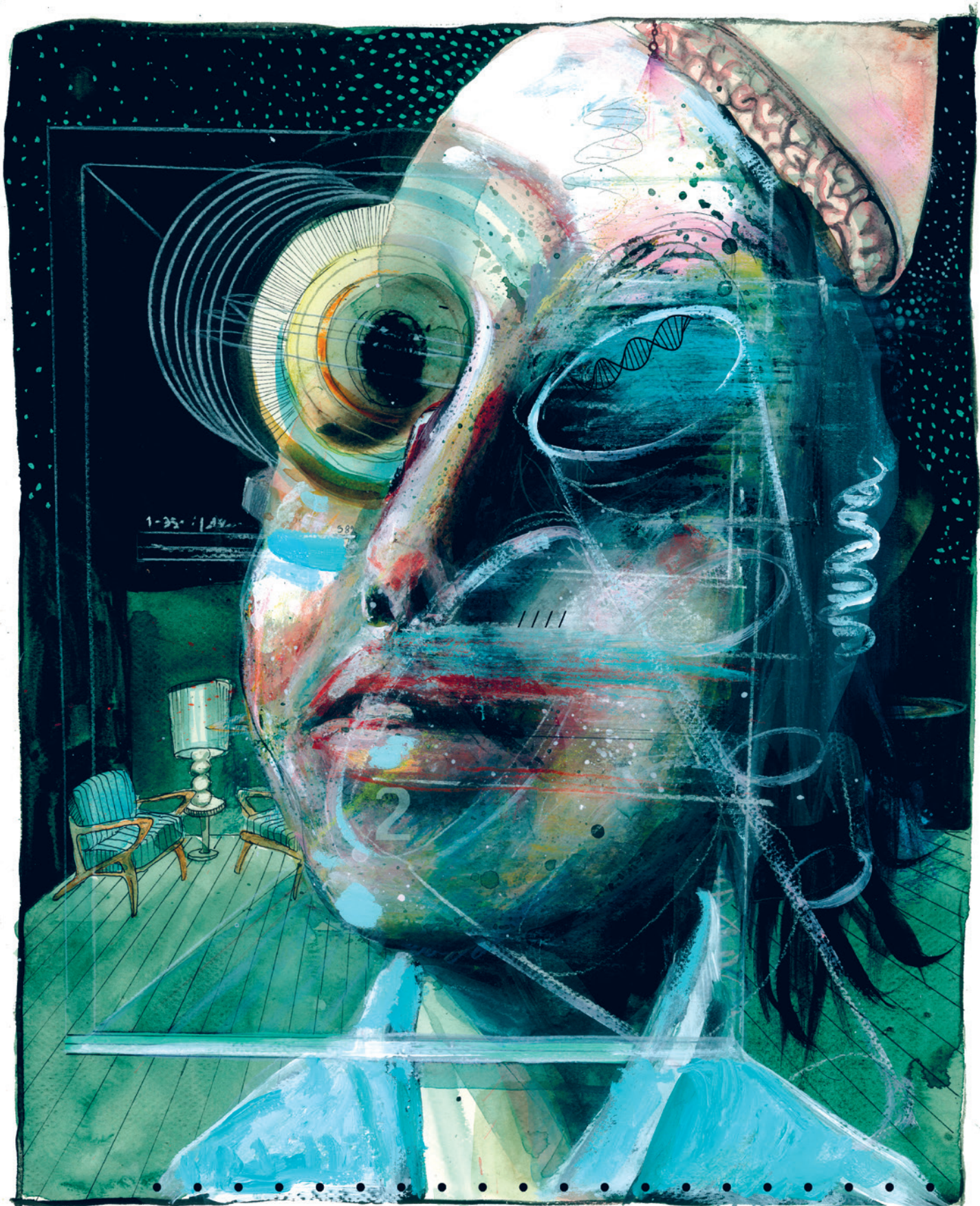
Maks 3000 tegn inkludert mellomrom

### 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.





1-25-18

58

2

Heidi Thomson 2017



# Den biologiske forskningsbølgen

Forskning på psykologisk behandling prioriteres ikke av finansieringskildene.

**DET VIRKER SOM** det har vært en biologisk dreining i finansiering av forskningsprosjekter på psykisk helse i den vestlige verden, ikke minst i USA, men også i Norge. En av argumentasjonene for dreiningen i USA har vært at man må gå bort fra dagens diagnosesystem og over til et klassifikasjonssystem som tar utgangspunkt i biologi. Den nylig avgåtte direktøren ved National Institute of Mental Health (NIMH) i USA, Thomas Insel, har skrevet et blogginnlegg der han hevder at dagens diagnosesystem best kan beskrives som en ordbok (Insel, 2013). I samme innlegg skriver Insel at psykiske lidelser er biologiske lidelser, og at man ved å kartlegge hjernekreter og genetiske aspekter vil kunne finne nye og bedre «targets» for behandling. Med dette som utgangspunkt har NIMH gått bort fra studier som bruker tradisjonelle diagnoser (f.eks. depressiv episode), og over til å studere konkrete fenomener (f.eks. slitenhet) fra et biologisk perspektiv (gener, molekyler, cellenivå og hjernekreter). Dette har blitt kjent som «Research Domain Criteria».

Etter 40 år med hjerneavbildningsstudier har man imidlertid ikke oppdaget sikre diagnostiske eller prognostiske funn (Fusar-Poli & Meyer-Lindenberg, 2016). Genforskningen

har heller ikke medført endring i klinisk praksis. Genforskning er et komplekst forskningsområde siden genenes uttrykk varierer i løpet av livet og gitt våre omstendigheter. Det vil derfor være vanskelig å finne tydelige mønstre for psykiske lidelser gitt den komplekse interaksjonen mellom vår kompliserte hjerne og våre kompliserte miljø (Frances, 2016).

## BIOLOGISERING

NIMH har skiftet fokus over på nevrovitenskap og kuttet i støtten til behandlingsstudier. I Norge er det også tegn som tyder på en biologisering. De siste tjue årene har nesten dobbelt så mye av Norges forskningsråds (NFR) penger blitt gitt til prosjekter som omhandler årsaker til psykiske lidelser, fremfor behandling av dem (Andersen et al., 2016). Forfatterne bak denne gjennomgangen konstaterte at «den biologiske, genetiske og nevrologiske kunnskapsutviklingen har fått forrang i NFRs tildelinger». I sluttrapporten av programmet for psykisk helse (2011–2015) ble det også beskrevet at meste-parten av pengene (62 %) gikk til forskning på årsaker.

Om man går gjennom de fire siste års tildelinger gitt av Samarbeidsorganet mellom NTNU

## TEKST

Stian Solem,  
førsteamanuensis/  
psykologspesialist,  
Psykologisk institutt,  
NTNU Trondheim

## ILLUSTRASJON

Hilde Thomsen

## FORSKNINGS- FINANSIERING





I fagkomiteen til NFRs program for fri prosjektstøtte for medisin, helse og biologi er *ingen* psykologer representert

og Helse Midt-Norge, ser man at psykologer har fått åtte av totalt 187 tildelinger. Dette tilsvarer kun fire prosent. Kun tre av disse igjen undersøkte psykologiske behandlinger.

Depresjon var på tredje plass på «leading causes of burden of disease» i 2004. Det er spådd at depresjon vil være på førsteplass i 2030. Når man i tillegg ser at psykiske lidelser er hovedårsak til uføretrygd, skulle man tro at balansen i finansiering av prosjekter på somatisk og psykisk helse så annerledes ut. En annen interessant kjensgjerning er at psykologer sjelden er representert blant de som vurderer søknadene. I fagkomiteen til NFRs program for fri prosjektstøtte for medisin, helse og biologi er *ingen* psykologer representert. Ekspertene og fagpanelene som vurderte søknadene i 2015, bestod av 106 fagpersoner. Av disse var det kun én person (1 prosent) som jobbet med forskning på psykologisk behandling. Kanskje man burde spesifisere at programmet ikke er interessert i psykisk helse!

#### MER BEHANDLINGSFORSKNING

Thomas Insel ble nylig kritisert av John C. Markowitz (2016), som påpeker at vi trenger en balanse av nevrovitenskap og klinisk behandlingsforskning. Ifølge Markowitz (2016) skal Insel ha sagt at de eksisterende behandlingene for psykiske lidelser er tilstrekkelig gode. Den nederlandske forskeren Pim Cuijpers ble nylig sitert i Psykologtidsskriftet med å si det samme (Solberg, 2016). Kan det være en av årsakene til denne biologiske dreiningen? At behandlingene er tilstrekkelige, derfor kan vi heller fokusere på andre aspekter? Men, er de virkelig tilstrekkelige? På psykologkongressen i Oslo fortalte Cuijpers om metaanalyser på behandling av depresjon. I intervjuet i tidsskriftet, sier han at behandlingseffekten av depresjon er uavhengig av hvilken metode man bruker, og at effekten av terapi er moderat. Videre sier han at debatter om ulike effekter av metoder er nytteløs, og at man ikke trenger å forske mer på dette. I intervjuet sies det også at «psykologen må behandle seks pasienter for at én skal bli bedre».

Det er mulig å konkludere annerledes basert på de samme dataene. En konklusjon kan være at mange av behandlingene gitt for depresjon har vært dårlige, og at vi trenger mer forskning på behandlingsmetoder som kan gi bedre resultater. Kan vi si oss fornøyd med at én av seks blir bedre? Det finnes jo enkeltstudier som finner veldig god effekt av psykoterapi, men effekten av disse viskes ut i de store metaanalysene. Mine kollegaer publiserte nylig en studie på behandling av sosial angst (Nordahl et al., 2016). Nesten 70 prosent av deltakerne som fikk psykoterapi, ble kvitt lidelsen sammenlignet med ca. 20 prosent av de som fikk medisin. Hva er det disse terapeutene har gjort som gir såpass gode resultater? Studien ble for øvrig gjennomført uten ekstern finansiering.

Det er en fallitterklæring å hevde at vi ikke kan utvikle bedre behandlingsmetoder, og at vi derfor bør gå bort fra behandlingsforskning, og kun fokusere på biologiske markører for psykiske lidelser. Biologi spiller absolutt en stor rolle i psykiske lidelser, men vi kan få til fantastiske endringer med god psykologisk behandling.

I likhet med Markowitz mener jeg at vi trenger en balanse av nevrovitenskap og klinisk behandlingsforskning, og gjerne samarbeid mellom profesjonene. Dagens tildelingspraksis er ikke i samsvar med samfunnsutfordringene. Det er absolutt ingen gyllen regel i finansiering av forskningsprosjekter på somatisk og psykisk helse. ❌

# Ingen hjelper de svakeste

Mange med store vansker går uten hjelp. Samhandlingsreformen skulle sikre bedre ivaretagelse av alle på tvers av spesialisthelsetjenesten og kommunen. Men fungerer det?

**OVE SÅ NED** i bordet. Han satt forventningsfull og sørgmodig. Han hadde kommet inn på kontoret for snart to år siden, sendt fra avdeling for avklaring på NAV.

Ove hadde stått uten arbeid hele livet. Han hadde levd på sosialhjelp. En stund i tenårene hadde han også levd på rus og det gaten tilbød.

Nå var han 60 år. Det var lenge siden han hadde lagt det levesettet bak seg, men han hadde fortsatt ikke «fått det til».

Ove hadde nylig vært til nevropsykologisk utredning, og svarene stod der svart på hvitt: Han hadde betydelig hukommelsessvikt, som særlig rammet innlæring og korttidshukommelse, både verbalt og nonverbalt. Psykologen hadde konkludert med at dette var sannsynlig forenlig med en tidligere ervervet skade. Sykehusjournalen fra barndommen hadde beskrevet mulig hodeskade etter en ulykke, men denne journalen hadde ikke fulgt Ove senere. Det var heller ikke vanlig med oppfølging på den tiden.

Videre forklarte rapporten at Ove antakelig ville ha store vansker med å holde tritt i både skole og normale arbeidsforventninger.

Det ble stille. Ove svelget: «Så alle disse årene ... jeg var ikke bare dum.»

## DE TRENGENDE

Til daglig møter jeg ofte mennesker som Ove. De som ikke har «fått det til». De som falt utenfor, de som ikke greide å betale regningene, de som ikke fulgte opp det som var forventet av skolen, av arbeidslivet, av NAV eller av behandling. Vi har fått en samhandlingsreform som skal sikre ivaretagelsen av menneskene som trenger spesialisthelsetjenesten og kommunen, eller begge deler. Sånne som Ove går likevel mange år eller store deler av livet uten riktig hjelp. Problemet er ikke intensjonen. Imidlertid er intensjon og praksis to ulike virkeligheter.

I praksis er spesialisthelsetjenesten overbelastet. Jeg liker å tro at alle i helsevesenet ønsker å gjøre sitt beste for å hjelpe mennesker. Likevel synes jeg å se et dilemma: Spesialisthelsetjenesten har fått Prioriteringsveilederen, et dokument som skulle veilede i prioriteringen av pasienter for å sikre god helsehjelp i hele landet til dem som trengte det mest. Dette var



**MARIA TØRRESSEN**,  
psykolog ved NAV,  
Grünerløkka, Oslo  
Kommune

**PRIORITERING  
AV PASIENTER**







### PRIORITERING

«De mest vanskeligstilte er nettopp dem som ikke engang makter å komme inn gjennom døren», skriver Maria Tørressen i dette innlegget. Foto: Ptribattoni/Pixabay.com

opprinnelig ment som en rettleider til bedre prioritering ved inntak, men synes å ha blitt et skriv som vokter spesialisthelsetjenestens samvittighet i prosessen med å avslå pasienter. Flere distriktpspsykiatriske poliklinikker (DPS) har ansatte som jobber for å sikre at spesialisthelsetjenesten har forholdt seg til nettopp Prioriteringsveilederen når det kommer til å avslutte eller avslå pasienter. Har veilederen skiftet formål?

Ove var en av mange som ble avsluttet ved DPS som følge av manglende oppmøte. Det hadde vært vanskelig å få til både behandling og utredning. Han klarte til sist å møte til utredning privat når han hadde følge av assistent som kunne minne om timen og vise vei.

En gang spurte jeg en pasient om hvorfor hun ikke hadde møtt til timene ved DPS. Hun sa: «Jeg stod utenfor døren og ventet hver gang, men jeg turte aldri gå inn.» Hun ble avsluttet hos DPS, begrunnelsen var dårlig motivasjon. Senere fikk hun hjelp av en avtalespesialist som

var tålmodig, og hun klarte omsider å møte inne på kontoret.

### NYTTE-KOST-VERDI

Nytte-kost er i samsvar med forebygging og tanken om å hjelpe dem som kan hjelpes. Altså de som lettest kan behjelpes, er dem som har størst nytte av hjelp. Det er nok riktig at dette er mest kostnadsbesparende. Det vanskelige og konfliktfylte oppstår derimot når vi må innrømme for oss selv, som behandlere, psykologer, hjelpere og andre, at dette ikke er å hjelpe dem som trenger det mest.

De mest vanskeligstilte er nettopp dem som ikke engang makter å komme inn gjennom døren. Noen ganger var kanskje timingen ikke riktig, men veldig ofte har vi som behandlere ikke møtt dem med det de trengte.

Jeg tok meg selv i å nesten skrive «vi i systemet» her. Fordi det er nettopp denne feilen vi gjør. Vi tillegger utilstrekkeligheten til systemet. Og det må man nok for å overleve den

dårlige samvittigheten. Slik mener jeg Prioriteringsveilederen er blitt andrelinjens beskytter og hvilepute. Jeg kjenner meg igjen. Hvis du har sett «The OA», en litt nerdete Netflix-serie om det overnaturlige etter døden, har du kanskje kjent deg igjen i beskyldningene mot lærerinnen som får sin vanskeligste elev kastet ut av skolen istedenfor å møte ham med mer hjelp? En gang konfronterte jeg en psykiatrisk sykepleier som jeg mente hadde gjort en grov etisk feil i kommunikasjonen med en pasient. Han svarte at det var slik de arbeidet der. Etter at jeg påpekte at det likevel var et menneske han hadde med å gjøre, sa han: «Da er det vel noe feil med systemet.»

### DEN FLINKE PASIENTEN

Førstelinjen har ingen prioriteringsveileder. Kommunen har noen forskrifter knyttet til sine tjenester, men førstelinjen i NAV og kommunen kan ikke avvise mennesker. De er siste instans. Men her kan heller ikke drives med behandling av alvorlig syke, uten kompetansen som skal være i spesialisthelsetjenesten. Det er blitt en mental sperre mellom spesialisthelsetjenesten og førstelinjen som sier at spesialisthelsetjenesten skal bedrive behandling, mens førstelinjen skal drive med omsorg. Problemet er at de fleste med store vansker har sterkt behov for begge deler. Her trenger man samhandling, men da må det være reell samhandling, og ikke et enten eller, at spesialisthelsetjenesten avslutter fordi

pasienten blir så godt ivaretatt av kommunale tjenester, eller at kommunen avslutter tjenester fordi personen er i behandling. Satt på spissen: Man må unngå å avslå psykologisk behandling på grunnlag av at personer har hjemmetjeneste for hjelp til vask og toalettbesøk.

