

TIDSSKRIFT FOR NORSK PSYKOLOGFORENING



PSY KOL OGI

Vol.54 nr.11 2017

**Strid om
klinikkdrift**

Aktuelt

**ALENE I
TERAPI-
ROMMET**

Debatt

**Skadelig
åpenhet**

Fra praksis

ISSN 0332-6470

INTERPRESS 2008-11



9 770332 647006 11

RETURUKE 49 150 NOK

PSY KOL OGI

Vol. 54 **nr. 11** 2017

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

Fagredaktører Kjersti Solhaug Gulliksen, kjersti@psykologtidsskriftet.no,
tlf. 911 78 096 og Ida Holth, ida.holth@psykologtidsskriftet.no, tlf. 930 23 429

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

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

Redaksjonen redaksjonen@psykologtidsskriftet.no

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

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

Markedskonsulent Winnie 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 Bøk Oslo AS

Trykk 07 Gruppen AS

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

© Tidsskrift for Norsk psykologforening

Helsemakt

STRIDEN PÅ PSYKOLOGISK institutt i Oslo forteller også om en psykologprofesjon som har akslet et stadig tydeligere samfunnsoppdrag som helsearbeider. I løpet av de siste 20 årene har samfunnet investert flere titalls milliarder i kliniske psykologer: Utdanningskapasiteten er økt, opptrappingsplanen i psykisk helsevern har gitt en rekke psykologstillinger i spesialisthelsetjenesten, og nylig ble det lovfestet at alle kommuner skal ha psykologer. Legg til endret lovgivning som blant annet gjorde at psykologer fikk faglig ansvar i spesialisthelsetjenesten, og vi ser en profesjon med atskillig makt og ansvar i psykisk helsevern.

Belønningen er økt innflytelse, trygt arbeidsmarked og god lønnsutvikling. På den andre siden legger samfunnskontrakten strammere rammer for profesjonen, der det som ikke handler om klinikk, legges inn i masterprogrammene, mens praksis tilpasses de behov samfunnet til enhver tid har. Lenge betydde dette en spissing inn mot spesialisthelsetjenesten, mens man nå også ser behov for å tilpasse utdanningen til psykologers virke i lavterskeltilbud og som kommunepsykologer.

Et omfattende samfunnsoppdrag gjør også at myndighetene ønsker å kikke profesjonen i kortene. Dette medfører økt tilsyn og rapportering. Den mer formaliserte dokumentasjonsplikten handler også om at brukerne av helsetjenestene har fått større innflytelse og flere rettigheter enn tidligere. Det er da også på systemnivå kritikken av klinikkdriften rammer, ikke på det faglige innholdet. Vi ser et bilde av en klinikkdrift som ikke har hatt kapasitet til å tilpasse den pedagogiske virksomheten til det lovverket som rammer inn virksomheten i det øvrige Helse-Norge.

Samtidig er det gode argumenter for å ha treningsarenaer for kommende klinikere på utsiden av helsetjenesten, der studentene ikke må følge offentlige veiledere og retningslinjer,

men får mulighet til å tilegne seg mer generelle og inngående psykoterapeutiske ferdigheter i en trygg utdanningsramme. Slike treningsarenaer kan gi rom til å videreutvikle nye metoder og perspektiver på psykologen som helsearbeider. Men det skader ikke om man i samme stund trener på andre nødvendige ferdigheter, som å dokumentere behandlingsforløp på et vis som er i tråd med gjeldende rett. Instituttbestyrer Ingunn Skre i Tromsø sier til Psykologtidsskriftet at selv om deres tjenester ikke er regulert av lov om spesialisthelsetjenester, jobber de som om de er omfattet av lovverket. Slik trenes studentene for den virkeligheten de en dag skal jobbe i (se side 1059). Det siste utsagnet er i seg selv et klart signal om at man tar samfunnsoppdraget om å utdanne helsearbeidere på alvor.

Vektleggingen av psykologen som helsearbeider ses også ved at debatten mest har handlet om hvordan man skal utdanne kliniske psykologer, og hvordan helserett skal ramme inn opplæringsvirksomheten. Jusprofessor Hans Petter Graver er et unntak. Han mener at man i klinikk-saken overkjører et fagmiljøes akademiske frihet (Khrono 23. oktober). Universitets- og høyskoleloven pålegger institusjonene å fremme og verne akademisk frihet, en frihet for de få på vegne av de mange nettopp for å utfordre etablerte sannheter uten trusler om sanksjoner. Dette er en frihet som forplikter, og der forskningsmiljøene må være seg sitt ansvar bevisst med tanke på å påvirke politikere, klinikere og helsetjenesten gjennom sin virksomhet. Psykologforeningen har anført at en klinikk underlagt universitetet står friere enn spesialisthelsetjenesten til å introdusere nye behandlingsperspektiv og behandlingsmetoder. I en tid da psykologer både har ansvar for eksisterende helsetjenester og utvikling av nye, kan de universitetsbaserte klinikkene med fordel være tydelige på hvordan deres kunnskap og perspektiv bidrar til utviklingen av Helse-Norge. ✕



Bjørnar Olsen

Sjefredaktør

bjornar@

psykologtidsskriftet.no



De universitetsbaserte klinikkene kan med fordel være tydelige på hvordan deres kunnskap og perspektiv bidrar til utviklingen av Helse-Norge

1048-1063



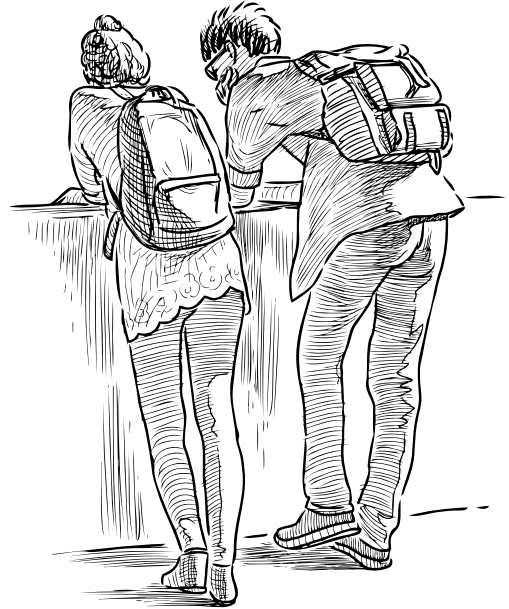
FOTO: KJETIL BLOM HAUGSTULENKHRONO

STRIDEN OM STUDENTKLINIKKENE

Det stormer på Psykologisk institutt i Oslo om drift og plassering av studentklinikkene.

Aktuelt

1076



ILLUSTRASJON: SHUTTERSTOCK

FOREBYGGING SOM INTERVENSJON

En systematisk litteraturgjennomgang om indikert forebygging av angst og depresjon blant barn og unge viser at intervensjoner har lav til moderat effekt.

Vitenskapelig artikkel

1066

Vanskelige temaer ble diskutert vandrende under buede trær, i snø og minusgrader

Fra praksis

1090



ILLUSTRASJON: ASHILD IRGENS

SYSTEMKRITIKK

Gjør psykologisk behandling vondt verre? Birgit Udem forteller om sin lange pasientreise gjennom psykisk helsevern.

Debatt

Innhold

- 1045 Helsemakt**
Leder | Bjørnar Olsen
- 1048 Tid for selvransakelse**
NÅ: Fanny Duckert | Øystein Helmikstøl
- 1050 Utluftningen**
Aktuelt | Øystein Helmikstøl
- 1057 - Ikke unikt**
Aktuelt | Øystein Helmikstøl
- 1059 Går gjennom egen virksomhet på nytt**
Aktuelt | Per Olav Solberg
- 1064 - Vis ser ikke krafttakene**
Aktuelt | Nina Strand
- 1066 Vandrepyskologene**
Fra praksis | Aksel Inge Sinding og Svein Øverland
- 1071 Nobelpris til lirkemiddel-arkitekt**
Kommentar | Karl Halvor Teigen
- 1072 Når åpenhet er til skade**
Faglig innspill | Hedvig Montgomery og Arne Jørgen Kjosbakken
- 1076 Effekten av indikerte tiltak for forebygging av angst og depresjon hos barn og unge - en systematisk litteraturgjennomgang**
Vitenskapelig artikkel | Neumer, Costache & Hagen
- 1090 MENINGER**
Hovedinnlegg: Personlighetsforstyrret og behandlingsresistent (s. 1090)
Debatt: Systemkritikk (s. 1100), Sykeliggjøring (s. 1103, 1104), Kjernejournal (s. 1105), Rundskriv om lavterskeltilbud (s. 1106), Vitenskapsteori (s. 1108)
- 1110 INNTRYKK**
Gyldendal bringer videre nye anklager i Prestesaken (1110)
Bokanmeldelser: Ble jeg rystet nå? (s. 1114), Humanistisk blikk på profesjoner (s. 1117)
- 1119 Kurskalenderen**
- 1120 Annonser**
- 1124 Stillingsannonser**



KRITISK Tidligere instituttleder og dekan Fanny Duckert mener internklinikkene ved Psykologisk institutt har vært relativt lukkede systemer. Foto: Siri Ø. Eriksen, Khrono

Tid for selvransakelse

Tidligere instituttleder og dekan Fanny Duckert mener klinikkdriften ved Psykologisk institutt i Oslo ikke har fulgt med i timen. Selv har hun brukt universitetets lokaler til privat virksomhet.

TEKST Øystein Helmikstøl

– Den 10. oktober stengte ledelsen ved Universitetet i Oslo klinikkene ved Psykologisk institutt (PSI) med umiddelbar virkning. Den 17. oktober la advokatfirmaet Kluge fram en rapport som konkluderer med at klinikkdriften er i strid med loven på flere punkter. Hvordan reagerte du på rapporten?

– Klinikkledeledelsen bagatelliserte såpass sterkt i forkant, derfor var det overraskende at det var så mye å sette fingeren på, at rapporten avdekket så betydelige mangler og svikt i systemet. Men jeg har stor tillit til at klinikkledeledelsen tar dette på alvor og gjør en skikkelig jobb med å rette opp avvikene.

– Men du var leder ved instituttet da det flyttet inn i nye lokaler, som førte til store omstruktureringer av avdelinger og oppbygging av studiet. Hvilke grep burde du gjort den gangen?

– Dette skjedde for femten år siden. Formaliseringer har endret seg mye siden den gang. Men fra starten av burde vi ha satt av flere administrative ressurser for å sikre at alle prosedyrer ble ivaretatt. Det var for mye uformelt ansvar på hver enkelt.

– Hva/hvem stoppet deg fra å gjøre de grepene som du nå mener du burde ha gjort?

– Det hører med til historien at klinikkene alltid har vært uavhengige arenaer. Man har ikke uten videre kunnet komme inn og stille spørsmål eller avkreve ting. De har vært autonome og relativt lukkede systemer, og det har vært vanskelig å finne ut hva som foregår.