I dag er pasienter avhengige av en ressursperson i førstelinjen for å komme seg over den høye muren, til andrelinjen og behandlingshjelp. Det er et system som er tilrettelagt for den flinke pasienten: Den som møter til tiden, den som finner frem, den som har sagt ifra til fastlegen at hun trengte hjelp og ble henvist psykolog, den som selv har et mål for behandlingen, og den som har et bevisst forhold til sin egen progresjon. Ja, for hvis pasienten ikke møter til timer, er det antakelig NAV som har påtvunget utredning eller behandling, og som forklarer den manglende motivasjonen. Det er lett å tenke: Hvorfor kan ikke pasienten bare skjerpe seg? Hvor vanskelig er det å ta bussen fra A til B? Hvor vanskelig er det å møte til time én dag i uken, når du ikke har noen andre avtaler? Slik samhandlingen og prioriteringen er i dag, fungerer helsehjelpen tilsynelatende ikke for de som er dårligst stilt.

Å hjelpe de som har størst problemer, er gjerne ikke kostnadsbesparende eller samfunnsøkonomisk, men det er helsehjelp til mennesker som trenger det, og de trenger det på tvers av linjer. Skal vi ikke hjelpe dem? ✕

”

Prioriteringsveilederen synes å ha blitt et skriv som vokter spesialisthelsetjenestens samvittighet

FOTO: PSYKOLOGTIDSSKRIFTET



## De nye eldre i Bergen

I andre etasje på Litteraturhuset i Bergen den 5. januar stimlet folk sammen for å få med seg forskerdebutt om «De nye eldre». Debatten skjedde i forbindelse med at *Tidsskrift for Norsk psykologforening* lanserte temanummer om eldrepsykologi. I panelet satt fire av gjesteredaktørene for temanummeret. – Aldring er mangfold, sa førsteamanuensis og psykologspesialist Linn-Heidi Lunde, og panelet var samstemte på at å skille ut eldre som en egen kategori med fastsatte egenskaper blir feil. – Forskning viser at også 90-åringene har utbytte av hard styrketrening, uttalte førsteamanuensis Anders Hovland, noe som førte til en diskusjon i og med publikum om balansen mellom mestring og ro i de eldre årene.

*Psykologtidsskriftet*

# Psykisk helse som rettsretorikk

Massemorderens mentale helse står på ny helt sentralt for rettens vurderinger.



**BJØRNAR OLSEN,**  
sjefredaktør,  
Psykologtidsskriftet

En skremmende personlighet, oppsummerer journalisten på nabobordet den psykiatriske risikovurderingen av Anders Behring Breivik. Mens begreper som mental sårbarhet, isolasjonsskader og sensorisk deprivasjon kringkastes over PA-anlegget i gymsalen i Skien fengsel, der Borgarting lagmannsrett for anledningen har rigget seg til. Diagnoser fra ICD-10 nevnes titt og ofte av rettens ulike aktører, enten det er for å forkaste mulige diagnoser eller betone at de egner seg til å beskrive barnemorderen og drapsmannen Breivik. En drapsmann som hevder at soningsforholdene både har skadet hans psykiske helse og radikalisert ham.

## PSYKOLOGISKE BEVIS

I lagmannsretten er ikke de psykologiske begrepene ment å skape endring eller utløse behandlingstiltak. I stedet for å være arbeidshypoteser for klinikerne brukes de som bevisførsel for hvordan menneskerettighetene skal fortolkes og forvaltes i møtet med planlagt ondskap. For hvordan ivareta disse rettighetene samtidig som vi møter ham med en forståelig mistenksomhetens hermeneutikk? Hvilket handlingsrom kan vi tilby en person som bak en fasade av vennlig normalitet gjennom år planla og etter hvert gjennomførte drapene 22. juli?

Selvsagt er det samfunnets oppgave å beskytte seg mot en person som Breivik. Men også å ivareta de allmenne menneskerettighetene. Advokat Øystein Storrvik sier at det er umulig å ikke la seg prege av sakens ufattelige alvor, og at alle små og store avgjørelser går i Breiviks disfavør. Det fører til soningsforhold som bryter med klientens minimumsrettigheter, mener han.

Regjeringsadvokat Sejersted mener derimot at Breivik behandles som enhver annen fange. Det er ikke annet enn nøkterne og jevnlig faglige vurderinger som gjør at soningsforholdene er som de til enhver tid er. Og når vurderingene endrer seg, vil også soningsforholdene endre seg.

Feil, repliserer Storrvik. Det er kun når Sivilombudsmannen kommer med kritikk og tingretten støtter Breiviks klage, at signifikante endringer i soningsforholdene har funnet sted. Soningsforhold som Storrvik mener påfører Breivik psykiske skader og frarøver ham rettigheter som tilhører alle mennesker.

## KORRIGERING

Hege Ulstein skriver i Dagsavisen 14. november at det er «Breiviks egen forstyrrede personlighet som holder ham fanget. Sånn sett sitter han i et fengsel i et fengsel». Ingen av disse fengs-





**PSYKOLOGISK SPRÅK** | rettsaken om soningsforholdene til Anders Behring Breivik er ikke de psykologiske begrepene ment å bidra til behandling, men blir bevis i tolkningen av menneskerettigheter i møtet med planlagt ondskap, skriver Bjørnar Olsen. Foto: Falco/Pixabay.com

lene vil han noensinne komme ut av, mener hun. Heller ikke Randi Rosenqvist virker som hun tror at endring vil skje: Han er i det store og hele den samme personen nå som for fem år siden. Ja, skulle innsikt og endring finne sted, vil det utgjøre en reell fare for hans psykiske stabile helse.

Breivik selv virker heller ikke spesielt opp-tatt av behandling. Og retten er knappst et sted for endringssamtaler. Likevel, i retten, i enkelte øyeblikk, er det som om vi kan skimte en inngang til forandring. Som når han sier at mangelen på kontakt med andre gir få korrigerende opplevelser, noe som har radikalisert ham, ja, gjort ham stadig særere. Og som når han mener seg fanget av sitt narrativ, der han opplever at omgivelsene ti ganger om dagen omtaler ham som morder. Da kan man undres på om det er sprekker i hans standhaftig forstyrrede virkelighetsforståelse som peker i andre retninger enn den monomane selvrettferdigjøringen.

Sejersted avfeier påstanden om at hans fremstilling av Breivik i innledningsforedrag skal ha korrigert masse-morderens egenforståelse: Den påstanden mangler enhver troverdighet, sier han. Det er forståelig: I statens øyne er dagens sikkerhetsregime nødvendig og human, og noe som bør videreføres. Mens

Storrviks hovedpoeng er at dette strenge soningsregimet påfører Breivik skade, men at hans klient ikke klarer å uttrykke dette selv.

#### MENTAL BOBLE

Det begge partene virker enige om, er at Breivik lever i en boble. I denne boblen finner vi et farlig menneske vi må forsvare oss mot, mener regjeringsadvokaten. Mens forsvareren ser et mentalt sykt, isolert menneske som bare er en sterk fører innad i sitt eget sinn, en person som mangler innsikt i sin egen mentale sårbarhet, og som trenger hjelp for å bryte ut av boblen. Likevel er ikke behandlingen som etterlyses, profesjonell hjelp. Snarere forverres Breiviks mentale helseproblemer av at han kun har kontakt med profesjonelle aktører. Det er kontakt med vanlige mennesker som er behandlingstiltaket, noe som får dommer Øystein Hermansen til å spørre om det er Breivik selv som skal bestemme botemidlene for en eventuell mental sårbarhet.

Massemorderens mentale helse står altså på ny helt sentralt for rettens vurderinger. Det gjenstår å se om aktørenes retoriske bruk av kunnskapsbrokker hentet fra behandlingsapparatet egner seg til å balansere risikovurderinger opp mot allmenne menneskerettigheter. Rettens avgjørelse faller i løpet av februar. ✕



I lagmannsretten er ikke de psykologiske begrepene ment å skape endring eller utløse behandlingstiltak



# Demokratidebatt på sviktende grunnlag



De fleste premissene er feil i Arne Holens kritikk av Norsk psykologforening i januarutgaven av Psykologtidsskriftet.

**TOR LEVIN  
HOFGAARD,**  
president i Norsk  
psykologforening

**PSYKOLOG-  
FORENINGEN**

**PSYKOLOGFORENINGEN ER OPPTATT** av å utvikle demokratiet i organisasjonen og lytter med alvor til kritikk. Åpenhet, transparens og inkludering har vært blant våre hovedprosjekter siden Landsmøtet i 2007. Alle innspill som kan bidra til dette, er viktige for foreningen. For vi kan alltid forbedre oss.

Vi er likevel forundret over Arne Holens bredside i januarnummeret av Psykologtidsskriftet, der han etterlater inntrykk av at vi har blitt et elitistisk pampevelde fjernt fra medlemmene. Mest av alt fordi de fleste av premissene hans er feil.

Det blir ikke bedre av at dette er feil som tidsskriftets redaksjon åpenbart har oversett, siden de ikke har bidratt til å rette dem opp før publisering. Det er grunn til å stille spørsmål ved den redaksjonelle vurderingsevnen når sterke beskyldninger om demokratiunderskudd ikke utløser retten til samtidig imøtegåelse «av faktiske opplysninger» slik Vær varsom-plakaten legger opp til (punkt 4.14). Bedre blir det ikke når redaksjonen aktivt viderefremmer feilinformasjonen i sosiale medier (Facebook 9. januar) før den som kritikken retter seg mot, er kommet til orde i februarutgaven.

Til Arne Holens påstander:

- Holen hevder medlemmene i helseforetakene ikke vet når lønnsoppgjøret for 2016 blir effektivt etter at høstens streik ble stoppet av tvungen lønnsnemnd.

Saken er at *ingen* vet dette før avgjørelsen foreligger i lønnsnemnden. I skrivende

stund har vi fått vite at tidspunktet for nemndens behandling er 13. februar, noe de foretakstillitsvalgte selv sagt er informert om.

- På Landsmøtet kritiserte Oslo-avdelingen Psykologforeningen for å ha for omfattende, ikke for *tynne*, sakspapirer. Det er en berettiget kritikk. A. Holen mener derimot at sakspapirene vanligvis er tynne, og at saker av interesse blir ettersendt eller delt ut i møtet. Denne virkelighetsbeskrivelsen stemmer ikke. Sakspapirene til et gjennomsnittlig sentralstyremøte er sjelden under 100 sider. Det er altfor mye. Ettersending av sakspapirer, eller utdeling i møtet, skjer bare unntaksvis. Papirene blir fortsatt publisert for medlemmene selv om vi kan gjøre det mer systematisk enn i dag.
- Valgkomiteen utpeker ikke sentralstyret, slik Holen hevder. Både styret og valgkomiteen velges av Landsmøtet. Alle medlemmer kan fremme forslag til kandidater inntil seks uker før Landsmøtet. For eksempel lanserte Holens egen lokalavdeling sin kandidat nesten ett år før Landsmøtet.
- Holen lurer på hva som «skjedde i 2016, da innstillingen fra valgkomiteen ble fremskyndet til å bli presentert i juni, før lederkonferansen og ikke i september, som er formell prosedyre og etablert praksis?». Den formelle prosedyren er at valgkomiteens innstilling følger innkallingen til Landsmøtet, ifølge foreningens lover, minst 18 uker før Landsmøtet. Innkallingen sendes som bilag til Psykologtidsskriftets julinummer.



Faksimile fra januarutgaven av Psykologtidsskriftet

Utsendelse i september ville følgelig være i strid med lovene og har heller aldri forekommet.

- Holen er dårlig informert om Legeforeningens valgpraksis. Hele «bøtteballen» velges ikke én gang i året. Derimot har de valg hvert annet år og ikke hvert tredje, som vi.
- Holen mener Landsmøtet ikke har noen mulighet til å kontrollere økonomien i foreningen. Men beretningene til Landsmøtet inneholder detaljerte, revisorattesterte regnskap for hvert år i perioden. Selv om Holen skulle ha rett i at ingen husker hva som ble vedtatt tre år tidligere, gir beretningene rikelig anledning til å bli påminnet. Dette fortjener neppe betegnelsen dårlig kontroll. Regnskapene er for øvrig offentlig tilgjengelige.
- Holen besværer seg over at sekretariatet snart er dobbelt så stort som for 10 år siden. Imidlertid har medlemsmassen vokst raskere enn sekretariatet.
- Psykologforeningens prinsippprogram slår fast at psykologutdanningen skal ha integrert praksis. Det mangler altså ikke legitimitet, slik Holen hevder, å forsvare den norske cand.psychol.-graden offentlig, når denne utfordres.

Det er for øvrig neppe hensiktsmessig å bekjempe demokratiunderskudd, endre politikk eller søke å lede en demokratisk forening med utgangspunkt i stormer i sosiale medier.

I slutten av november diskuterte foreningens øverste organ – Landsmøtet – inkludering, demokrati og informasjonsflyt. Debatten viste tydelig at et flertall av medlemmene ikke opplever mangel på inkludering, demokrati eller informasjon.

Sentralstyret i Psykologforeningen får sin «arbeidsliste» fra Landsmøtet, og med debatten der i minnet er jeg trygg på at vi har utviklet oss i riktig retning de siste ti årene. Det betyr ikke at vi kan lene oss tilbake og ikke har forbedringspotensial. Men ifølge Landsmøtet 2016 er vi på rett vei. Og det tar vi med oss inn i neste landsmøteperiode som det viktigste signalet fra dem som faktisk representerer medlemmene i foreningen.



Vi er forundret over Arne Holens bredside i januarnummeret av Psykologtidsskriftet

Er det medlemmene og de tillitsvalgte som er til for sekretariatet, eller er det sekretariatet som er til for medlemmene og de tillitsvalgte?

# God psykologhjelp også til de eldste

Vi trenger psykologer for å veilede omsorgsarbeidere i førstelinjen.

**TOVE BEATE PEDERSEN,**

seniorrådgiver i Norsk psykologforening

## ELDREOMSORG

**JEG BLE VELDIG** glad da Landsmøtet vedtok å gjeninnføre spesialiteten i eldrepsykologi, og ble ytterligere glad da tidsskriftet vårt kom med et temanummer om eldre i januar. Mitt engasjement skyldes etter hvert mye og lang erfaring som pårørende til gamle foreldre. Jeg er naturligvis *for* at eldre mennesker skal ha samme tilgang til psykologer som de som er yngre enn oss, men mitt ærend denne gang er at vi trenger psykologer som kan arbeide på systemnivå for å sikre gode tjenester til de aller svakeste og eldste eldre; de som ikke lenger kan bo hjemme og ta vare på seg selv.

Nærkontakt med klienter og ansatte i omsorgsboliger og sykehjem forteller meg at dette er uvanlig krevende arbeidsplasser. Vi vet etter hvert at dette viser seg i sykemeldinger og gjennomtrekk. På tre ulike besøk på min mors sykehjem i november og desember møtte jeg så å si ikke noen av de samme personene. De som hadde ansvar for å gi henne omsorg, var nye for meg hver av de tre helgene jeg tilbrakte der. Jeg undrer meg over at det overhodet er mulig å få noen til å arbeide under slike omstendigheter. Jeg synes at de som arbeider der, er heroiske, og har ofte sagt at jeg ikke kunne gjøre det som de gjør. Jeg ønsker at de skal få støtte av dyktige psykologer. De trenger kon-

tinuerlig psykologfaglig støtte for å holde fast bildet av personene de skal gi omsorg og tjenester. Det er viktig at det kommer psykologer som kan bidra til både forståelse av den gamles situasjon og forståelse for deres egne reaksjoner som omsorgsgivere.

Sykehjem utviser mange av trekkene til totale institusjoner, og virkeligheten der kan lett bidra til avhumanisering av de gamle. Det er ikke lett å se oss som verdige personer når vi er så svekket at vi ikke lenger kan presentere oss slik vi ønsker og har vært vant til; når vi ikke klarer å sitte lenge nok til å få tatt permanent, og håret ser tørt og ustelt ut, og klærne blir flekket fordi vi ikke ser godt og skjelver på handa; når vi er fortvilet over alle funksjonstapene, den egne avmektige situasjonen og er desperate og sinte; når alle tapene setter oss i en fortvilende eksistensiell situasjon som preges av depresjon og angst.