– Du har både vært leder for PSI i perioden 2002–2007, og dekan i årene 2012–2015. Kunne du ikke brukt siste stilling til å undersøke og ta fatt på det du ikke fikk gjort som instituttleder?

– Jo. Men i den samme perioden jeg var dekan, skjedde det andre store, strukturelle endringer på PSI. Vi hadde ikke sterke indikasjoner på at noe ved klinikkdriften var galt. Men dette er unnfalnet, at vi ikke fulgte godt nok med.

– Så skrev *Uniforum.no* om at du selv har brukt universitetets lokaler til privat virksomhet.

– Ja, det passet vel godt for noen å gi meg en drittpakke nå.

– Psykologtidsskriftet burde selvsagt stilt spørsmål til deg om din egen praksis, men hvorfor opplyste du ikke om det selv?

– Dette har vært helt åpent hele veien. Jeg står i sidegjøremålsregisteret og har på ingen måte forsøkt å skjule dette. Men jeg burde selvfølgelig sagt til Psykologtidsskriftet at dette også gjelder meg. Jeg angrer nå på at jeg ikke tidligere tok initiativ til å avvikle praksisen for egen del.

– Hvilke reaksjoner har du fått etter den delen av intervjuet vi gjorde med deg 12. oktober, som nettavisen *Khrono* tidligere har gjengitt?

– Jeg er blitt karakterisert som sviker og forræder.

(Spørsmålene ovenfor er stilt 19. oktober. Spørsmålene nedenfor ble stilt 12. oktober. Av plasshensyn er intervjuet i sin helhet publisert på Psykologtidsskriftet.no.)

– Det er bråk på Psykologisk institutt. Hva handler det om?

– Dette handler om et helsevesen og samfunns-systemer som stadig endrer seg. Samfunnsoppdraget er å utdanne psykologer som i hovedsak kommer til å jobbe innenfor helsevesenet. Spørsmålet er om vi i stor nok grad har justert oss i henhold til lovverk, endring i klienter, endringer i systemer og i perspektiver på

Hvorfor NÅ?

- Det er strid om drift og plassering av studentklinikken ved Psykologisk institutt i Oslo.
- Fanny Duckert er psykologiprofessor ved Universitetet i Oslo. Hun var dekan ved Det samfunnsvitenskapelige fakultet inntil for halvannet år siden.
- Hun var leder av Psykologisk institutt for ti år siden.
- Les intervjuet i sin helhet på *Psykologtidsskriftet.no*.

behandling. Det handler om å holde seg faglig ajour ut fra det samfunnsoppdraget vi faktisk har. Den andre dimensjonen er at vi har fått en stor økning i antall profesjonsstudenter med behov for forpraksisplasser som det har vært vanskelig å dekke opp.

– Har ikke psykologutdanningen hengt helt med?

– Nei, det er det som er problemet: Det har oppstått nye krav og behov, mens man selv ønsker å opprettholde den tradisjonelle kliniske opplæringsmodellen. Da blir det fort en diskrepans mellom hva samfunnet ønsker og trenger, og hva slags psykologer vi faktisk leverer. Klinikkdiriften ved Psykologisk institutt i Oslo har ikke fulgt med i timen her.

– Universitetsledelsen stengte internklinikken ved Psykologisk institutt på dagen, etter 42 års drift. Ble du overrasket over det?

– Litt. Dette er en klinikk som har eksistert siden 1975 og fått lov til å holde på med sitt. Det som har kommet for en dag, er at denne klinikken ikke har tilfredsstillt krav og betingelser som tilsvarende klinikker har. På odontologi har man for eksempel helt andre kvalitetssystemer, journalsystemer og sikkerhetssystemer. Poenget er at når det først går opp for universitetsledelsen at situasjonen er slik, da må de handle. Hvis noe skjer, er det ikke den enkelte terapeut, klinikken eller instituttet som har ansvaret. Dette vil gå rett opp til toppledelsen, som må svare for seg. Det ville vært uforsvarlig og uansvarlig å ikke stenge klinikken hvis ledelsen var bekymret for om internklinikken drev i henhold til norsk lov.

Samtidig forutsetter dette at man finner ordninger som ivaretar de pågående terapiene og klientene. Universitetsledelsen må sørge for at disse blir fulgt opp. Det må etableres overgangsordninger her.

– Burde dette vært tatt tak i tidligere?

– Ja. Her må vi alle ta selvkritikk. Blant annet for at vi ikke har hatt gode nok kontrollrutiner. Jeg er en av dem som kanskje burde ha ryddet opp tidligere. Vi har gått ut fra at det har vært i orden. Men vi må innse at det har vært for dårlig tilsyn og for dårlig kontroll med internklinikken på instituttet. Vi har vært for naive og tenkt at dette går bra. Det er jo dyktige fagfolk der, og da har man tenkt at dette er forsvarlig. ✘



UTLUFTNINGEN

Nå har hele Norge fått innblikk i psykisk helsearbeid på en klinikk.

TEKST Øystein Helmikstøl



^
KONFRONTASJON Instituttleder Pål Kraft og aksjonsleder Julie Wasmuth i heftig diskusjon i forbindelse med en studentaksjon på Psykologisk institutt i Oslo i september. Foto: Erlend Daae, Universitas

Flere lovbrudd og en klinikkdrift som er i strid med loven på flere punkter.