Det er utfordrende og slitsomt å daglig arbeide med denne svekkede og hjelpetrengende gruppa, og jeg tenker at de som gjør dette, må støttes og styrkes for å klare det. De gamle trenger nemlig at de som skal hjelpe dem, kjenner dem over tid. Vi trenger følgelig psykologer som vil veilede de som arbeider i første linje med de gamle, og som kan hjelpe ledelsen til å utvikle systemer som gjør det faglig utviklende og tilfredsstillende å arbeide der, og dermed også gjør denne siste tiden lettere for den gamle. Slik bruk av psykologer vil også bidra til å bedre livskvaliteten til alle de pårørende som strever med sine roller og sin innsats for skrøpelige foreldre. ✕

Faksimile av temanummer om eldre (nr. 1/2017)



## Beskyttelse og offentlighet

**PÅ TV OG** på film er fortellinger om justismord ofte enkle i sin moral: Den urettmessig dømte får sin oppreisning, mens anklagerne får sin straff. Som dokumentaren om «prestesaken» i denne utgaven viser (se side 150), er virkeligheten ofte langt mindre oppløftende: Rekken av ofre er lang, og vinnerne er få, om noen. Når vi publiserer den omfattende saken fra Glåmdalen, er det etter mange, og langt fra entydige etiske vurderinger.

Mange mener at en sak som har vært gjennom alle de rettslige instansene vi har her til lands, Gjenopptakelseskommisjonen inkludert, bør få ligge i fred. De peker på at vårt arbeid med saken betyr at den omtalte stedatteren ikke får lagt historien bak seg, altså en form for retraumatisering. Samtidig har både stedatteren og andre fortalt sin versjon av «prestesaken» til mediene ved flere anledninger, blant annet i Gunnar Ringheims bok *Det som ikke skulle skje* fra 2015. Det forteller både at interessen for saken har vedvart, og at offentlighetens lys i hvert fall til dels virker akseptert. Men viktigere er det at vår gjennomgang av etterforskningen og sakens mange dokumenter avdekker fundamentale svakheter i etterforskningen, i sakkyndighetsarbeidet og i kvalitetssikringen av dette arbeidet. Disse svakheterne kan ha bidratt til utfallet i saken. I så fall er det mer enn ett offer i dette sakskomplekset.

I noen tilfeller har vi valgt å anonymisere de involverte. Det vil likevel trolig være enkelt å identifisere disse aktørene for personene som kjenner saken godt. Andre personer igjen omtales med fullt navn i reportasjen, enten det er dommere, sakkyndige, vitner eller andre av rettens aktører. Dette er personer som må påregne omtale i offentligheten, og mange av dem har da også vært omtalt tidligere.

Flere av aktørene vil oppleve at de utsettes for kritikk, og Psykologtidsskriftet har hatt et ønske om å høre deres versjon av saken. Mange har imidlertid valgt å ikke la seg intervju, akkurat som flere har valgt å ikke bruke sin selvsagte rett til samtidig imøtegåelse av faktiske opplysninger (se Vær varsom-plakatens punkt 4.14). Deres mulige andre perspektiv på hendelsesforløpet er derfor ikke med i denne omgang.

At personer ikke vil uttale seg, kan ikke hindre debatt, kritikk og nyhetsformidling, heter det også i Vær varsom-plakaten. Her understrekes det også at pressen skal beskytte enkeltmennesker og grupper fra overgrep og forsømmelser fra blant annet offentlige myndigheter. Når vår gjennomgang dokumenterer svakheter i etterforskningen, og når sentrale aktører i retten i dag angreir på sine vurderinger, mener vi det er riktig å publisere den andre historien om prosessen mot presten. Selv om det oppleves vanskelig for mange av de involverte. ✘

*Bjørnar Olsen, sjefredaktør i Psykologtidsskriftet*

## Debattert

### Helbredende rus?

**Forhåndsbestemt** - Det virker som om man allerede har bestemt seg for at psykedeliske stoffer som MDMA (ecstasy) vil være en behandlingsmessig revolusjon, uten at dette er dokumentert.

*Anders Danielsen Lie til Stavanger Aftenblad 9. januar*

**Nøktern** - Du finner ikke at jeg sier noe sterkere enn at MDMA og psykedelika kan ha potensiale i behandlingen av syke som vi i dag har relativt dårlig behandling for. Jeg er enig i at man må være nøktern.

*Pål Ørjan Johansen til Morgenbladet 13. januar*

**Lovende** Skillet mellom ulovlige rusmidler og legemidler eksisterer knapt. Til medisinsk bruk må vi være opptatt av hva som virker. Å omtale lovende, om enn eksperimentell forskning offentlig, kan i så måte vanskelig være galt.

*Andreas Wahl Blomkvist og Hans Fredrik Marthinussen debatterer i Aftenposten 13. januar*

**Ja takk** Visst faen vil jeg ha et samfunn der mentale plager behandles med rus - dersom dette er effektivt. For ellers er alternativet mentale plager.

*Tarjei Ellingsen Røsvoll debatterer i Natt&Dag 13. januar*

**Manglende livserfaring** Hvor er verden egentlig på vei, hvis foreldre ikke sier nei, og stadig flere voksne anbefaler dop som mestring mot dårlige karakterer? Hvor depresjon skal leges med ecstasy? En ting er sikkert, det blir ikke mye ekte livserfaring av slikt.

*Fra Katrine Lias skråblikk i Agderposten 14. januar*

**Bekymringsfullt** Propagandering av MDMA som et universalmiddel mot livs-smerte, psykiske lidelser og som kilde til lykke er bekymringsfull.

*Ulrik Malt debatterer i Aftenposten 18. januar*





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

# Psykisk helse? Kjør debatt!

Jeg utfordrer våre folkevalgte til å sørge for at psykisk helse blir satt på dagsordenen i valgkampdekningen for 2017.

**VI SOM ER** opptatt av psykisk helse, har allerede registrert at de store partiene kappes om å snakke om barn og unges psykiske helse. Arbeiderpartiets nestleder Hadia Tajik meldte allerede i høst at temaet inngikk i partiets topp tre-liste over viktige valgkampsaker. I starten av januar kom omtrent samme beskjed fra statsminister Erna Solberg. Fra før er det tverrpolitisk enighet om en tverrsektoriell opptrappingsplan for barn og unges psykiske helse. Det skulle altså ligge til rette for en jubelsong for psykisk helse etter neste valg, uansett valgvinner.

Men det er ikke sikkert at psykisk helse vil bli en het sak i valgkampen av den grunn. Erfaringsmessig tar sykehusorganisering, lokalisering og prioritering i spesialisthelsetjenesten plassen i helsedebattene. Jeg utfordrer herved våre folkevalgte til å sørge for at årets valgkamp blir annerledes.

Mener dere for alvor at psykisk helse for barn og unge er viktig, så sørg for å melde det inn som tema til redaksjonene som nå planlegger valgkampdekningen for 2017. Krev at psykisk helse blir satt på dagsordenen i debatter og temasendinger!

Her er spørsmålene vi gjerne vil ha svar på:

1. Hvordan vil dere sørge for at kommunene skal kunne innfri kravene i folkehelseloven og kommunehelseloven; kravene om helsefremming, forebygging, utredning, lavterskeltilbud, behandling, habilitering og rehabilitering? Hvordan vil dere lage systemer som gjør at det ikke er postnummeret som avgjør kvaliteten på tilbudet? Hvordan vil dere sikre kommunale tverrfaglige team, med leger, psykologer, fysioterapeuter, sykepleiere, sosionomer og andre profesjoner? Der faggrup-

pene ikke lenger sitter i hver sin silo, men jobber sammen om et helhetlig tilbud. Kort sagt: Hvordan vil dere sørge for at jeg får *én dør inn*, uansett om jeg trenger hjelp av sosionom, lege eller psykolog?

2. Hvordan vil dere sørge for at alle som henvises til spesialist, møtes av en spesialist? At uansett om du bor i Alta eller Arendal, så skal du som pasient kunne forvente et forutsigbart behandlingsforløp med utgangspunkt i samvalg, basert på anerkjente behandlingsmetoder. Behandlingen skal kunne justeres underveis basert på pasientens tilbakemeldinger, og du garanteres nødvendig oppfølging når behandlingen i spesialisthelsetjenesten avsluttes. For å få dette på plass, holder det ikke å vise til en «gyllen regel», og så la foretakene styre selv. Politiske grep må tas for å få på plass slike garantier. Vi vil gjerne høre fra hvert enkelt parti hvordan de skal sikre dette i kommende stortingsperiode.
3. Vi former vår fremtid i skolen, på godt og vondt. Noen lærer seg destruktive mestringsstrategier fordi de har blitt mobbet. Mobbing henger sammen med psykiske lidelser og drop-out. Omfanget er mye større enn vi har trodd. Mange skoler redefinerer mobbing for å slippe å håndtere problemet på en ordentlig måte. Noen skoler mener mobbeprogrammer er for tidkrevende. Jeg vil gjerne se partier som tør å ta denne problematikken på alvor. Som programfester at vi for første gang skal få på plass landsomfattende forebyggende tiltak mot mobbing, på samme måte som vi har mot røyking, mot alkohol, mot diabetes og andre livsstilssykdommer. Og jeg vil gjerne høre fra partiene hvordan de vil gi psykisk helse en like selvsagt plass i skolen som kroppsøving. Fortell oss hvordan fremtidens unge skal lære om tanker, følelser og atferd.
4. Psykiske helseplager er en av de viktigste grunnene til at unge arbeidstakere sykmeldes og faller ut av arbeidslivet. Mange opplyser at de aldri har fått ordentlig hjelp før båndet til arbeidslivet ble brutt. For de fleste med psykiske helseplager er ikke sykmelding svaret. Snarere tvert om. Mange ville hatt god behandlingseffekt av å kunne fortsette å være i jobb mens de fikk hjelp. Jeg vil gjerne høre fra de politiske partiene hva de vil gjøre for å sikre at de tusenvis av unge som hvert år faller ut av arbeidslivet på grunn av psykiske helseplager, klarer å holde seg der. Og ikke minst, hva de vil gjøre for å få inn igjen de som står utenfor. Hvilke grep vil dere ta?

Når vi henvender oss til mediene for å stimulere til politisk debatt om psykisk helse, møtes vi ofte med at «det er så lite å debattere, for alle er så enige». Men tar de for seg denne listen på bare fire punkter, tror jeg det er nok konfliktstoff mellom hovedaktørene i det politiske landskapet til å fylle noen minutter i en helsedebatt.

Skulle de likevel gå tomme, kan de spørre partiene hva de vil gjøre for å redusere tvangsbruk og sørge for reelle valgmuligheter for de som ønsker medikamentfri behandling, og hva de vil gjøre for å forebygge at folk med alvorlige psykiske lidelser lever 20 år kortere enn den øvrige befolkningen på grunn av somatiske sykdommer med stort potensial for forebygging.

Jeg er overbevist om at psykisk helse inneholder juice nok til flere debatter i valgkampen. Så får vi vente å se om de store mediene – og ikke minst partiene selv – tør ta debattene, fremfor å søke til de trygge talepunktene om helse vi alltid hører. ✕



Hvordan vil dere lage systemer som gjør at det ikke er postnummeret som avgjør kvaliteten på tilbudet?

## Brukerkunnskap ble bok

Erfaringskompetanse feiret seg selv med å utgi antologien *Levd liv* da senteret nylig fylte ti år.

### TEKST

Per Olav Solberg

**E**skil Skjeldal, seniorrådgiver og bibliotekar i det nasjonale senteret for erfaringskompetanse innen psykisk helse, har vært redaktør for utgivelsen og har selv to bidrag i boken.

– *Hvorfor en bokutgivelse?*

– Vi er en institusjon med et særskilt ansvar for å løfte kunnskap fra bruker- og pårørende-siden. Istedenfor å bruke tid og midler på en storslått feiring valgte vi å lage en bok som konsentrerte seg om det kunnskapsområdet vi er satt til å forvalte, sier Skjeldal.

Boken inneholder både sakprosa og skjønnlitterære tekster. Blant sakprosabidragene finner vi kritikk av diagnosesystemet, ført i penen av Tor-Johan Ekeland, om tvang og tortur i norsk psykisk helsevern sett opp mot menneskerettighetene, skrevet av Mette Ellingsdalen, og en tekst av Trond Fjetland Aarre, som spør seg om hva som skal til for at framtidens psykiske helsevern skal bli godt nok.

– Hovedvekten av bidragene er fagartikler som går helt konkret på bruker- og pårørendekunnskap, men vi har også prioritert skjønnlitterære tekster og sakprosa-tekster om skjønnlitteratur, blant annet en tekst av Knut Olav Åmås

om poeten Olav H. Hauges psykiske lidelse, sier han.

– *Det er ikke et helt tilfeldig valg at dere har med skjønnlitterære tekster av forfattere som Olav H. Hauge, Arnold Eidslott, Tor Jonsson og Arne Garborg?*

– Nei, det er ikke tilfeldig, og noen av disse forfatterne har en historikk som bruker i norsk psykisk helsevern. De har en interessant biografi som nok har påvirket diktningen deres, og som vi syntes var spennende å ha med i en antologi som dette. I tillegg mener vi at den skjønnlitterære formen er spesielt godt egnet til å romme de grenseerfaringene som ofte ledsager en psykisk lidelse. Jan Inge Sørbo har skrevet en tankevekkende artikkel i boken der han bidrar med noen konstruktive grep på skjønnlitteraturens vegne.

### PENSUM

Erfaringskompetanse har selv stått for utgivelsen av boken og tar seg også av salg og distribusjon. Opplaget er på 1000 eksemplarer, og så langt har 270 eksemplarer blitt solgt.

– I tillegg har vi jobbet med å få noen av artiklene i boken inn på pensumlister i helsefag





ved ulike læresteder. Nylig bestemte Lovisenberg diakonale høgskole å ta inn tekster fra boken på pensum i sykepleierstudiet. Det er vi fornøyd med. Å få brukerperspektivet inn som pensum i helseutdanningen var et av målene med utgivelsen.

– Du nevner brukerperspektivet. Brukere har unike og ulike erfaringer som pasienter i psykisk helsefeltet. Hvordan løfte brukerfeltet opp fra partikulære erfaringer og til et generelt nivå som bidrar inn i psykisk helsefeltet og gjør tjenestene bedre?

– Vi, og mange andre med oss, har snakket om brukermedvirkning i ti år. Ordet brukes hyppig ved behandlingsinstitusjonene og av myndighetene, men vi ser at det fort kan bli en fanesak, uten konkret innhold. Jeg mener det er svært viktig at brukerkunnskapen akkumuleres til noe mer generelt, ellers blir den så unik at ingen får tak på den. Og ofte er det like mye det byråkratiske systemet behandlerne er underkastet, som forhindrer brukermedvirkning, og ikke behandlerne. Om vi skal generalisere brukernes erfaringer, handler brukerkunnskap egentlig om ganske banale ting: å bli hørt og sett, at behandlerne er villige til å være i

dialog og justere sitt eget blikk på pasienten, at brukeren får være med på å legge premissene for behandling. Hvis brukere føler seg overkjørt, brytes tilliten, og behandling blir vanskelig. Hvis en bruker ikke ønsker medikamentell behandling for psykosen sin, så bør pasienten bli hørt. Dersom en bruker ønsker konkret hjelp til å komme tilbake i en 20 prosent stilling, så bør vedkommende få hjelp til dette, istedenfor å få behandling for symptomlette. Dette er brukerperspektiv i praksis.

– Har ting blitt bedre etter at brukerperspektivet, tross alt, har blitt en del av psykisk helsefeltet?

– Ja. Ikke minst tror jeg at brukerperspektivet og brukerorganisasjonene har bidratt til det man kan kalle starten på et paradigmeskifte i psykiatrien: Vi ser konturene av en bevegelse. Bort fra en sykdomsmodell der diagnosen står i sentrum, og over til en mer helhetlig og bred psykososial modell, der fokuset er på hvordan pasienten kan få en mer meningsfull hverdag, uavhengig av diagnose, avslutter Eskil Skjeldal. ❌

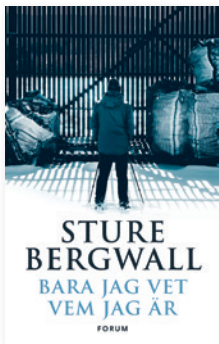
## SJANGERSPENN

Eskil Skjeldal i Erfaringskompetanse har bestemt utvalget i antologien *Levd liv*. Foto: Astrid Borchgrevink Lund.



# Forbausende og krass forsvarstale

Sture Bergwall tar et kraftig oppgjør med det han mener var sekterisk terapi, isolert rettspsykiatri og jus på ville veier.



**STURE BERGWALL**  
*Bara jag vet vem jag är,*  
Forum, 2016. 578 sider

**TIL NÅ HAR** det vært skrevet åtte bøker i tillegg til to offentlige utredninger om Sture Bergwall, som i åtte år kalte seg Thomas Quick. I 1991 ble Bergwall dømt til tvungen psykiatrisk behandling på Säter rettspsykiatriske klinikk. Grunnlaget for dommen var et alvorlig, men mislykket ran. 24 år senere, i april 2015, slapp han ut som fri mann.

Da han ble innlagt, var han en rusavhengig småkjeltring. Deretter viklet han seg inn i en bisarr terapi på Säter, der han tilsto 39 drap under tung medisinerings. Han hadde ikke bare drept, påsto han, han hadde også maltraktert og spist enkelte av sine ofre. Han ble dømt for åtte av drapene. Etter temmelig mange kalamiteter ble han i 2013 frikjent for samtlige drap. Da hadde han gått fra å være en småkjeltring til bisarr seriemorder og til løgner for så å ende opp som et offer. I alle fall ifølge ham selv.

## LEVENDE, DRIVENDE, DRAMATISK

For den niende boken om Thomas Quick/Sture Bergwall er skrevet av Bergwall selv. Det er en forbausende og krass selvbiografisk forsvars-

tale. I boken gir Bergwall sin versjon av det som etter hvert ledet han til å bli Nordens kanskje mest berømte eller beryktede rettspsykiatriske pasient.

Rent umiddelbart er det lett å bli engasjert av det han skriver. For han skriver drivende godt. Stilen er enkel og dramatisk. Han gir levende og krasse portretter av de overivrige terapeutene, etterforskerne og advokatene som i åtte år svermet rundt ham og oppmuntret ham til å «huske» drap etter drap. Blant annet skildres professor Sven-Åke Christianson, hukommelseseksperten i saken, på denne måten:

Han berättade att han var tillförordnad professor vid Psykologiska institutionen på Stockholms universitet. – Men snart har jag professorstitel, sa han och blinkade. Du utreds för flera mord, det er väldigt interessant.» Og videre: «– Jag har varit gästforskare i USA og där har vi nogot som kallas seriemördare. När han sa det både lät han och såg ut som en gymnasieelev.

Boken er godt strukturert i en klar kronologisk form der hvert år har sitt kapittel. Bokens første

## ANMELDT AV

Pål Grøndahl,  
rettspsykolog og  
forsker



del er strukturert i dager fra dag 71 til dag 2367, som tilsvarer de om lag åtte dramatiske årene da han gjennom terapien ble til seriemorderen Thomas Quick. I tillegg siterer Bergwall en del journalnotater skrevet av personalet på Säter. Bokens andre del begynner etter at Bergwall har vært helt taus i syv år. Da hadde han avbrutt alle terapier, tatt tilbake sitt eget navn og vært igjennom en påtvunget avrusning av benzodiazepiner. Igjennom hele boken smetter han inn korte skildringer av sin barndom og oppvekst.

### TERAPEUTEN MANIPULERER

Som leser får jeg tidlig et problem; denne mannen har ruset seg gjennom år av sitt liv, begått overgrep og flere andre straffbare forhold. Han har løyet og manipulert og blitt idømt behandling i og med at han ble vurdert som utilregnelig<sup>1</sup>. Så hvorfor skal jeg tro på ham nå? Et viktig

.....

1. Dvs. «allvarlig psykisk störd» (APS). Sverige er trolig det eneste land i verden som ikke har noe utilregnelighetsbegrep. De bruker termen APS, og holder en person ansvarlig uansett. Men ved APS er det fengselsforbud, og da dømmes tiltalte til behandling, som Bergwall ble.

moment er at han faktisk er frikjent for drapene. Men stemmer alt det han skriver, for eksempel skildringen av hvordan Säter behandlet ham etter at han sluttet i terapi og offentlig gikk ut med at alt bare var løgn og bedrag?

Om jeg legger til grunn at det han nå skriver, er sant, så er det en rystende historie Bergwall forteller. Det er en historie om terapien fra helvete. Det er en terapi der terapeuten manipulerer sin pasient. Pasienten Bergwall/Quick ble ledet til å erkjenne drap for å tilpasse tilståelsene inn i en rådende teori om fortrenge minner. Det er en terapi hvor det skjer grove overfortolkninger, og der taushetsplikt knapt eksisterer. Terapeuten Birgitta Ståhle går stadig fra terapisesjonene med beskjed om at dette må hun fortelle Seppo, etterforskningslederen, om.

Det er en terapi der pasienten først er avhengig av og beundrer sin terapeut for så å bli skremt av henne. Det er en terapi som inneholder sekterisk blind tro på at terapi rettet mot fortrenge minner er en ufeilbarlig metodikk. Det er en terapi som, til tross for Säters sterke tiltro til (misforstått) psykodynamisk vinkling med fokus på fortrenge minner, pøser på med

**MEDRIVENDE** Sture Bergwall (avbildet) gir levende og krasse portretter av de overivrige terapeutene, etterforskerne og advokatene som i åtte år svermet rundt ham og oppmuntret ham til å «huske» drap etter drap, skriver Pål Grøndahl. Foto: Fredrik Sandberg/TT Nyhetsbyrå





Det er en historie  
om terapien fra helvete.  
Det er en terapi hvor  
terapeuten manipulerer  
sin pasient

medisinering «för att orka minnas». Bergwall skriver på side 123 om den daglige medisineren: «Klockan åtta Stesolid, klockan tio Xanor, klockan två Stesolid, klockan sex Stesolid och klockan åtta Rohypnol och Halcion. Däremellan var det såkallad vidbehovsmedicinering med Xanor och Stesolid i tablett- eller klysmform.»

Det er en terapi som gir pasienten belønning for å erindre drap med å gi ham medisiner. Det er en terapi der en vellykket rekonstruksjon av et drap blir feiret med restaurantbesøk sammen med både terapeut, miljøpersonale, etterforskningsleder og forsvarer.

Forsvareren Claes Borgström sier ifølge Bergwall aldri et ord i noen av de talløse avhørene av Quick. Terapi og etterforskning sauses sammen. Til og med en såkalt hukommelsesekspert kalles inn for å få pasienten til å huske. Det er også en fortelling om hvordan hele Säter reagerer med utfrysning, hevn og irrasjonelle «sikkerhetstiltak» når Bergwall har trukket tilståelsene og ikke vil delta i mer terapi.

Som om ikke alt dette var nok, skildrer Bergwall sin oppvekst. Han er et mobbeoffer og vokser opp i et samfunn som gir en ung mann både insulinsjokk og elektriske støt for å kurere hans homofili. Det er sår lesning.

#### TROVERDIG?

Hvis alt dette er sant, da. Hvis han var så kraftig ruset som han skildrer, er det godt gjort å huske så mange detaljer, for eksempel fra det første møtet med psykologen Christianson. Men Bergwall sier i et intervju med Sveriges radio at han har støttet seg på journaler, politiavhør og egne notater.

Bergwall skriver om hvor mye han lengtet etter forståelse og kjærlighet, og at den lengselen gjorde ham til den han ble. Han forteller at han fikk støttespillere som viste ham stor empati i prosessen for å bli frikjent. Det er flott skrevet, men hvor mye empati utviser Bergwall selv? For slik jeg leser boken, går han langt i å unnskyldte sine handlinger med at han var og ble et offer. Hans tilståelser må ha gitt flere pårørende et håp. Et håp om å få klarhet i hva som skjedde med deres nære som var døde og forsvunnet. Men da Bergwall trakk tilståelsene, ble jo konsekvensen ny uvisshet for de pårørende. Jeg savner hans refleksjoner om dette. Men det er kanskje grenser for hva man kan få til etter år med rusmisbruk og 24 år som innlagt i rettspsykiatrisk avdeling, bedømt som «allvarlig psykisk störd»?

#### HVA SIER DE NÅ?

I sum tror jeg likevel at boken, sammen med utredningene og flere andre bøker om Quick-saken (Hannes Råstam: *Tilfellet Thomas Quick – en seriemorder blir skapt* og Dan Josefsson: *Mannen som slutade ljuga*) utgjør et kraftig oppgjør med sekterisk terapi, isolert rettspsykiatri og jus på ville veier.

Nå er det kanskje satt punktum for denne saken. Men noe henger igjen. For jeg kan ikke slutte å undre meg over hva flere av de som var involvert i den terapien, sier nå. Birgitta Ståhle, Sven-Åke Christianson og den rettspsykiatriske avdelingen på Säter? Skulle gjerne fått deres versjon av saken.

Lest med en viss dose skepsis vil jeg anbefale denne boken. ❌

# Overbeviser ikke

Inntrykket er at boka mangler en overordnet plan, og at den røde trådstumpen i beste fall er frynsete.

**PSYKISKE LIDELSER** ble utgitt sommeren 2016, og er en oppfølger til *Psykoterapi* (2014) ved de samme redaktørene. Det er fint med oppdaterte norske innføringsbøker på disse områdene. Allerede før utgivelsen er hele boka annonsert som psykologipensum for bachelorstudenter ved NTNU, og jeg antar at boka også er myntet på kommende psykologer.

Strukturelt er boka helt etter «normen». Etter to kapitler om generell psykopatologi og utredning/diagnostikk, gjennomgås de viktigste psykiske lidelsene. De 25 forfatterne er hovedsakelig godt kjente norske fagfolk, nesten halvparten fra NTNU. For nykommere i faget er det en hel del å lære her, og boka inneholder i hovedsak gode og ryddige innføringer i viktige lidelsesgrupper. Mine favoritter er kapitlene om stemningslidelser, somatoforme/dissosiative lidelser, spiseforstyrrelser, søvnforstyrrelser og seksuelle problemer.

## SAVNER HELHETEN

Det er likevel ting som virker påfallende. Kapitlene følger i liten grad noen tydelig mal, og det er en del variasjon i relativ vektlegging av diagnostikk, forskning, behandling og historisk bakgrunn. En viss variasjon gjør jo ikke noe, men her virker det etter hvert som om redaktørene ikke har bestemt seg for noen klar linje. En annen ting er at det refereres til forrige bok *Psykoterapi* titt og ofte, rett som det er på bekostning av primærreferanser. Videre er boka skjemma av en rekke skjønnhetsfeil: bortkomne kryssreferanser, gjentakelser, småfeil i referanser, og gjentakelser.

Første kapittel om generell psykopatologi trenger egen omtale, selv om det i seg selv utgjør en liten del av boka. Dette kapitlet skal gi en grunnlagsforståelse for å forstå resten av boka. Evolusjonspsykologien dominerer fullstendig. Det er få som vil protestere mot at man inkluderer evolusjonsperspektivet i generell psykopatologi, men her virker det som en kampanje for det evolusjonspsykologiske perspek-

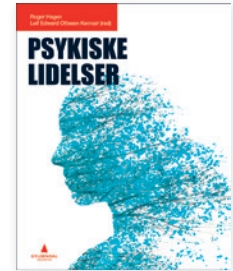
tivet, der leseren skal opplyses en gang for alle og endelig innse dette perspektivets fortrefelighet i forståelsen av menneskelig atferd. Sånn sett er ikke tekstens implisitte leser en førsteårsstudent, men en kollega som forfatteren er uenig med. Dette blir noe uryddig.

Det står ting som at ønskede sinnsegenskaper kan fungere som reklame for høy genetisk kvalitet («fitness-indikatorer»), analogt til at sportsbiler viser at man er rik (og dermed har god genkvalitet og ønskede sinnsegenskaper?). Om man går med på dette, gjenstår spørsmålet om det er et viktig poeng. Videre er det jo interessant nok at genmutasjoner kan gi alvorlig psykopatologi, men andre årsaksforhold kommer ikke like godt fram. Jeg regner ikke med at forfatterne virkelig mener at genmutasjoner er det viktigste psykologer og psykiatere skal gripe til for å jobbe evidensbasert i 2016.

For øvrig er dette kapitlet skjemma av et språk som virkelig ikke er en lærebok verdig. Toppen av kransekaka er allikevel at evolusjon knapt nevnes seinere, tilsvarende som man i *Psykoterapi* skrev ordrikt om terapiforskning i starten, uten å ta opp denne tråden på noe meningsfylt vis seinere. Det hadde løftet nivået flere hakk om man hadde vist tilbake til grunnlagsforståelsen i større grad.

## LITE OM BARN

Til slutt er det forstemmende at barnefeltet (nok en gang) blir presset inn i siste kapittel, der utredning, lidelser, forskning og behandling innenfor barnefeltet som helhet er på 20 sider. Jeg lurer på hvordan redaktørene kom fram til at dét lot seg gjøre. Det er bare å konstatere at boka reelt sett handler om voksne. Dette er verken en ekstremt dårlig eller en helhetlig overbevisende lærebok. Til tross for flere gode og noen virkelig gode kapitler framstår helheten som lite gjennomarbeidet. Til slutt sitter jeg med inntrykket av at dette skyldes en manglende overordnet plan, og at den røde trådstumpen i beste fall er frynsete. ❌



**ROGER HAGEN  
OG LEIF EDWARD  
OTTESEN KENNAIR  
(RED.)**

*Psykiske lidelser*,  
Gyldendal akademisk,  
2016. 312 sider

## ANMELDT AV

Stephan Neuhaus,  
psykolog og  
litteraturviter.  
Ansatt ved  
Ungdomspsykiatrisk  
seksjon, Sykehuset  
Østfold



## MINNEORD

**MILDRID ELISABETH VALVIK**

1953-2016



**MILDRID ER DØD.** Det er vanskelig å godta, selv om vi fra i sommer har visst at kreften var tilbake og tiden var kort. Mellom behandlinger og bivirkninger levde hun likevel sterkt og målrettet helt inn i natten før lille julaften. Alt med Otto ved sin side.

Mildrid var generøs, livsbejaende, organiserende, underfundig, fargerik og vitebegjærlig. Hun syntes alenetid var oppskrytt og var et midtpunkt i familie, blant venner og på jobb. Hun var et arbeidsjern og en allsidig og solid videreutdannet psykolog med de lengste utdanningene i psykodrama og i psykodynamisk terapi ved Institutt for psykoterapi. Hun utviklet nye behandlingsmetoder, for eksempel i multifamiliegrupper for voksne klienter med spiseforstyrrelser, og bidro sterkt til utdanning i dette og i psykodrama og psykodynamisk psykoterapi.

Hun likte å lede. Gjennom studietiden hadde hun fått solid kunnskap om langtidsavdelinger ved Gaustad sykehus, og begynte etter eksamen i Prosjekteret – et prosjekt for tiltak og behandling for prostituerte. Så fulgte oppsøkende arbeid og mange år i ulike stillinger ved Presteseter sykehus. De siste vel 20 årene var hun i ledende stillinger ved Nordlandsykehuset, og sto i spissen for oppbygging av Regionalt senter for spiseforstyrrelser. Hun var lærer og veileder, og betydde mye for mange kolleger og pasienter.

Mildrid var en skrivende person, og utga bok og fagartikler. For oss ga hennes skrifter i festlig lag, breddfulle av vidd og treffende observasjoner, den aller største gleden. En manual for arbeid med multifamiliegrupper var under bearbeidelse og vil bli avsluttet av hennes nære kolleger.

Vi møttes som psykologistudenter på Blindern og har siden trofast delt familier, gleder, sorger og faglighet, nært og på avstand. Hun var vår myteomspunne klokkerdatter fra Nord som alltid ble brunest om sommeren, som høyest elsket Leonard Cohen, som alltid hadde nye prosjekter. Tverlandet, Bodø og Skrova ble en del av vår erfaring, og hun tok oss med til Montemagno. I 20 år var vi på tur i Kristihimmelfartshelgen og kalte oss Himmelfartsøstre. Mildrid er den tredje som dør så altfor tidlig, og vi håper hun finner spor i veien der Tone Borchgrevink og Anita Brynstad måtte gå foran.

Mildrid hadde rom for mye og så mange, men den utvidede familien kom først og var hennes base. Våre tanker går dit og særlig til Otto, Martin og Henrik, som har mistet den umistelige.

*I takknemlighet  
Mari Høverstad  
Ingrid E. Magnussen*



# Kurskalenderen

Oppføring i kurskalenderen gir mulighet for å forhåndsannonserer 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](mailto:tidsskrift@psykologtidsskriftet.no) eller tlf. 23 10 31 33.