Det var konklusjonen fra Kluge Advokatfirma i en rettslig vurdering av internklinikkene på Psykologisk institutt ved Universitetet i Oslo (UiO) i oktober. Den har allerede rukket å bli kritisert av blant andre tidligere direktør for juridisk avdeling i Legeforeningen Anne Kjersti Befring.

- HELSEFORETAK NESTE

Tidligere leder på Psykologisk institutt ved UiO Kjetil Sundet sier til Psykologtidsskriftet at Kluge-rapporten avdekket flere brudd enn han hadde mistanke om.

– Det styrker min tro på at et fremtidig tilbud bør samordnes i et helseforetak, ikke administreres av instituttet selv med det behovet for alle rutiner og ordninger som nå er avdekket, sier han.

Den tidligere instituttlederen ser også positive momenter i Kluges vurdering.

– Det er betryggende at kvaliteten i studentbehandlingene ikke er kommentert som kritikkverdige. Rapporten støtter dermed at instituttet har lyktes med å ivareta et godt innhold i det psykoterapeutiske tilbudet til pasientene.

INNBLIKK I KLINIKK

En annen rapport, som kom 24. oktober, denne gang fra Enhet for intern revisjon ved Universitetet i Oslo, gir innblikk i driften av psykologklinikken:

Det kommer fram at 1 192 personer hadde tilgang til rommet der journaler ble oppbevart. Revisjonen mener drift og kontroll ikke har vært tilfredsstillende.

Internrevisjonen oppsummerer slik: «Helhetlig styring og kontroll ved virksomheten har ikke vært tilfredsstillende.»

Driften av studentklinikken fikk søkelyset på seg etter at universitetsledelsen ville flytte klinikkene til Lovisenberg Diakonale Sykehus (LDS) i stedet for å ha dem lokalisert på universitetet. Dette reagerte ansatte klinikere og studenter kraftig på.

Han som har frontet flytteplanene, er Pål Kraft, leder av Psykologisk institutt.

ANSATT, TANNLEGE

Pål Kraft (58) har en doktorgrad i psykologi, han har mastergrader i psykologi og sosiologi, og han er også bedriftsøkonom fra Handelshøyskolen BI. Der har han vært professor II i kommunikasjon og ledelse.

Kraft er i tillegg cand.odont.

Pål Kraft er ikke klinisk psykolog, det vil si at han ikke har psykologautorisasjon eller har studert ved profesjonsstudiet.

At instituttlederen er tannlege, har betydning i striden om studentklinikken, mener førsteamanuensis ved Psykologisk institutt Marit Råbu.

– Universitetsdirektøren, rektor og viserektor er leger, instituttleder er tannlege i utgangspunktet, og ingen av dem later til å forstå problemet ved å bli underordnet leger, som er det som vil bli resultatet ved integrering i spesialisthelsetjenesten, skriver Råbu i en e-post til Psykologtidsskriftet.

Kraft kom til Psykologisk institutt i 2015 etter direktørjobb ved Sirius. Han ble den første instituttlederen som ikke er blitt valgt av kollegiet, men ansatt av universitetsledelsen.

Valgte instituttledere har gått tilbake til sine opprinnelige professorstillinger etter vervet som leder. Derfor har det vært vanskelig å ta tak i driften av klinikken, mener tidligere instituttleder Kjetil Sundet. »

Bakgrunn

- Mars: Innledende samtaler mellom Psykologisk institutt i Oslo (PSI) og Lovisenberg Diakonale Sykehus (LDS) om samarbeid.
- 23. mai: Informasjonsmøte med klinisk avdeling om det mulige samarbeidet med LDS. Konflikten starter.
- 8. juni: Møte mellom instituttleder Pål Kraft, undervisningsleder Trine Waaktaar og klinikkleder Siri Gullestad om klinikernes privatpraksis.
- 11. juni: Kluge Advokatfirma med vurdering av klinikken.
- 19. juli: Uttalelse fra jusprofessor Aslak Syse.
- 13. september: Studentdemonstrasjon mot ledelsen. Konflikten blir mediasak.
- 4. oktober: Brev fra dekan og fakultetsdirektør om klinikk og praksis ved PSI.
- 10. oktober: Universitetsledelsen stenger klinikken.
- 12. oktober: Universitetsledelsen vedtar flytting av klinikken, ut av PSIs lokaler.
- 17. oktober: Kluge Advokatfirma med ny vurdering av klinikken.
- 23. oktober: Universitetsledelsen overreagerer, skriver jusprofessor Hans Petter Graver om stengningen av internklinikken.
- 24. oktober: Rapport fra Enhet for intern revisjon ved UiO.

(Redaksjonen avsluttet sitt arbeid med artikkelen den 24. oktober. Psykologtidsskriftet har samarbeidet med Khrono om flere netartikler om saken. Se Khrono.no)

– Det som er kommet frem om driften av klinikken de siste ukene, tydeliggjør at instituttet hadde behov for en ledelse fri for lojalitetsbinding til interne forhold og som evner å ta tak i vanskelige saker, sier Sundet.

KOMMUNIKASJON

Det har stormet rundt instituttleder Kraft de siste månedene. Han har fått studentene imot seg.

Felix Koppe, leder for programutvalget for profesjon, mener årsaken til at konfliktene ved PSI i det siste er blitt så polariserte, kan være manglende kommunikasjon mellom instituttledelsen og studentene.

– Det har skapt en viss distanse mellom de forskjellige partene i konflikten. Vi har kommet inn i en uheldig angrep og forsvarsrytme.

Studentlederen peker på instituttlederen.

– Pål Kraft har fått mye personlig ansvar når prosessen går utenfor demokratiske organer. Han har vært mest i kommunikasjon oppover, gjerne i møter som ikke referatføres. Dette fører til usikkerhet rundt hvor og hvordan prosesser startet, hvor sakene står, og hvorvidt man faktisk har blitt representert, sier Koppe til Psykologtidsskriftet.

Professor Siri Gullestad, en av klinikklederne på Psykologisk institutt, er enig i at Pål Kraft har hatt en avgjørende rolle i striden.

– Ja, det er han som er hovedpersonen, det er ikke tvil om det.

– *Hva vil du si om Pål Krafts rolle i striden om studentklinikken?*

– Han er en leder med en klar forståelse av sin styringsrett, en annen form for ledelse enn den mer dialogiske ledelsen som har vært ved universitetet. Denne opprydningen kunne Fanny Duckert, jeg eller Kjetil Sundet gjort, uten at det kom i konflikt med noe fagmiljø.

JUSTERTE PLANER

Instituttledelsens opprinnelige forslag var at studentklinikken skulle samarbeide med Lovisenberg etter samme modell som universitetet i 15 år har hatt på Nic Waals Institutt / Lovisenberg for barne- og familiepraktikum. Altså utvide dette samarbeidet til også å gjelde en PSI-klinikk for voksne ved LDS.

– Dette møtte motstand fra voksenklinikkerne ved PSI. De var bekymret for autonomien. Da justerte vi, i samråd med LDS, vårt forslag til å være slik at PSI kun skulle leie et lokale ved LDS og etablere en hundre prosent autonom voksenklinikk der. Altså bare flytte den klinikkdriften vi har i dag, fysisk til bedre lokaler. Dette er den modellen som er beskrevet i de siste styredokumentene, sier Kraft til Psykologtidsskriftet.

Klinikkjef Anne-Stine Meltzer ved Nic Waals Institutt / Lovisenberg Diakonale Sykehus opplyser til Psykologtidsskriftet at de har hatt et svært godt samarbeid med Psykologisk institutt om studentklinikken.

Instituttleder Kraft fremholder at når universitetsledelsen vedtok å stenge klinikken, sa de også at etablering av klinikk etter en slik modell var uaktuell.

– Man ønsket en modell der man kan trekke veksler på LDS' system for kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet.

– *Ville du stenge klinikken på dagen?*

– Klinikkleidelsen ved PSI ble ikke konsultert før klinikken ble stengt. Vi hadde ikke meldt inn dette behovet til ledelsen. Da den ble stengt, meldte vi inn at vi trodde vi kunne iverksette noen tiltak som medførte at den kunne komme raskt i gang igjen. I ettertid har vi sett at avvikene er mange flere og mer alvorlige enn vi hadde oversikt over på det tidspunktet, sier Kraft.



AMPERT Det ble ifølge Khrono amper stemning i auditoriet på Psykologisk institutt ved Universitetet i Oslo da universitetsdirektør Gunn-Elin Aa. Bjørneboe (med ryggen til) den 17. oktober skulle forklare hvorfor studentklinikken ble stengt på dagen. Foto: Ketil Blom Haugstulen, Khrono

KLINIKK-KULTUR

De siste ukens medieoppslag har avdekket at striden om studentklinikken trolig ikke er ny.

– Jeg mener det er viktig og bra med den utluftningen som nå skjer.

Det sier tidligere instituttleder og dekan ved Det samfunnsvitenskapelige institutt Fanny Duckert til Psykologtidsskriftet.

Ifølge henne har klinikken alltid vært uavhengige arenaer.

– Man har ikke uten videre kunnet komme inn og stille spørsmål eller avkreve ting. De har vært autonome og relativt lukkede systemer, og det har vært vanskelig å finne ut hva som foregår, mener Duckert (se intervju side 1048).

Klinikkleder Siri Gullestad avviser overfor Psykologtidsskriftet at klinikken har vært lukkede systemer og ikke drevet åpent nok.

Også andre kilder Psykologtidsskriftet har snakket med, forteller at striden er gammel.

Psykolog Jan Ketil Arnulf er professor ved Institutt for ledelse og organisasjon ved Handelshøyskolen BI og har særlig forsket på hvordan ledelse utøves og skapes.

På Psykologtidsskriftets spørsmål om hva han mener er årsaken til at konfliktene ved Psykologisk institutt i det siste er blitt så polariserte, svarer Arnulf:

– Det kan se ut til at interne faglige uenigheter på Psykologisk institutt i Oslo har pågått i flere tiår.

Ifølge Arnulf er den som påtar seg lovregulerte samfunnsoppdrag, selvsagt sårbar for at interne stridigheter blir juristmat.

– Jus og psykologi er sjelden en harmonisk kombinasjon.

– Jus og psykologi er sjelden en harmonisk kombinasjon

*Jan Ketil Arnulf,
psykolog og BI-professor*

»

- De stenger en virksomhet uten konkret begrunnelse i forkant. Dette har ikke skjedd tidligere

*Aslak Syse,
jusprofessor*

UTEN TILSYN

Studentklinikene ble opprettet i 1975. Fylkeslege Jan Petter Odden hos Fylkesmannen i Oslo og Akershus opplyser til Psykologtidsskriftet at så vidt han vet har Fylkesmannen aldri utført tilsyn med internklinikene ved UiO, i alle fall ikke de siste ti årene.