## MARS 2017

### Destruktiv ledelse og mulige mottiltak

8.–9. mars

For mer informasjon og påmelding  
[www.psykologforeningen.no/  
kurs og utdanning](http://www.psykologforeningen.no/kurs-og-utdanning)

### Psykologforeningens toårige veilederutdanning for psykologer

Påmeldingsfrist 25. januar

For mer informasjon og påmelding  
[www.psykologforeningen.no/  
kurs og utdanning](http://www.psykologforeningen.no/kurs-og-utdanning)

### Suicidologi og vurdering av selvmordsfare

16.–17. mars

Påmeldingsfrist 9. februar  
For mer informasjon og påmelding  
[www.psykologforeningen.no/kurs og  
utdanning](http://www.psykologforeningen.no/kurs-og-utdanning)

### NEPSY-II

23.–24. mars

For mer informasjon og påmelding  
[www.psykologforeningen.no/kurs og  
utdanning](http://www.psykologforeningen.no/kurs-og-utdanning)

## APRIL 2017

### Obligatorisk program i spesialiteten Arbeidspsykologi

Oslo, 4. april

For mer informasjon og påmelding se  
[www.psykologforeningen.no/kurs og  
utdanning](http://www.psykologforeningen.no/kurs-og-utdanning)

### Rus- og avhengighetspsykologi

6.–7. april

For mer informasjon og påmelding  
[www.psykologforeningen.no/kurs og  
utdanning](http://www.psykologforeningen.no/kurs-og-utdanning)

## JUNI 2017

### Undersøkelse av oppmerksomhet med vekt på BRIEF og Connors' CPT

Festspillkurs i Bergen 1.–2. juni

For mer informasjon og påmelding se  
[www.psykologforeningen.no/kurs og utdanning](http://www.psykologforeningen.no/kurs-og-utdanning)

### Barn som pårørende ved alvorlig sykdom

Festspillkurs i Bergen 1.–2. juni

For mer informasjon og påmelding se  
[www.psykologforeningen.no/kurs og utdanning](http://www.psykologforeningen.no/kurs-og-utdanning)

### Reduksjon og kvalitetssikring av tvangsmiddelbruk på institusjon for døgnopphold

Festspillkurs i Bergen 1.–2. juni

For mer informasjon og påmelding se  
[www.psykologforeningen.no/kurs og utdanning](http://www.psykologforeningen.no/kurs-og-utdanning)

### Psykososial beredskap og krisehåndtering i kommunen–psykologens rolle

Festspillkurs i Bergen 1.–2. juni

For mer informasjon og påmelding se  
[www.psykologforeningen.no/kurs og utdanning](http://www.psykologforeningen.no/kurs-og-utdanning)

### Metakognitiv terapi

Festspillkurs i Bergen 1.–2. juni

For mer informasjon og påmelding se  
[www.psykologforeningen.no/kurs og utdanning](http://www.psykologforeningen.no/kurs-og-utdanning)

### Psyk meg opp i ledelse!

Kurset består av tre samlinger med start 7. og 8. juni

Søknad om deltakelse sendes innen 8. februar til [tovema28@me.com](mailto:tovema28@me.com)

## SEPTEMBER 2017

### Modum Bad tilbyr spesialiseringkurs i psykoterapi

Toårig program med 10 samlinger som har oppstart 25. september

For mer informasjon og påmelding se  
[www.kildehuset.no](http://www.kildehuset.no)

## SPECIALISTUDDANNELSE I KLINISK SEXOLOGI 2017–2019



Undervisningen starter tirsdag 06. juni 2017.  
Ansøgningsfrist er 06. marts 2017.

### Formål

Formålet med uddannelsen er at uddanne specialister i klinisk sexologi.

### Regi

Uddannelsen udgår fra Sexologisk Klinik Rigshospitalet, Psykiatrisk Center København. Uddannelsesansvarlige er lektor i klinisk sexologi ved Københavns Universitet, overlæge Ellids Kristensen og psykolog, specialist i klinisk sexologi, PhD Åshild Skogerbø. Ved tilstrækkelig antal norske deltagere vil dele af supervisionen kunne foregå i Norge.

### Målgruppe

Læger og psykologer. Det maksimale antal deltagere ad gangen forventes at være 16.

### Pris

46.000 DKR per år.

### Yderligere oplysninger

Henvendelse til overlæge  
Ellids Kristensen, tlf. +45 35 45 76 57.  
Mail: [ellids.kristensen@regionh.dk](mailto:ellids.kristensen@regionh.dk)



## Acceptance and Commitment Therapy

### 5 days (3+2) workshop

Godkendt af Norsk psykologforening  
30 timer "Specialkurs" og "Vedlikeholdskurs"  
Oslo 24-26 April and 11-12 May 2017  
Bergen 22-24 May and 1-2 June 2017  
Optional one day supervision

## Max H Bohling

Peer reviewed ACT trainer, PhD, Specialist in Psychotherapy

A fun and applied workshop giving you hands-on experience with ACT. Workshop consists of two modules allowing you to practice between modules and bring your challenges to the 2nd module.

More information and early bird sign-up fee  
[www.ACTillustrated.com](http://www.ACTillustrated.com)



## Grunnutdanning i EMDR

Eye Movement Desensitization  
and Reprocessing

**Trinn 1 Bergen** 2. – 4. mai 2017  
**Trinn 1 Oslo** 5. – 7. september 2017  
**Trinn 1 Oslo** 9. – 11. januar 2018  
**Trinn 2 Trondheim** 9. – 11. mai 2017  
**Trinn 2 Oslo** 29. nov. – 1. des. 2017

Kursholder: Psykolog Bjørn Aasen,  
EMDR Europe Approved Trainer

Påmelding og nærmere informasjon:  
[www.emdrutdanning.no](http://www.emdrutdanning.no)

### K-MED

KOKSTAD MEDISINSKE SENTER  
Kokstadflaten 4 - 5257 Kokstad

### LEDIGE KONTORER I LEGEFELLESKAP I BERGEN

Vi har to ledige kontorer ved Kokstad medisinske senter i Bergen. Kontorene er til nå brukt av kiropraktorer, men egner seg godt for psykologer. De kan leies ut enkeltvis eller samlet, alt etter ønske. Vi er fem fastleger ved senteret med tilsammen 5900 pasienter på listene våre. Vi har et godt kollegialt miljø med tre vennlige og dyktige helsesekretærer. Ta gjerne kontakt for mer informasjon, eller for å komme og hilse på oss. Kontaktperson Marte Bakke Gravdal, e-post [martebakkegravdal@gmail.com](mailto:martebakkegravdal@gmail.com), tlf. 452 79 777.

### JOSEF OG HALDIS ANDRESENS LEGAT Stipender til forskning

Legatets avkastning skal bl.a. stilles til disposisjon for forskning, fortrinnsvis klinisk psykiatrisk forskning med formål å forebygge og behandle psykiske lidelser. Søknad fremmes på fastsatt søknadsskjema som kan hentes på [www.okonomibedriften.no/legater](http://www.okonomibedriften.no/legater), eller ved henvendelse tlf. 23 37 39 80.

Søknad sendes pr. post til:  
**Økonomibedriften AS, Smuget 1 B, 1383 Asker**  
innen 31. mars 2017.

Har du gått glipp av tidligere utgaver? se [www.psykologtidsskriftet.no](http://www.psykologtidsskriftet.no)

NYHET!  
Nå på norsk!



# Leiter-3

## – En nonverbal evnetest for barn og voksne

Leiter-3 (Leiter International Performance Scale, 3. utgave) er en nonverbal test for vurdering av kognitiv funksjon hos barn og voksne i alderen 3 til 75+ år.

Testen er helt nonverbal. Det gjør den spesielt egnet for vurdering av personer med vansker knyttet til språk og kommunikasjon, som f.eks. autisme, språkforstyrrelser eller de som ikke har norsk som førstespråk.

Leiter-3 består av 10 deltester, fordelt på et kognitiv testbatteri og et oppmerksomhets- og hukommelsesbatteri. Leiter-3 har beholdt det beste fra Leiter-R, men har også fått nytt innhold. Det nye testformatet og stimulusmaterialet gjør testen svært brukervennlig. Leiter-3 tar 75 minutter å administrere.

[www.hogrefe.no](http://www.hogrefe.no)

 **hogrefe**

- ledende på psykologiske tester i Europa



## KURS I KLINISK SUICIDOLOGI FOR LEGER OG PSYKOLOGER SOM ARBEIDER MED BARN OG UNGDOM

Fra selvmordsrisikovurdering til  
behandling av kronisk suicidalitet

Tid/sted: 7.–8. juni 2017,  
Clarion Collection Hotel Gabelshus i Oslo

Pris: kr 3.600,- inkl. lunsj, kaffe/te  
Påmeldingsfrist: 15. april 2017

Spesialister i barne- og ungdomspsykiatri og  
klinisk barne- og ungdomspsykologi  
vil bli prioritert.

For mer informasjon og påmelding:  
[www.selvmord.no](http://www.selvmord.no)

**NSSF**  Nasjonalt senter for  
selvmordsforskning  
og -forebygging

UiO : Universitetet i Oslo

## KURS I KLINISK SUICIDOLOGI FOR LEGER OG PSYKOLOGER SOM ARBEIDER MED VOKSNE

Fra selvmordsrisikovurdering til  
behandling av kronisk suicidalitet

Tid/sted: 16.–18. oktober 2017,  
Clarion Collection Hotel Gabelshus i Oslo

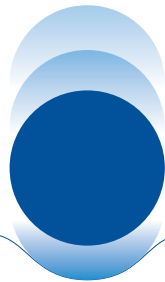
Pris: kr 5.400,- inkl. lunsj, kaffe/te  
Påmeldingsfrist: 25. august 2017

Spesialister i psykiatri og klinisk psykologi  
vil bli prioritert.

For mer informasjon og påmelding:  
[www.selvmord.no](http://www.selvmord.no)

**NSSF**  Nasjonalt senter for  
selvmordsforskning  
og -forebygging

UiO : Universitetet i Oslo



## Trauma, Dissociation and Psychosis INTERNATIONAL CONFERENCE

Kilden Performing Arts Centre  
KRISTIANSAND May 30 – June 1 2017

Forelesninger av internasjonalt kjente forskere og klinikere innen dissosiasjon- og psykosefeltet  
«Komplekse tilstander – mangfoldige løsninger»

Ellert R. S. Nijenhuis - Jim van Os - Janina Fisher - John Read  
Monica Aas - Joyanna Silberg - Jean Frazier - David van der Berg

Påmelding før 28. februar gir rabatt i prisene

Påmelding og mer informasjon: [www.traumaconference.no](http://www.traumaconference.no)

 SØRLANDET SYKEHUS

**NYHET**  
Ekstra mulighet

**Oppstart**  
**25. september**  
**2017**



# Spesialiseringskurs i psykoterapi ved Modum Bad

***Klinikknært – Forskningsbasert***  
***- Utvikling av terapeutiske egenskaper***

- Godkjent av Norsk psykologforening som obligatorisk program i spesialiteten psykoterapi
- 10 samlinger à 3 dager, over 2 år
- 160 timer kurs, 100 timer egenutvikling, 40 timer veiledning
- Integrerer fellesfaktorenes rolle og betydning med spesifikke modeller og intervensjoner
- Målrettet klinisk trening
- Gode veiledningsmuligheter

## FORELESERE:

Bruce Wampold, psykolog/professor emeritus. Asle Hoffart, psykologspesialist/professor. KariAnne Vrabel, psykologspesialist/PhD. Harald Bækkelund, psykologspesialist/PhD stipendiat. Sverre Urnes Johnson, psykolog/PhD stipendiat. Terje Tilden, familierapeut/klinisk sosionom/PhD. Pål Ulvenes, psykolog/PhD/programansvarlig.

KILDEHUSET - formidling og forebygging

**MODUMBAD**   
- en kilde til liv

Mer informasjon og påmelding på:

**[www.kildehuset.no](http://www.kildehuset.no)**





## Obligatorisk program i spesialiteten Arbeidspsykologi

*Ønsker du å jobbe med forebygging, behandling og systemrettet arbeid?  
Har du tro på at arbeid er en viktig mestringsarena for å fremme helse og livskvalitet?  
I så fall er fordypningen i arbeidspsykologi noe for deg.*

Spesialiteten i arbeidspsykologi svarer på befolkningens og samfunnets behov for et inkluderende og helsefremmende arbeidsliv, og et effektivt og koordinert behandlings- og hjelpeapparat.

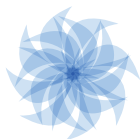
De fleste spesialister i arbeidspsykologi arbeider i helsetjenesten eller NAV. Andre arenaer vil være arbeidsrettet rehabilitering, «Raskere tilbake prosjekter», bedriftshelsetjeneste, kommunale helse og arbeidslivstjenester, konsultasjon overfor virksomheter og i virksomheters HR avdelinger.

Hensikten med utdannelsen er å gi spesialisten kompetanse for å fremme individers deltakelse i arbeidslivet. Det vil si:

- Forebygge sykefravær og frafall fra arbeidslivet
- Bidra til inntreden og tilbakeføring til arbeidslivet
- Bidra til helsefremmende arbeidsplasser

Sted og dato: Oslo, 4. april 2017 (kurs 1)  
Avmeldingsfrist: 28. februar 2017  
Medlemspris: kr 6 700 (pr. to dagers kurs)  
Kursnr.: 521-17

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

## Gestalt Associates Training Los Angeles

[bobresnick360@gmail.com](mailto:bobresnick360@gmail.com)

[www.gatla.org](http://www.gatla.org)

[ritaresnick@gatla.org](mailto:ritaresnick@gatla.org)



Oslo

April 7 – 9, 2017

2.5 Day Psychotherapy Training Workshop  
for Therapists

*"A COUPLE OF INDIVIDUALS"*

Individual and Couples Gestalt Therapy  
From a *Fusion* model to a *Connection* Model

**Rita Resnick, Ph.D. Robert Resnick, Ph.D.**

Theory, live demonstrations, supervised practice (optional), questions & comments  
3.500NOK + lunch, Contact Erling Thorkildsen: [erlingmt@gmail.com](mailto:erlingmt@gmail.com)

## TRALEE, IRELAND - SUMMER 2017

46<sup>th</sup> Annual European Summer Residential  
Gestalt Training Programs



Couples Therapy Training: July 9 – 15, 2017

Gestalt Therapy Training: July 16 – 28, 2017

[ritaresnick@gatla.org](mailto:ritaresnick@gatla.org)

International Programs – 30 countries represented



## New Contemporary Gestalt Therapy Demonstration Films

*with* Robert W. Resnick, Ph.D.

"Under the radar" International trainer for 50 years

Eight unedited real Gestalt Therapy sessions with subtitles in seven languages

Online purchase and *Free* 30-minute theory synopsis @

[Vimeo.com/on demand/gestaltfilms](http://Vimeo.com/on demand/gestaltfilms) or DVDs from [bobresnick360@gmail.com](mailto:bobresnick360@gmail.com)



# Barn som pårørende ved alvorlig sykdom

Festspillkurs 111-17, Bergen 1.–2. juni 2017

For seks år siden fikk norsk helsetjeneste en lovfestet plikt (Helsepersonelloven § 10a og Spesialisthelsetjenesteloven § 3-7a) til å sikre barn informasjon og oppfølging når foreldre har psykisk sykdom, rusavhengighet eller alvorlig somatisk sykdom/skade. Mye tyder likevel på at mange av disse barna fortsatt ikke involveres og får nødvendig støtte, på tross av omfattende kunnskap om deres behov. Hva må til for å oppfylle lovens intensjon: å redusere barnas belastning og gi hjelp til mestring?

## Målgruppe:

Psykologer i kommune- og spesialisthelsetjeneste.

## Målsetting:

- Kunne identifisere barn som er pårørendes behov for forebyggende tiltak
- Forstå hvordan barn opplever å leve med alvorlig sykdom og rus i familien
  - Reaksjoner, tilpasning
  - Konsekvenser for foreldrekapasitet og foreldrenes omsorgssystem
  - Konsekvenser for familiesamspill
- Forstå barns ulike behov for støtte og hjelp på system (skole, barnehage, fritidsaktiviteter), individ og familienivå – i lys av situasjon, alder, modenhet, ressurser og utfordringer
- Kunne vurdere aktuelle
- Få kunnskap om lovverket og den nye nasjonale pårørendeveilederen
- Kjennskap til utfordringer og muligheter knyttet til det å tilby tjenester til barn som pårørende

## Om kursleiderne

Kari Bøckmann, psykologspesialist og rådgiver på Nordlandssykehuset. Forfatter av boken «Pårørende i helsetjenesten – en klinisk og juridisk innføring» sammen med professor dr. jur. Alice Kjellevold (2015, 2. ed) og «NÆR - mestringsbok for pårørende» (2016). Faglig leder for pårørendesenteret.no – et nettsted for pårørende. Ansatt i Helsedirektoratet i perioden 2015-2017 som seniorrådgiver og faglig leder for arbeidsgruppen voksne, i forbindelse med utvikling av nasjonal veileder om pårørende i helse- og omsorgstjenesten (2017).

Marianne Straume, psykologspesialist har arbeidet ved Senter for Krisepsykologi siden 1995. Klinikken omfatter blant annet psykologisk oppfølging etter kriser, alvorlig sykdom, genetiske sykdommer, behandling av enkle og komplekse traumer og dissosiering, samt komplisert/traumatisk sorg. Marianne Straume bistår regelmessig ved Montebello-senteret som kursleder og foredragsholder.

Forelesning og arbeid med kasus i grupper.

Kurset starter 1. juni kl. 9 og avsluttes 2. juni kl. 17.

Kurset godkjennes som fritt spesialkurs og vedlikeholdsaktivitet med 16 timer.

**MEDLEMSPRIS: kr 6 900**  
**PÅMELDINGSFRIST: 27. april 2017**



NORSK  
PSYKOLOG  
FORENING

NORSK PSYKOLOGFORENING – UTDANNINGSAVDELINGEN

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

FOR MER INFORMASJON OG PÅMELDING SE [WWW.PSYKOLOGFORENINGEN.NO/KURS OG UTDANNING](http://www.psykologforeningen.no/kurs-og-utdanning)

# Undersøkelse av oppmerksomhet med vekt på BRIEF og Conners' CPT

**Festspillkurs 107-17, Bergen 1.–2. juni 2017**

## Målgruppe

Psykologer som arbeider med undersøkelse av eksekutivfunksjoner/konsentrasjonen med barn eller voksne.