Da universitetsledelsen arbeidet med planene om å flytte klinikene ut av huset, fantes det ifølge dekan Nils-Henrik von der Fehr ved Det samfunnsvitenskapelige fakultet ikke rapporter fra tilsyn som hadde gjennomgått klinikene.

- Vi har aldri hatt en ordentlig faglig gjennomgang fra utenforstående myndigheter som har sjekket om alt er i orden. Det er et helt batteri av lover og forskrifter en klinikk skal forholde seg til, og vi måtte være helt sikre på at klinikkdriften var i samsvar med lovverket. Vi kom fram til at vi måtte gjøre noe, raskere enn vi i utgangspunktet hadde tenkt oss. Ansvar for at dette er i orden, er det jo UiO som har, til syvende og sist, sier von der Fehr til Psykologtidsskriftet.

Universitetsledelsen har ifølge dekanen villet flytte klinikene ut av huset og inn i et helseforetak fordi det er for krevende for en utdanningsinstitusjon å drifte denne formen for klinikk.

- Instituttledelsen har ønsket å drifte klinikken selv, men i andre lokaler, mens universitetsledelsen ønsker at helseforetaket også står for driften, sier von der Fehr.

Klinikkstormen nådde i løpet av de siste ukene toppen i Helsedepartementet.

Helseminister Bent Høie (H) skriver dette i en e-post til Psykologtidsskriftet om advokatfirmaet Kluges rapport:

- Jeg er kjent med saken. Departementet vil nå vurdere de ulike sidene, herunder forholdet til helselovgivningen.

NYANSERER

Et stridstema i konflikten om studentklinikene har vært hva klinikklederne visste om ledelsens bekymringer om driften ved klinikene, og når de visste det. Den 16. oktober sa klinikkleder Siri Gullestad til Khrono at instituttleder Pål Kraft ikke har tatt opp bekymringene sine knyttet til klinikkdriften med klinikkledere først. Leder for Psykologisk institutt Pål Kraft svarte at han forsøkte nettopp det, men at han ikke nådde fram.

Dokumentasjon fra møtevirksomheten ved Psykologisk institutt i juni tyder på at bekymring rundt klinikene ble tatt opp i møter før Pål Kraft varslet oppover i systemet. Klinik-

leder Siri Gullestad bekrefter til Psykologtidsskriftet at bekymringene ble tatt opp muntlig.

- Jeg fikk dette muntlig. Det var ikke meldt skriftlig som en bekymring, det var ikke tydelig nok. Det burde vært et brev til oss klinikkledere med innkalling til et møte med tittelen «Bekymring for klinikene». Det har det ikke vært, sier Gullestad.

- Nå sier du at du hørte om bekymringene før Kraft slo alarm oppover i systemet. Dette er noe annet enn det du har sagt før?

- Ja, jeg kan nyansere det litt. Jeg hørte om bekymringene muntlig. Det burde vært skriftlig.

JURISTMAT

Tidlig i juni spurte instituttleder Pål Kraft Fylkesmannen om hva slags virksomhet studentklinikken ved Psykologisk institutt er, og hvilke lover som regulerer virksomheten, og hva slags systemansvar som følger av dette.

Rådet han fikk fra psykolog og seniorrådgiver Ingvild Stokke Engerdahl i helseavdelingen hos Fylkesmannen i Oslo og Akershus, er å ta stilling til om klinikken yter helsehjelp, og i så fall om det er spesialisthelsetjenester.

I svaret viser seniorrådgiveren til helsetilsynsloven § 3, 1. ledd om at *Enhver som yter helse- og omsorgstjenester skal etablere et internkontrollsystem for virksomheten og sørge for at virksomheten og tjenester planlegges, utføres og vedlikeholdes i samsvar med krav fastsatt i eller i medhold av lover og forskrifter.*

- Dette innebærer bl.a. at *forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse og omsorgstjenesten* vil komme til anvendelse *uavhengig av* om dere kommer til at helsehjelpen blir vurdert som spesialisthelsetjenester, skriver seniorrådgiver Engerdahl til instituttleder Kraft.

Hun viser videre til at helsepersonelloven foruten bestemmelsen om forsvarlighet i § 4 også har «bestemmelser om systemansvar for å legge til rette for forsvarlige tjenester, jf. §§ 16 og 17».

- Pasient- og brukerrettighetsloven kommer til anvendelse uavhengig av om det ytes helse-tjenester eller spesialisthelsetjenester, skriver Engerdahl og fortsetter:

- Dagens helselovgivning er langt mer detaljert og omfattende enn det som var gjeldende rett da studentklinikken startet opp. Vi vil anbefale dere å tenke på hvilke krav og føringer dere ville basert og drevet virksomheten etter dersom den skulle startet «i dag».

Psykologen hos Fylkesmannen avslutter brevet med å ønske instituttleder Pål Kraft lykke til.

UTTALELSE, NOTAT, RAPPORT

Det kunne instituttlederen trenge, for det skulle storme kraftig i ukene som fulgte.

I sommer kom professor emeritus Aslak Syse ved Det juridiske fakultet med en fire siders uttalelse om studentklinikken, der han konkluderer med at den drives som en utdanningsklinikk, «regulert gjennom de generelt virkende helselovene».

Deretter kom Kluge Advokatfirma med sitt 45 siders notat der de konkluderte med avvik og mulige avvik fra flere lover og forskrifter: helsepersonelloven, helsetilsynsloven og kvalitetsforbedringsforskriften, pasient- og brukerrettighetsloven, pasientjournalloven, forskrift om IKT-standards, forskrift om pasientjournaler, personopplysningsloven, helseregisterloven og helseforskningsloven.