## Målsetting

Hensikten med kurset er å gi en innføring i bruken av kartlegging- og testverktøyene Behavior Rating Inventory of Executive Function (BRIEF) og Conners CPT-III. I tillegg vil vi presentere oppdatert kunnskap om delprosesser og nyanser ved oppmerksomhetsfunksjoner og synliggjøre hvordan disse to kartleggingsverktøyene kan måle dette. Styrker og svakheter ved begge verktøyene vil bli presentert.

## Innhold

Conners' Continuous Performance Test, versjon 2 og den nye versjon 3, brukes mye i kartlegging av oppmerksomhetsvansker, særlig ved ADHD, men også ved andre tilstander. Spørreskjemaet Behavior Rating Inventory of Executive Function (BRIEF), er nå det mest brukte kartleggingsinstrumentet av eksekutivfunksjoner i Norge.

Utredning av oppmerksomhet og eksekutivfunksjoner er komplisert og krever anamnesticke opplysninger, samtale med den det gjelder og undersøkelser. Vi anbefaler å bruke minst en test og et kartleggingsinstrument og mener at CCPT og BRIEF er det mest relevant valget.

Kurset vil gjennomgå teori og modeller på eksekutiv-funksjoner/oppmerksomhet, forskning på CCPT og BRIEF, drøfte kliniske problemstillinger og gjennomgå kliniske kasi med voksne og barn. Kurset vil også gjennomgå andre undersøkelsesmetoder som kan gi et nyansert bilde av oppmerksomhetsressurser.

## Om kurslederne

Jens Egeland er forskningsleder ved Klinikk for Psykisk Helse og Rusbehandling, Sykehuset i Vestfold. Egeland er spesialist i nevropsykologi, dr. psychol. og professor ved Universitetet i Oslo. Han har publisert flere artikler basert på CCPT-II og har deltatt i det norske BRIEF-valideringsprosjektet.

Øyvind Fallmyr er spesialist i klinisk voksenpsykologi og arbeider ved Barne- og ungdomspsykiatrisk avd., Klinikk for Psykisk Helse og Rusbehandling, Sykehuset i Vestfold. Han har vært prosjektleder for det norske BRIEF-valideringsprosjektet.

Kurset starter 1. juni kl. 9 og avsluttes 2. juni kl. 17.

Kurset godkjennes som fritt spesialkurs og vedlikeholdsaktivitet med 16 timer.

**MEDLEMSPRIS: kr 6 900**  
**PÅMELDINGSFRIST: 27. april 2017**



NORSK PSYKOLOGFORENING – UTDANNINGSAVDELINGEN  
PB. 419 SENTRUM, 0103 OSLO, TLF. 23 10 31 30  
FOR MER INFORMASJON OG PÅMELDING SE [www.psykologforeningen.no/kurs-og-utdanning](http://www.psykologforeningen.no/kurs-og-utdanning)

# Psykososial beredskap og krisehåndtering i kommunen – psykologens rolle

**Festspillkurs 112-17, Bergen 1.–2. juni 2017**

Det stilles i økende grad til at kommunene skal ha beredskap for større og mindre katastrofer og kriser som inntreffer med ujevne mellomrom. Evne til å håndtere kriser av ulik art blir prøven på om de planene som er lagt fungerer når det gjelder. Fokuset på dette har spesielt vært styrket etter 22. juli 2011.

## Målgruppe

Psykologer som arbeider i kommunen, som har eller kan få ansvar for beredskapsplaner og krisehåndtering. Kurset kan også være relevant for psykologer som jobber med beredskap og krisehåndtering på andre områder.

## Målsetting

- Deltakerne skal kunne ta ansvar for psykososial beredskapsplanlegging og krisehåndtering i kommunen.
- Kurset vil kombinere forelesninger med diskusjoner i plenum og i grupper. Deltakernes egne problemstillinger erfaringer med temaet blir viktige i læringsarbeidet.

## Om kurslederne

Renate Grønvold Bugge er spesialist i klinisk psykologi og i arbeids- og organisasjonspsykologi. Hun har vært rådgiver for organisering ved oppfølging etter flere av de store ulykkene i Norge siden 1986. Etter 22. juli 2011 var hun rådgiver for Arbeiderpartiet i deres krisehåndteringsarbeid, og ledet stabsarbeidet ved Helsedirektoratets kollektive oppfølging for etterlatte.

Jogeir Sognnæs er spesialist i samfunnspsykologi. Sentralstyremedlem i Norsk psykologforening fra 2001 til 2010. Siden 2004 har han vært leder i PPT og nestleder for skolesjefen i Fjell kommune. Han har sittet i diverse utvalg for Utdanningsdirektoratet – og satt i Helsedirektoratets «samarbidsorgan for psykososial oppfølging etter 22. juli» og det tilknyttede ekspertutvalget.

Kurset starter 1. juni kl. 9 og avsluttes 2. juni kl. 17.

Kurset godkjennes som fritt spesialkurs og vedlikeholdsaktivitet med 16 timer.

**MEDLEMSPRIS: kr 6 900**  
**PÅMELDINGSFRIST: 27. april 2017**



NORSK  
PSYKOLOG  
FORENING

NORSK PSYKOLOGFORENING – UTDANNINGSAVDELINGEN

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

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

# Reduksjon og kvalitetssikring av tvangsmiddelbruk på institusjon for døgnopphold

**Festspillkurs 104-17, Bergen 1.–2. juni 2017**

## Målgruppe

Psykologer og leger i arbeid på døgnavdelinger med hjemmel til å anvende tvangsmidler.

## Målsetting

Kurset har som målsetting å gi deltakerne bedre forutsetninger for å kunne anvende tvangsmidler på en mer kvalitetssikret måte.

## Innhold

Historisk bruk av tvang, tvang i norsk media, aktuelle politiske føringer, informasjon om lovverk, fagetikk, gjennomgang av forskningslitteratur og norske intervensjoner som har redusert tvang, kultur- og gruppedynamikk, konkrete redskap for organisasjonsutvikling, kulturendring og reduksjon av tvang, kontrollkomisjonens rolle, hindere for reduksjon av tvang og botemidler, konkret undervisning i samtaleteknikk i møte med krevende pasienter og redskaper for aggresjonshåndtering.

## Om kursleder

Anders Jacob er utdannet psykolog fra Universitetet i Oslo, og arbeider på akuttpsykiatrisk avdeling på Lovisenberg Sykehus. Han har bakgrunn fra allmennpsykiatrisk poliklinikk, akutteam, og har vært sentral i utvikling og gjennomføring av prosjektet «Reduksjon av tvang» på psykiatrisk avdeling ved Lovisenberg Sykehus.

Kurset starter 1. juni kl. 9 og avsluttes 2. juni kl. 17.

Kurset godkjennes som fritt spesialkurs og vedlikeholdsaktivitet med 16 timer.

**MEDLEMSPRIS: kr 6 900**  
**PÅMELDINGSFRIST: 27. april 2017**



NORSK PSYKOLOGFORENING – UTDANNINGS-AVDELINGEN  
PB. 419 SENTRUM, 0103 OSLO, TLF. 23 10 31 30  
FOR MER INFORMASJON OG PÅMELDING SE [www.psykologforeningen.no/kurs](http://www.psykologforeningen.no/kurs) og utdanning



# Metakognitiv terapi

Festspillkurs 106-17, Bergen 1. – 2. juni 2017

## Målgruppe

Psykologer, psykologspesialister og psykiatere

## Målsetting

Målet med kurset er å gi en praktisk innføring i metakognitiv terapi, prinsipper og anvendelsesmåter. Første dag vil være introduksjon av prinsipper og praksis i metakognitiv terapi, med fokus på generalisert angst, kroniske bekymringer og metakognisjoner. Andre dag vil være MCT i behandling av traumer og PTSD. Etter kurset vil deltakerne kunne kjenne til prinsippene i MCT og lære noen nyttige behandlingsstrategier som brukes i MCT. Det vil bli demonstrasjoner og øvelser som gjør at deltageren skaper seg egne erfaringer med metodene.

## Innhold

- Grunnprinsippene i MCT
- MCT ved generalisert angst og kroniske bekymringer
- Kognitiv oppmerksomhetssyndrom (CAS)
- Meta-antagelser: Positive og negative mestringsstrategier
- Oppmerksomhetstrening (ATT)
- MCT for PTSD og traumer
- Kasusformulering og sosialisering
- Intervensjoner, behandlingsstrategier
- Demonstrasjoner/Øvelser med bruk av rollespill

## Om kursleder

Hans M. Nordahl er professor i Medisinske Atferdsfag ved NTNU og prosjektleder for traumeklinikken ved St. Olavs Hospital i Trondheim. Han har publisert mange artikler og kapitler innen kognitiv orienterte behandlingsformer. Han er leder av MCT-Institute sammen med Dr. Adrian Wells.

Kurset starter 1. juni kl. 9 og avsluttes 2. juni kl. 17.

Kurset godkjennes som fritt spesialkurs og vedlikeholdsaktivitet med 16 timer.

**MEDLEMSPRIS:** kr 6 900  
**PÅMELDINGSFRIST:** 27. april 2017



NORSK  
PSYKOLOG  
FORENING

NORSK PSYKOLOGFORENING – UTDANNINGSAVDELINGEN

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

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



## Sykehuset i Vestfold

Sykehuset i Vestfold HF (SiV HF) er en del av Helse Sør-Øst RHF og gir spesialisthelsetjenester for somatikk, psykiatri og rusbehandling til befolkningen i Vestfold. SiV HF har flere lokasjoner i Vestfold og hovedvirksomheten er i Tønsberg. Sykehuset har 4000 årsverk og om lag 5400 ansatte. I SiV HF løses også oppgaver innen forskning, utdanning og opplæring av pasienter og pårørende.

**Klinikk psykisk helse og rusbehandling, Nordre Vestfold DPS**

### Avdelingspsykolog

**Vi har ledig 100 % fast stilling fra 01.06.2017.**

**Nordre Vestfold DPS (NVDPS)** holder til på Teie på Nøtterøy med gangavstand til Tønsberg. Avdelingen har 2 døgnsesjoner med til sammen 24 plasser, 4 poliklinikker samt et Ambulant akutteam (AAT).

Avdelingen har 175 årsverk, hvor ca 90 årsverk er polikliniske. Vi har om lag 50 psykologer / psykologspesialister, og er for øvrig godt bemannet med leger og høgskoleutdannede.

Avdelingspsykologen er sammen med avdelingsoverlegen en del av staben til avdelingssjef og inngår i avdelingens ledergruppe. Stillingen har egen funksjonsbeskrivelse.

Vi søker etter avdelingspsykolog som ønsker å arbeide i et stort DPS med dyktige kollegaer og en svært variert pasientgruppe. Vi jobber systematisk med pasientsikkerhet og kvalitet, og er opptatt av at DPS-ets tilbud skal være målrettet, og i henhold til gode faglige standarder basert på oppdatert evidens samt nasjonale retningslinjer og veiledere.

#### Arbeidsoppgaver

- Rådgiver for avdelingssjef og seksjonsledere i faglige spørsmål
- Faglig utviklingsarbeid og kvalitetsarbeid
- Veiledning og internundervisning
- Noe pasientarbeid om ønskelig
- Leder av fagmøter for psykologgruppen
- Deltakelse i ulike råd og utvalg
- Saksbehandling i faglige saker

#### Kvalifikasjoner

- Spesialist i psykologi
- Bred erfaring innenfor fagfeltet
- Erfaring fra faglig utviklingsarbeid er ønskelig
- Må beherske norsk skriftlig og muntlig

#### Personlige egenskaper

- Du er faglig dyktig og har engasjement for videreutvikling av fagområdet
- Du trives med veiledning og undervisning
- Du arbeider godt i samarbeid med andre, men også selvstendig
- Personlig egnethet vil bli vektlagt

#### Vi tilbyr

- Tilsetning skjer på de vilkår som til enhver tid fremgår av gjeldende lover, tariffavtaler og reglement. Det er pliktig medlemskap i pensjonsordning.

Nærmere opplysninger ved avdelingssjef Grethe Reizer, tlf. 33 34 51 03.

**Søknadsfrist: 22. februar 2017.**

For å lese mer og søke på stillingen: [www.sykehuset-vestfold.no](http://www.sykehuset-vestfold.no)

**Sortland kommune** med 10 000 innbyggere ligger midt i vakre Vesterålen. Blåbyen – Sortland har befolkningsvekst og er et av Nord-Norges mest attraktive handelssentra med godt utbygd videregående skole, full barnehagedekning og et rikt idretts- og kulturliv. Med sin nærhet til sjø og fjell er det rikelige muligheter for flotte friluftsliv- og naturopplevelser. Det er gode kommunikasjoner til Skagen kortbaneflyplass og Evenes flyplass samt daglige hurtigruteanløp. Sortland har et rikt kultur- og idrettsmiljø og flotte muligheter for alle typer friluftsliv. Byen utgjør i tillegg et livskraftig og kulturelt sentrum for 32.000 mennesker i Vesterålen. Sortland kommune har ca. 1.000 ansatte og er Vesterålens største arbeidsplass. Se vår hjemmeside [www.sortland.kommune.no](http://www.sortland.kommune.no)



## Klinisk psykolog, 100 % fast stilling i Sortland kommune

**Om stillingen:** Det er ledig 100 % fast stilling som klinisk psykolog ved psykisk helsetjeneste i Sortland kommune. Psykisk helsetjeneste er organisert under helseenheten i Helse og Omsorg. Avdeling for psykisk helse og rus er delt i 5 deltilbud: Samtaletilbud, rus, miljøtjeneste, bofellesskap og dagsenter. Tjenesten har 17 årsverk fordelt på 20 personer. Psykologen vil jobbe i et tverrfaglig miljø med kompetente og engasjerte medarbeidere. Sortland kommune har kommunepsykolog.

**Arbeidsoppgaver:** Stillingen som klinisk psykolog er knyttet til samtaletilbudet ved psykisk helse og er en dagstilling. Hovedoppgaver vil være klinisk arbeid med enkeltpersoner, familier og pårørende. I tillegg kommer planlegging, koordinering, kvalitetssikring og tilrettelegging av tjenester. Veiledning av kolleger, studenter og andre faggrupper i kommunen vil også være en del av arbeidsoppgaven. Naturlige samarbeidspartnere er fastlegetjeneste, NAV, flyktningetjeneste, kommunepsykolog, barnevern, helsesøster, skole, hjemmetjeneste og andrelinjetjeneste. Alle samtaleterapeuter ved psykisk helse har videreutdanning innenfor kognitiv terapi og familierterapi.

### Vi søker deg som:

- er faglig oppdatert og har interesse for lavterskeltilbud, tidlig intervensjon og forebygging
- har evne til å skape gode relasjoner til brukere, kolleger og samarbeidspartnere ved å være åpen, redelig og imøtekommende
- har gode kommunikasjonsferdigheter, både muntlig og skriftlig
- er systematisk og kan arbeide selvstendig

### Kvalifikasjoner

Du må være autorisert psykolog og ha gode norskkunnskaper. Du må gjerne være spesialist i f.eks klinisk voksenpsykologi.

Les mer om stillingene på [www.sortland.kommune.no](http://www.sortland.kommune.no).

Der finner du også inngangen til vårt elektroniske søknadsskjema som vi ønsker at du bruker.

### Velkommen som søker!



### Vi kan tilby deg

Vi tilbyr varierte og utfordrende arbeidsoppgaver i et godt faglig og sosialt miljø. I landsdelen er det flere psykologer som jobber kommunalt og det gis mulighet for samarbeid og nettverksknytting. Det vil bli lagt til rette for veiledning og kompetanseheving.

### Vi kan også tilby deg

- en arbeidsplass som har fokus på «frisknærvær»
- gunstig pensjonsordning
- lønn i h.h.t. til gjeldende avtaleverk

**Søknadsfrist:** 19.02.2017

**Utlyst dato:** 01.02.2017

**Vår.ref.:** 607/17 - STJA

### Kontaktpersoner

Aud Berntsen, avdelingsleder psykisk helse, tlf. 952 64 353, e-post [aud.berntsen@sortland.kommune.no](mailto:aud.berntsen@sortland.kommune.no)  
 Elisabeth Sjølie, kommunepsykolog, tlf. 917 46 450, e-post [elisabeth.sjolie@sortland.kommune.no](mailto:elisabeth.sjolie@sortland.kommune.no)

**Sortland kommune** med 10 000 innbyggere ligger midt i vakre Vesterålen. Blåbøen – Sortland har befolkningsvekst og er et av Nord-Norges mest attraktive handelssentra med godt utbygd videregående skole, full barnehagedekning og et rikt idretts- og kulturliv. Med sin nærhet til sjø og fjell er det rikelige muligheter for flotte friluftsliv- og naturopplevelser. Det er gode kommunikasjoner til Skagen kortbaneflyplass og Evenes flyplass samt daglige hurtigruteanløp. Sortland har et rikt kultur- og idrettsmiljø og flotte muligheter for alle typer friluftsliv. Byen utgjør i tillegg et livskraftig og kulturelt sentrum for 32.000 mennesker i Vesterålen. Sortland kommune har ca. 1.000 ansatte og er Vesterålens største arbeidsplass. Se vår hjemmeside [www.sortland.kommune.no](http://www.sortland.kommune.no)



## Kommunepsykolog, 100 % vikariat i ca 1 år

Svangerskapsvikariat kommunepsykolog fra 15.04. 2017 og i ca 1 år

Sortland kommune har hatt ansatt kommunepsykolog i 2 år. Kommunepsykologen jobber primært systemrettet med veiledning av faggrupper, utvikling av programmer for forebygging (for eksempel seksuelle overgrep), etablering av helsefremmende barnehager og skoler, samt igangsetting av forebyggende kursprogrammer (Circle of security). Det kan også påregnes oppgaver knyttet til råd og veiledning innenfor samfunnsutvikling og planlegging. Kommunepsykologen har også en vesentlig funksjon rettet mot avdeling for psykisk helse og rus. Arbeidsoppgavene her er i hovedsak veiledning og undervisning av faggrupper, oppfølging/evaluering av behandlingsopplegg samt utviklingsarbeid.



### Vi søker deg som:

- Er autorisert psykolog, helst psykologspesialist
- Er interessert i samfunnsutvikling og holder deg faglig oppdatert
- Ønsker å bidra til gode oppvekstvilkår for barn og gode levekår generelt for innbyggerne i Sortland kommune

### Kvalifikasjoner

Du må være autorisert psykolog og ha gode norsk-kunnskaper. Du må gjerne være psykologspesialist.

### Vi kan tilby deg

- Arbeid i en kommune som liker å fremstå som innovativ og «framoverlent»
- Plenty utfordringer i det daglige arbeidet
- Rikelig med åtgåum som respons på godt utført arbeid
- Lett tilgang på en særdeles vakker og variert natur til alle årstider

### Vi kan også tilby deg

- En arbeidsplass som har fokus på «frisknærver»
- Gunstig pensjonsordning
- Lønn i h.h.t. til gjeldende avtaleverk

Les mer om stillingene på [www.sortland.kommune.no](http://www.sortland.kommune.no).

Der finner du også inngangen til vårt elektroniske søknadsskjema som vi ønsker at du bruker.

### Velkommen som søker!

**Søknadsfrist:** 19.02.2017

**Utløst dato:** 01.02.2017

**Vår.ref.:** 608/17 - STJA

### Kontaktperson

Elisabeth Sjølie, kommunepsykolog, tlf. 917 46 450, e-post [elisabeth.sjolie@sortland.kommune.no](mailto:elisabeth.sjolie@sortland.kommune.no)





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

Veslelien, i Ringsaker kommune, er en behandlingsinstitusjon i spesialisthelsetjenesten for rusmisbrukere som eies og drives av Stiftelsen Kirkens Bymisjon, på oppdrag fra Helse Sør-Øst HF og Helse Nord. Målgruppen er voksne rusmisbrukere av begge kjønn med og uten samtidig psykiatrisk problematikk. Institusjonen har 49 behandlingssplasser. Behandlingspersonalet består av psykiater, psykologer, leger, sykepleiere, vernepleiere, barnevernspedagoger, psykomotorisk fysioterapeut og sosionomer.

## Psykologspesialist/psykolog

i vikariat i inntil 100 %, med mulighet for fast ansettelse

Veslelien har ledig 1 års vikariat som psykologspesialist/psykolog, med mulighet for fast ansettelse. Vi har 2 psykologspesialister, 3 psykologer og psykiater samt en godt skolert stab med miljøterapeuter og andre medarbeidere.

Veslelien legger vekt på å ha et bredt faglig tilbud til pasientene. Vi representerer et fagmiljø i spennende utvikling og ønsker oss en psykolog med interesse og engasjement for arbeid med rusavhengige med og uten psykiatriske diagnoser. Vi vil legge forholdene til rette for å kunne ivareta spesielle faglige interesser hos den som tilsettes. Psykologer med kliniske erfaring vil bli foretrukket, men nyutdannede oppfordres til å søke.

Det legges ikke vekt på religiøst ståsted ved ansettelse.

Er dette interessant for deg så kontakt institusjonssjef Laila Stunes på telefon **958 94 900/62 33 17 51**, eller fagansvarlig Jørgen Lundsveen på telefon **62 33 17 63**.

- Vi tilbyr en spennende jobb i et rikt tverrfaglig fagmiljø
- Lønn etter avtale
- Personlig egnethet og evne til tverrfaglig samarbeid vil bli vektlagt

Kirkens Bymisjon, Veslelien benytter elektronisk rekrutteringsportal. På en enkel måte ber vi deg der registrere din CV, skrive søknad og ta med attester og vitnemål ved eventuelt intervju.

**Søknadsfrist: 15.02.17**

E-post: [veslelien@bymisjon.no](mailto:veslelien@bymisjon.no)

Web: [www.bymisjon.no/veslelien](http://www.bymisjon.no/veslelien)

Vi ønsker ikke kontakt med telefonselgere.

**MODUMBAD**   
- en kilde til liv



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

## Psykologspesialist/ spesialist i psykiatri

Klinikksekretariatet

Ved avdelingen er det ledig to faste stillinger - 100 %, for psykologspesialist/spesialist i psykiatri.

Tiltredelse: Snarest/1. august 2017

### Kontaktperson:

Kvalitetsleder Gunnar Paulson,  
tlf. 32 74 97 00

Søk elektronisk via [www.modum-bad.no](http://www.modum-bad.no)

Her finner du også fullstendig utlysningstekst.

Søknadsfrist: 14. februar 2017

[www.modum-bad.no](http://www.modum-bad.no)

**MODUMBAD**   
- en kilde til liv



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

## Psykologspesialist/psykiater

Avdeling for depressive lidelser

Ved avdelingen er det ledig 100 % fast stilling for psykologspesialist eller psykiater med kompetanse innen psykodynamisk psykoterapi.

Tiltredelse etter avtale.

### Kontaktperson:

Avd.leder Kari Nedberg, tlf. 32 74 97 00

Søk elektronisk via [www.modum-bad.no](http://www.modum-bad.no)

Her finner du også fullstendig utlysningstekst.

Søknadsfrist: 20. februar 2017

[www.modum-bad.no](http://www.modum-bad.no)

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

## Helse Vest RHF

### 100 % avtaleheimel i klinisk psykologi i Bergensområdet

100 % avtaleheimel for godkjend spesialist i klinisk psykologi i Bergensområdet er ledig frå 01.07.2017, eller etter avtale.

#### Sentrale moment i vurdering av søkjarane vil mellom anna vere:

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

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

Avtalespesialisten skal bidra til å oppfylle «sørge for»-ansvaret til Helse Vest. Det inneber mellom anna at avtalespesialisten foretar undersøkingar, diagnostikk og behandling i medhald av regionale og nasjonale mål og prioriteringar og lovgiving, jf. punkt 4.1 i rammeavtalen.

Avtalespesialisten skal ha eit nært fagleg samarbeid med Kronstad DPS om oppgåvefordeling og for å sikre gode pasientforløp. Avtalespesialisten skal også i et visst omfang kunne ta imot pasientar som blir tilvist frå Kronstad DPS. Dette vil bli regulert nærare i den individuelle driftsavtalen.

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

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

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

**Søknadsfrist** er tre veker etter utlysing.



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 mennesker

## Spennende lederstilling på Vinderen

Voksenpsykiatrisk avdeling Vinderen søker ny enhetsleder til Allmennpsykiatriskdøgnerhet. Tiltredelse etter nærmere avtale.

**Kontaktperson:** Avdelingssjef Cecilie Skule, tlf. 22 02 98 00 / 920 32 854.

Les mer om stillingen på [www.diaconhjemmetsykehus.no](http://www.diaconhjemmetsykehus.no) hvor vi har fullstendig utlysning og elektronisk søknadsskjema.

**Søknadsfrist:** 2. mars 2017.



frantz.no

Helse Fonna HF omfattar sjukehusa Haugesund, Stord, Odda og Valen og fire distriktpsykiatriske 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](http://www.facebook.com/helsefonna)

## Psykologspesialist

Folgefonna DPS har ledig fast stilling ved allmennpsykiatrisk poliklinikk Valen.

Stillinga inneber utgreiing, diagnostisering og behandling av allmennpsykiatriske lidningar. Rettleiing av samarbeidande personell i kommunehelsetenesta. Det kan vere aktuelt med å delta i følgjande tipbod ved poliklinikken: Gruppebehandling, ruspoliklinikk, ADHD-team, ambulerande team.

**Vi tilbyr gode moglegheiter for spesialisering, vidareutdanning og deltaking i forskingsprosjekt.**

Folgefonna DPS har ansvar for allmennpsykiatrisk spesialisthelseteneste i kommunane Kvinnherad, Odda, Jondal, Ullensvang og Etne, med 22 000 vaksne innbyggjarar. Folgefonna DPS har i tillegg til poliklinikk på Valen og i Odda også døgnpostar og ambulerande team (FACT). Poliklinikkane har tverrfaglege team med psykologspesialist, psykiater, spesialistjukepleiar, sosionom og ruskonsulent.

**Kontakt:** Hege Lægred Røssland, seksjonsleiar. Tlf: 53 46 64 53. Bjørn Harald Ree, psykologspesialist, tlf: 53 46 65 90.

Les meir og søk på [www.helse-fonna.no/jobb](http://www.helse-fonna.no/jobb) innan 13.02.2017.



Stiftelsen Alternativ til Vold (ATV) er et behandlings- og kompetansesenter på vold, med særlig vekt på vold i nære relasjoner. Stiftelsen har behandling, utadrettet virksomhet, kunnskapsformidling og forskning som sitt hovedmandat. ATV driver 11 behandlingssentre i Norge. Klientgruppen er i hovedsak voksne utøvere av vold, men noen kontorer arbeider også med voldsutsatte voksne, ungdom og barn. Stiftelsen har 56 ansatte, hovedsakelig psykologer.

## ALTERNATIV TIL VOLD

ALTERNATIV TIL VOLD – BERGEN SØKER

# Psykolog/ Psykologspesialist

Ettårig engasjement, med  
mulighet for forlengelse

ATV Bergen kan gi tilbud til hele familien; kvinner, menn og barn, der det er/har vært voldsproblematikk. ATV Bergen er et tilbud for innbyggere bosatt i Bergen kommune, og fra høsten 2017 også til innbyggere i Os kommune.

Kontoret har fire ansatte, hvorav to psykologer og to psykologspesialister. ATV Bergen ble etablert i mai 2013. Vi holder til i trivelige lokaler i Bergen sentrum. Kontoret skal nå styrkes med et ettårig engasjement i 100 % stilling, fra tiltredelsesdato. Hovedoppgaven for stillingen er knyttet til behandling av personer som utøver eller har blitt utsatt for vold i nære relasjoner. Behandlingen gis individuelt og i grupper.

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. Ansatte i behandlerstillinger på ATV har også oppgaver knyttet til fagformidling og veiledningsoppdrag.

Vi tilbyr en variert og allsidig arbeidshverdag med mulighet til å påvirke videreutviklingen av kontoret, og fokus på faglig utvikling.

Menn oppfordres til å søke.

**Tiltredelse:** etter avtale

**Søknadsfrist:** 16.02.2017

Søknader sendes på e-post til: [jobb@atv-stiftelsen.no](mailto:jobb@atv-stiftelsen.no)

Spørsmål om stillingen rettes til leder ved ATV Bergen  
**Nina Antonsen**, mobil 969 03 318 og  
e-post [nina.antonsen@atv-stiftelsen.no](mailto:nina.antonsen@atv-stiftelsen.no)



Blå Kors Lade Behandlingssenter Trondheim (LBS) driver tverrfaglig spesialisert behandling av mennesker med rusrelaterte problemer. LBS har totalt 51 plasser og 5900 polikliniske konsultasjoner fordelt på avrusning, skjerming, klinikk, familiebehandling og poliklinikk. Virksomheten har et bredt sammensatt og høyt kompetent fagmiljø med ca. 150 ansatte.

## Fagsjef

Vi søker engasjert og fagsterk fagsjef i 100 % fast stilling. Tiltredelse 01.04.17 eller etter avtale.

Kvalifikasjonskrav: Embetsstudiet i medisin eller psykologi samt relevant spesialitet innen psykologi eller medisin.

Kontaktperson: Direktør Kristin Wall, tlf. 47 24 79 72 eller e-post: [kristin.wall@ladebs.no](mailto:kristin.wall@ladebs.no)

Nærmere informasjon finner du på [jobbnorge.no](http://jobbnorge.no) samt [www.ladebs.no](http://www.ladebs.no).

Vi ønsker elektronisk søknad via [jobbnorge.no](http://jobbnorge.no).

**Søknadsfrist: 15.02.17**

**Vi ønsker ikke å bli kontaktet av annonseselgere.**

Jobbnorge.no



## Stempel med medlemslogo for psykologer

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

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



For bestilling av standard stempel med kun logo – send «Stempel med medlemslogo Norsk psykologforening» til [firmapost@adprofil.no](mailto:firmapost@adprofil.no)

Ved bestilling av individuelle stempler – kontakt: [aage@adprofil.no](mailto:aage@adprofil.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.

**Kristiansand****Psykologspesialist -  
Psykiatrisk sykehusavdeling**

Seksjon for øyeblikkelig hjelp- akuttenhet 6.1 og 6.2  
Kristiansand har ledig 100 % fast stilling som psykologspesialist.

Avdelingen er i stadig utvikling, arbeidsoppgavene er varierte og fagpersoner samarbeider nært mht. utredning og behandling.

Opplysninger: Edgar Sundbø, seksjonsleder, tlf. 38 07 42 09 eller Hilde Thomassen, rådgiver - adm, tlf. 37 01 44 00.

**Søknadsfrist: 19.02.2017**

Søknad og CV registreres elektronisk i vårt søknadsprogram. Informasjon og fullstendig utlysning finnes på [www.sshf.no/jobb](http://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.

**Farsund****Psykologspesialist/psykolog-  
DPS Lister**

Vi har ledig 100 % st. fast som psykolog/psykologspesialist ved DPS Lister, poliklinikk Farsund.

DPS Lister tilbyr tjenester innenfor psykisk helsevern for voksne, både dag- og døgnbehandling. Vi dekker de 6 vestligste kommunene i Vest-Agder. Opptaksområde er ca 36.000 innbyggere. DPS Lister har kliniske enheter i Farsund, Flekkefjord og Kvinesdal.

Opplysninger: Magne Vegge, enhetsleder, tlf. 930 47 891

**Søknadsfrist: 15.02.2017**

Søknad og CV registreres elektronisk i vårt søknadsprogram. Informasjon og fullstendig utlysning finnes på [www.sshf.no/jobb](http://www.sshf.no/jobb)

**Ønsker ikke kontakt med rekrutteringsbyrå/annonseselgere.**



ANDØY KOMMUNE

**Vi ønsker oss en  
kommunepsykolog!**

Vi håper du som leser dette kan oppfylle vårt ønske. Vi har så lyst til å få ansatt en psykolog som kan hjelpe og støtte oss i ulike prosjekter og i arbeid på flere av våre fagområder. I Andøy har vi for tiden spesiell fokus på:

- Forebyggende arbeid blant barn og unge gjennom tidlig innsats og god støtte.
- Arbeid på systemnivå er viktig for å lykkes på individnivå.
- Hjelp personer som sliter i hverdagen, og der psykologhjelp vil være et viktig bidrag.
- Tverrsektoriell innsats for å få gode resultater i arbeidet med barn, unge og voksne.

Du som psykolog sitter med en kompetanse som vi i Andøy kommune mangler og som vi sårt trenger. Arbeidet vil medføre direkte kontakt med klienter, men også oppgaver med å veilede ansatte innen barnehage, skole og ulike sektorer innen pleie og omsorg slik at deres kompetanse styrkes og kvaliteten på arbeidet blir bedre.

Da denne stillingen er ny i vår organisasjon, vil du bli tatt med i arbeidet med å definere stillingens innhold og oppgaver. Dine egenskaper og kunnskaper vil få prege stillingen.

Det jobbes for å danne et nettverk for kommunepsykologer i Vesteråsregionen. Dette ut fra behov en psykolog vil ha for en arena for faglig kontakt og utvikling, spesielt hvis du er nyutdannet.

Lønn etter avtale.

For mer informasjon og avklaringer kan det tas kontakt med Torfinn Bø på telefon **909 59 855** eller på e-post [torfinn.bo@andoy.kommune.no](mailto:torfinn.bo@andoy.kommune.no).

Søknadsskjema for stillingen og mer informasjon om oss, finner du på vår hjemmeside **[www.andoy.kommune.no](http://www.andoy.kommune.no)**. Søknader må være mottatt og registrert innen **onsdag 15.02.2017**.







## Volda sjukehus

BUP poliklinikken Volda

# Psykolog / psykologspesialist

BUP poliklinikken i Volda har ledig 100 % vikariat for psykolog / psykologspesialist, i perioden 01.05.2017 - 01.05.2018. Det kan bli aktuelt med forlenging av vikariatet.