Det har vært ulike reaksjoner på det som er kommet fram om studentklinikken.

Tidligere direktør for juridisk avdeling i Legeforeningen Anne Kjersti Befring mener notatet fra Kluge Advokatfirma ikke kan brukes som begrunnelse for å stenge internklinikken. Jusprofessor Hans Petter Graver mener universitetsledelsen overreagerte.

Førsteamanuensis ved Psykologisk institutt Marit Råbu kommenterer Kluge-rapporten slik:

– Selv om det har manglet noe på rutiner i internklinikken, har det langt ifra vært fare for liv og helse. Det jobbes nå intenst med å få bedre rutiner, og så vidt jeg forstår er det meste rettet opp allerede. Befring, som er ekspert i helserett, er også kritisk til opphaussingen av resultatene fra Kluge-rapporten, skriver Råbu i en e-post til Psykologtidsskriftet.

Leder for voksenklinikk for integrativ psykoterapi, førsteamanuensis Kirsten Benum, skriver dette i en e-post den 22. oktober:

– Vi har fordelt oppgaver i akuttsituasjonen nå med å få til midlertidig drift av klinikken av hensyn til pasientene og avtaler som er inngått, og av hensyn til studentenes studieprogresjon. Vi arbeider nå (også i dag søndag) med å lukke avvik i henhold til pålegg fra internrevisjonen og i samsvar med systemfeil angitt i Kluge-rapporten.

Leder for nevropsykologisk voksenklinikk ved Psykologisk institutt, førsteamanuensis Anne-Kristin Solbakk, svarer slik:

– Jeg tar rapporten fra advokatfirmaet Kluge på største alvor. Det arbeides med tiltak for å korrigere avvik fra helselovgivningen.

Leder for klinisk avdeling Ole André Solbakken henviser til universitetsledelsen. Det har foreløpig ikke lyktes å få et intervju med universitetsledelsen etter den siste utviklingen i saken.

– OPPTRÅDT SOM TILSYNSMYNDIGHET

Universitetsledelsen har ifølge jusprofessor Aslak Syse opptrådt som tilsynsmyndighet, men uten forutgående undersøkelser.

– De stenger en virksomhet uten konkret begrunnelse i forkant. Dette har ikke skjedd tidligere, sier Syse til Psykologtidsskriftet.

– Men er det ikke slik at din rapport underbygger Kluges funn i sin siste rapport? Kan ikke forskjellen i konklusjon forklares med at Kluge i sin siste rapport har sett på helsepersonelloven, mens du så mest på lov knyttet til spesialisthelsetjeneste?



STUDENTLEDER Karethe Hustad Hansen, leder for psykologisk fagutvalg ved UiO. Foto: UiO



STUDENTLEDER Felix Koppe, leder for programutvalget for profesjon. Foto: UiO

– Da jeg ble spurt av klinikkledelelsen om å uttale meg om virksomheten, forelå en utredning fra Kluge og synspunkter fra ledelsen ved instituttet om at klinikkdirften var en spesialisthelsetjeneste. I all hovedsak var min vurdering knyttet til dette samt rutiner om blant annet journalføring. Når Kluge nå endrer standpunkt til dette hovedspørsmålet – hvor hører driften lovmessig hjemme? – så har Kluge nå falt ned på det standpunktet jeg forfektet i min vurdering, sier Syse, som understreker at spørsmålet om forsvarlighet er et sammensatt spørsmål.

– Til nå har knapt noen helsevirksomheter vært stengt på dagen. Tilsynsmyndigheter fastslår avvik som virksomheten må forholde seg til.

PROSESSENE

Striden om studentklinikene har eskalert i løpet av høsten, og det er flere saker knyttet til den, blant annet behovet for praksisplasser, drift av studentklinikk, hvilket lovverk en studentklinikk er underlagt, faglig autonomi og forskning versus klinikk.

Karethe Hustad Hansen er leder for psykologisk fagutvalg ved UiO. Hun mener årsaken til at striden er blitt så polarisert, er at det er mange saker oppe på en gang, og at alle sakene er komplekse og vanskelige, der mye står på spill, både personlig og faglig, for de involverte partene.

– Sakene har blitt blandet sammen, og jeg opplever at det har vært forhastede og mangelfulle prosesser preget av mye usikkerhet. Dette gjør at folk havner i forsvar, og det er ikke et godt utgangspunkt for de nyanserte diskusjonene disse sakene trenger. Alle parter har selvfølgelig et visst ansvar for sine egne reaksjoner i enhver konflikt, men her synes jeg ledelsen har et særlig ansvar fordi det er de som forvalter prosessene.

ØNSKER FORSKNINGSSENTER

Det synes som at alt startet med universitetets behov for praksisplasser for psykologstudenter. Gjennom kontakt mellom Lovisenberg og instituttleder Pål Kraft og Psykologisk institutt vokste det fram planer om å etablere et forskningssenter sammen.

– Det er et mål å etablere et nasjonalt ledende senter for klinisk psykologisk forskning innen fem år, og utvikle dette til en ledende internasjonal aktør innen ti år, skrev Kraft til instituttstyret i september.

Denne planen om et forskningssenter kommer fram i et brev om et strategisk samarbeid med Lovisenberg.

– Særlig ønsker man å ta opp det problemet at en betydelig andel av pasientene synes å ha begrenset nytte av dagens behandlingsmetoder, skriver Kraft, som i brevet opplyser at forskningssenteret skal være særlig tematisk fokusert på depresjon og komorbide lidelser.