### Kontaktinformasjon:

Kari Standal, sek.leiar, tlf. 70 05 85 70.

**Søknadsfrist: 7. februar 2017**

**Søknad blir sendt elektronisk via [www.helse-mr.no](http://www.helse-mr.no) - der du òg finn fullstendig utlysningstekst.**

Attestar og vitnemål må scannes og sendes som vedlegg sammen med søknaden.

*Vi ønskjer ikkje kontakt med annonseselarar.*



HELSE MØRE OG ROMSDAL

frantiz.no

Vestre Viken har rundt 9 300 ansatte. Vi gir god og trygg behandling til 477 000 mennesker i 26 kommuner.

## FORSKER

### Psykisk helse og rus, Forskning- og fagutviklingsavdelingen

Referansenr. 3306096506 Søknadsfrist: 21.02.2017

Bli med å videreutvikle et spennende og hyggelig forskningsmiljø!

Psykisk helse og rus (PHR) er den største fagklinikken i Vestre Viken og består av ni kliniske avdelinger med over 50 seksjoner, 1800 årsverk og 2600 ansatte. Klinikken FoU-avdeling (forskning og fagutvikling) har som overordnet mål å bidra til å forbedre og utvikle de kliniske kjerneoppgavene. Avdelingen er preget av flerfaglighet og har for tiden 12 medarbeidere med åtte ulike fagbakgrunner. Dette er forskere, stipendiater, FoU-rådgivere og spesialkonsulenter, samt avdelingskonsulent og forskningssjef (avdelingens leder).

Vi søker nå en forsker i 50 - 70 % stilling over fire år.

Nærmere informasjon om stillingen fås ved henvendelse til forskningssjef Paul Møller tlf. 32 80 43 43 / 911 76 084.

**Elektronisk søknadsskjema og fullstendig utlysningstekst finner du på våre nettsider [www.vestreviken.no](http://www.vestreviken.no)**



VESTRE VIKEN

frantiz.no



Sykehuset Innlandet HF



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

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

## Vi trenger din kompetanse

Distriktspsykiatriske senter Gjøvik, Poliklinikk Valdres

**Psykologspesialist**

100 % fast. Psykologer med lang erfaring eller i spesialisering kan komme i betraktning. (Ref.nr. 3308320758)

**Psykolog/psykologspesialist**

100 % fødselsvikariat. Ledig i perioden 01.07.17 - 01.08.18. (Ref.nr. 3308320758)

Kontaktperson: Laila Olsen, tlf. 61 11 74 50 / 974 75 057.

**Søknadsfrist: 15. februar 2017**

Informasjon om våre ledige stillinger, se [www.sykehuset-innlandet.no/jobb](http://www.sykehuset-innlandet.no/jobb)



HELSE SØR-ØST

frantiz.no

## Ønsker du å annonsere i Psykologtidsskriftet?

UTGAVE	UTGIVELSE	BESTILLINGSFRIST
03/17	1. mars	15. februar
04/17	3. april	20. mars
05/17	2. mai	18. april

For bestilling eller mer informasjon kontakt oss på e-post [tidsskrift@psykologtidsskriftet.no](mailto:tidsskrift@psykologtidsskriftet.no) eller tlf. 23 10 31 33

## Helse Sør-Øst RHF søker:

Helse Sør-Øst RHF er det regionale helseforetaket som har ansvaret for spesialisthelsetjenesten i regionen. Hovedkontoret ligger på Hamar.



## Avtalehjemmel for godkjent spesialist i klinisk psykologi

100 % avtalehjemmel for godkjent spesialist i klinisk psykologi, er ledig for tiltredelse så raskt som mulig. Praksisen skal lokaliseres til Øvre Telemark, fortrinnsvis Notodden.

Kontakt: Kari Iren Austad Borge, rådgiver - Kapasitet og tjenesteoppfølging, 02411

Fullstendig stillingsannonse og elektronisk søknadsskjema finner du på [www.helse-sorost.no/ledigstilling](http://www.helse-sorost.no/ledigstilling)

**Søknadsfrist: 22. februar 2017**



frantz.no

## Helse Sør-Øst RHF søker:

Helse Sør-Øst RHF er det regionale helseforetaket som har ansvaret for spesialisthelsetjenesten i regionen. Hovedkontoret ligger på Hamar.



## Avtalehjemmel for godkjent spesialist i klinisk psykologi

100 % avtalehjemmel for godkjent spesialist i klinisk psykologi, **med spesialitet innen barn og ungdom** er ledig for tiltredelse så raskt som mulig. Praksisen skal i sin helhet konsentreres rundt arbeid med barn og unge, og skal lokaliseres til Øvre Telemark, fortrinnsvis Notodden.

Kontakt: Kari Iren Austad Borge, rådgiver - Kapasitet og tjenesteoppfølging, 02411

Fullstendig stillingsannonse og elektronisk søknadsskjema finner du på [www.helse-sorost.no/ledigstilling](http://www.helse-sorost.no/ledigstilling)

**Søknadsfrist: 22. februar 2017**



frantz.no



Landaasen Rehabiliteringssenter ligger 15 min. fra Gjøvik, 550 m.o.h. Vi har rehabiliteringstilbud for pasienter i følgende diagnosegrupper: hjerte, kreft, tinnitus, mb. Ménière, rygg, langvarige smerter, benamputasjon.

## Psykolog/ psykologspesialist

Landaasen har ledig stilling for psykolog/psykologspesialist. Stillingsstørrelsen kan tilpasses 50–100 % etter ønske.

Stillingen kan være egnet for deg som ønsker å bruke psykologkompetansen på en ny måte, eller rett og slett kan tenke deg noe nytt. Rehabiliteringstilbudene vektlegger både individuell tilrettelegging og grupper. Behandlings-tilnærminger inkluderer bl.a. psykoedukasjon, empowerment, kognitive tilnærminger og fysisk aktivitet. Erfaring vil være en fordel. Personlig egnethet og gode samarbeidsferdigheter for stillingen vektlegges.

### Fokusområder i stillingen:

- Optimalisere rehabiliteringstiltak på individnivå og gruppenivå
- Undervisning i temaer som mestring, stress, kognitive teknikker m.fl.
- Gruppesamtaler
- Individuell veiledning rehabilitering

### Vi tilbyr:

- En arbeidsplass i kontinuerlig utvikling med faglige engasjerte og dyktige kollegaer
- Tverrfaglig miljø med gode muligheter for faglig samarbeid og kunnskapsutveksling
- Konkurransedyktige betingelser i forhold til arbeidstid og lønn
- Bolig på området ved behov

Arbeidet med rehabilitering setter spesielt store krav til kommunikasjon; det kreves gode kunnskaper og ferdigheter i muntlig og skriftlig språk.

### Kontaktperson:

Overlege Ketil Egge, telefon: 415 67 421

**Søknadsfrist: 05.03.17**

Søknad sendes: [egge@landaasen.no](mailto:egge@landaasen.no)

## Ønsker du å abonnere på PSYKOLOGI?

### PSYKOLOGI – Tidsskrift for Norsk psykologforening

utgis 12 ganger per år.

For privatabonnenter koster et årsabonnement kr 1 445,  
og for bedrifts-/institusjonsabonnement er prisen kr 2 250 per år.

For bestilling

se [www.psykologtidsskriftet.no/abonnement](http://www.psykologtidsskriftet.no/abonnement) og løssalg  
eller kontakt oss på e-post [tidsskrift@psykologtidsskriftet.no](mailto:tidsskrift@psykologtidsskriftet.no)  
eller tlf. 23 10 31 33.



## PSYKOLOGTIDSSKRIFTETS MATERIELLFRISTER OG ANNONSEPRISER 2017

### SPESIALPLASSERING:

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

### KURSANNONSER/RUBRIKKANNONSER:

Kurs, utleie av lokaler m.v. kr 24 per sp.mm.

Fargetillegg kr 11,50 per sp.mm.

Priseksempel for en 1/4 sides kursannonse i sort/  
hvitt kr 2 760, samme format i farger kr 4 083.

### 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 5 950. Nettannonsene har  
ingen frister, kan publiseres i løpet av kort tid, og ligger til-  
gjengelig i inntil en måned. For et tillegg på kr 4 450 kan kurs-  
annonser annonsert i Psykologtidsskriftet også oppføres på  
[www.psykologforeningen.no](http://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](http://www.psykologtidsskriftet.no) med link til bedriftens stillings-  
annonse.

*Alle stilling ledig-annonser innrykket i Psykologtidsskriftet blir  
også publisert, som en medlemservice, på [www.psykologtidsskriftet.no/stillingsannonser](http://www.psykologtidsskriftet.no/stillingsannonser)*

Nr	Materiellfrist	Utgivelse
3	15.02	01.03
4	20.03	03.04
5	18.04	02.05

### 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	16 950	15 950
1/2 side	12 750	11 750
1/4 side	11 350	9 950

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](mailto:tidsskrift@psykologtidsskriftet.no) eller tlf. 23 10 31 33.

# Psykologspesialist

Som psykologspesialist vil dine primære oppgaver være vurdering av problemnivå og psykologisk behandling av studenter innenfor en korttidsramme. Arbeidet er først og fremst rettet mot individuell oppfølging, men kan også foregå i gruppe. Samarbeid med relevante aktører og undervisning må påberegnes.

## Krav til kompetanse:

Du må ha godkjenning som psykolog med spesialisering i voksenpsykologi, psykoterapi eller barne- og ungdomspsykologi. Det er en fordel om du kjenner til nyere forskning, tenkning og utviklingstrender rundt virksomme psykologiske behandlingsfaktorer. Du bør også ha kjennskap til ulike psykoaktive medikamenter som brukes i forbindelse med psykiske lidelser. Det er ønskelig at søker innehar kompetanse vedrørende formidling av psykologisk kunnskap. Du kan også søke om du har gammel ordning innen klinisk psykologi.

## Spørsmål om stillingen rettes til:

Leder, psykologspesialist Marte Øien, tlf. 452 11 818 eller velferdsdirektør Espen Munkvik, tlf. 901 56 162.

## Søknadsfrist: 12. februar 2017

## Tiltredelse: etter avtale

For ytterligere informasjon om stillingen og elektronisk søknad: [www.sit.no/ledig-stilling](http://www.sit.no/ledig-stilling)

Sit skal bidra til at de 42 000 studentene i Trondheim, Gjøvik og Ålesund får en trygg og effektiv studiesituasjon. Vi tilbyr studentene boliger, barnehager, spisesteder, kiosker, bokhandler, helsetjenester og idrettssentre. Sit har i dag 350 medarbeidere og en årlig omsetning på 580 millioner.

Sit Psykososial helsetjeneste i Trondheim har som hovedoppgave å tilby psykologisk behandling for studenter ved NTNU, BI, Folkeuniversitetet (Juss-studentene), Høgskolen Kristiania og DMMH. Tilbudet har som mål å bidra til at studenter med psykiske problemer og utfordringer skal få en best mulig studenttilværelse. Tjenesten har et godt kvalifisert fagmiljø.

For nærmere informasjon om Sit, se [www.sit.no](http://www.sit.no)



## Skal du flytte eller bytte arbeidssted?



Registrer ny adresse på  
[www.psykologforeningen.no](http://www.psykologforeningen.no)  
Min medlemsside

eller send e-post til  
[medlemsservice@psykologforeningen.no](mailto:medlemsservice@psykologforeningen.no)

*Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) er et universitetssykehus som tilbyr befolkningen i den nordligste landsdel medisinsk spisskompetanse av høy kvalitet. Samtidig er UNN lokalsykehus for Troms og deler av Nordland. Foretaket har 6000 ansatte. Virksomheten skal bygge på kvalitet, trygghet, respekt og omsorg.*

Senter for psykisk helse og rusbehandling Nord-Troms

## Psykolog/ psykologspesialist

Ved Psykisk helse- og rusklinikken, DPS Nord-Troms, er det ledig en stilling som psykolog/psykologspesialist på Voksen-psykiatrisk poliklinikk. Senteret har i tillegg en døgnenhet, ambulant akutteam, rusteam og er samlokalisert med BUP.

Storslett er et regionsenter for Nord-Troms med et variert næringsliv og en rekke servicefunksjoner. Flyplassen ligger 5 minutter unna sentrum. Kommunen er bla kjent for tre-stammersmøte mellom kvensk, samisk og norsk kultur. Her er storslett natur med gode friluftsmuligheter.

### Nærmere opplysninger:

Seksjonsleder/overlege Even P. Olsen, tlf. 77 75 46 00.

### Søknadsfrist: 12.02.2017

Fullstendige annonsetekster, samt lenke til elektronisk søknadsskjema finnes på [www.unn.no/jobb](http://www.unn.no/jobb)

Vi ønsker ikke kontakt med annonseselgere!



## NORSK PSYKOLOGFORENING

---

### SENTRALSTYRET

#### President

##### Tor Levin Hofgaard

tor@psykologforeningen.no  
23 10 31 30

#### Visepresidenter

##### Rune Frøyland

rfrøey@online.no  
450 30 522

##### Heidi Tessand

heidi.tessand@  
psykologforeningen.no  
916 67 804

#### Medlemmer

##### Aina Holmén

aih@sivilombudsmannen.no  
986 64 501

##### Kjetil Kaasin

kjetil.kaasin@sthf.no  
35 00 57 00

##### Britt Randi Hjartnes

Schjødt  
bibihj@gmail.com  
922 99 371

##### Ragnhild Stokke Røed

ragnhildkrokke@gmail.com  
414 21 366

##### Ingvild Gregersen

ingvildg@gmail.com  
957 27 801

##### Arnhild Lauveng

post@arnhildlauveng.com  
913 17 162

##### Else-Marie Molund

else-marie.molund@  
psykologene.no  
481 33 860

#### Studentrepresentanter

##### Rikke Pauline Sandvik

rikkepsandvik@gmail.com  
905 74 666

##### Camilla Jonette Rasmussen

Camilla\_Jonette@  
hotmail.com  
932 81 124

#### Varamedlemmer

##### Anders Hovland

anders.hovland@uib.no  
932 87 565

##### Rudi Myrvang

rudi.myrvang@gmail.com  
906 03 355

##### Dag Stormbo

dag.stormbo@gmail.com  
408 42 645

##### Eldrid Robberstad

eldrid.robberstad@sola.  
kommune.no  
475 00 308

---

### 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 Rattsø Fasting  
ingvildrf@icloud.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 Lindø  
birgitte.lindoe@  
borgestadklinikken.no  
473 83 123

#### Troms

Elisabeth Groven 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  
har-sa@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

---

#### SPECIALITETSRADET

Heidi Tessand, leder,  
e-post heidi.tessand@  
psykologforeningen.no  
tlf. 916 67 804

**KVALITETSUTVALGET**

**Heidi Tessand**, leder,  
e-post heidi.tessand@  
psykologforeningen.no  
tlf. 916 67 804

**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**

**Jørgen Edvin Westgren**,  
leder, e-post joergen.  
westgren@gmail.com,  
tlf. 911 16 616

**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**,  
forhandlingsjef  
**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](http://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](mailto: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](http://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](mailto:tidsskrift@psykologtidsskriftet.no) eller [www.psykologtidsskriftet.no](http://www.psykologtidsskriftet.no), se: *For annonsører* for informasjon om annonsering.

**Frist for innlevering av annonser:**  
 15.12, 17.01, 15.02, 20.03, 18.04, 16.05,  
 19.06, 17.07, 18.08, 18.09, 18.10, 17.11



## Hvor vil du ha din neste stilling?

### Er du psykolog eller psykologspesialist, kan vi tilby drømmejobben!

Er du lei av den samme utsikten? Har du lyst til å utforske nytt turterreng og ukjente skiløyper? Frister det med litt miljøforandring? Kanskje du skal prøve et oppdrag for Dedicare?

Årene flyr, og mange rekker ikke å oppleve så mye som de hadde håpet på eller drømt om. Løsningen kan være å flytte på seg. Uten å flytte permanent!

Vi tilbyr oppdrag av ulik lengde og omfang over hele landet. Du får sikker, god lønn, mulighet for spennende opplevelser, nye erfaringer og, sist men ikke minst: alle utgifter dekket av Dedicare!

### Dedicare = kvalitetsbemanning!

Dedicare er blant Norges største og mest erfarne rekrutteringsselskaper, og har vunnet avtale om å leie ut psykologer og psykologspesialister til alle sykehus i landet.

### Ta kontakt!

Enten du er psykolog/psykologspesialist selv, eller vil ha hjelp til bemanning av ditt sykehus eller institusjon, håper vi du finner dette interessant. På nettsidene våre kan du lese mer om oss. Der kan du også registrere deg – eller du kan ringe oss eller sende en mail!

[www.dedicare.no/doctor](http://www.dedicare.no/doctor)

+47 07480 – [doctor@dedicare.no](mailto:doctor@dedicare.no)



*Vi bryr oss mer!*

**DEDICARE**  
Doctor