Forskningen vil gjennomføres av forskere ved PSI og LDS, med pasientmaterialer fra LDS, og med en klinikknær profil som ivaretar brukerperspektivet i alle ledd, ifølge Krafts brev.

Foreløpig har planene kommet i skyggen av sterk strid om studentklinikene ved Universitetet i Oslo. ✕

Siri Gullestad har i etterkant ønsket å trekke sitatene og intervjuet i denne utgaven. Se hennes begrunnelse på side 1106.

– Vår plikt å formidle bekymring

– **LEDELSEN VED** Psykologisk institutt (PSI) består av Trine Waaktaar, som er professor i klinisk psykologi, og førsteamanuensis Tor Endestad, som har bred kompetanse, inklusive klinisk erfaring. Selv har jeg master- og doktorgrad i psykologi, og har vært professor i mer enn 20 år. Til sammen har vi bred og omfattende kompetanse.

Det skriver leder ved Psykologisk institutt i Oslo Pål Kraft i et svar på kritikken som rettes mot ham i denne utgaven av Psykologtidsskriftet.

– Når ledelsen i en organisasjon som leverer helsetjenester, er utrygg på om klinikkdirften er i brudd med lover og forskrifter, er det dens plikt å iverksette undersøkelser. Det er nå avdekket gjennomgående systemsvikt knyttet til helselovgivning, personvern, informasjonssikkerhet og internkontroll. Dette har pågått over mange år. Det var på høy tid at noen tok tak i det.

– Siri Gullestad har i en årrekke vært instituttleder og klinikkleder. Hun er en av Norges mest profilerte klinikere. Det er avdekket avvik på 9 av 10 helselover i hennes klinikk. Det er lite tillitvekkende at det var den nye instituttledelsen som måtte gjøre henne oppmerksom på dette. Hun burde for lengst ha oppdaget og rettet opp i dette selv. Man må undres over hvorfor så ikke har skjedd.

– Ledelsen ved PSI har hatt mange møter med det kliniske fagmiljøet. Der tok vi opp det juridiske grunnlaget for driften. Vi fikk ingen resonans. Det var vår plikt å formidle vår bekymring til fakultet og universitetet, skriver Pål Kraft.



BEKLAGER En av klinikklederne ved Psykologisk institutt i Oslo, Siri Gullestad, beklager manglene som er avdekket i studentklinikkene.

– Ikke unikt

Avvikene som er avdekket ved studentklinikkene ved Psykologisk institutt i Oslo, er ikke mer dramatiske enn det man finner ved andre poliklinikker, mener klinikkleder Siri Gullestad. Hun beklager manglene.

– **KLUGE-RAPPORTEN** avdekker mangler og avvik i rutiner og systemer som skulle vært på plass. Det er bare å beklage. Jeg tar min del av ansvaret for at vi ikke har vært skjerpet på de økte krav som ligger i helselovgivningen, på systemnivå.

Det sier professor Siri Gullestad på Psykologisk institutt ved Universitetet i Oslo. Hun er leder for klinikk for psykodynamisk terapi, en av klinikkene som har fått flomlyset på seg de siste ukene.

TEKST

Øystein Helmikstøl

FOTO

Fartein Rudjord

»

SYSTEMSVIKT

– Det er viktig for meg at ingen stiller spørsmål om forsvarligheten i behandlingene eller kvaliteten på det undervisningstilbudet og de behandlingene vi gir, sier Gullestad.

– Etter Kluge kom internrevisjonen, og den er unndratt offentlighet ennå.¹ Vi sitter og korrigerer fakta på den nå. Men det som blir stadig klarere, er at det er en systemkrise. Det dreier seg om ansvar på mange nivåer: fra IT og teknisk-administrativt ansvar til instituttledelse, fakultetsledelse og oppover. Det dreier seg om å ha internkontrollsystemer som sikrer at driften er i samsvar med gjeldende lovverk. Det er et systemansvar.

– Frykter du internrevisjonens rapport?

– Den sitter jeg med her nå. Den er nyttig fordi den spesifiserer svakheter og gir konkrete råd om utbedring, særlig når det gjelder håndtering av personsensitivt materiale.

POLARISERT

– Hvorfor tror du striden om studentklinikken har blitt så polarisert?

– Det startet med ønsket fra ledelsen om å flytte internklinikken ut i spesialisthelsetjenesten. Instituttet har god erfaring med barneklินิกken i samarbeid med Nic Waals Institutt.

Vi ved voksenklinikken har vært sterkt imot å flytte. Internpraksisen er en undervisningsklinikk som har spesifikke formål. Den er et laboratorium for opplæring i psykoterapi.

– Hvilke overordnede konfliktlinjer som angår psykisk helsearbeid, ser du i denne striden?

– Internklinikker er en kjerne i profesjonsutdanningen. Vi har en ledelse som ikke har vært i noen god dialog med fagmiljøet om dette. Hvis du skal flytte en virksomhet ut, en internklinikk, må det være på bakgrunn av en utredning, en konsekvensanalyse, og det må være en inngående dialog med de berørte fagmiljøer.

– Hele Norge har nå fått innblikk i driften av en klinikk. Hva har Norge sett, og er du fornøyd med hva folk har fått innblikk i?

– Nei, jeg beklager de manglene som er avdekket.

- IKKE UNIKT

– Hva slags inntrykk tror du folk har av klinikken på Universitetet i Oslo?

– Vi har utdannet mange psykologer som opplever at de har fått meget god opplæring ved våre internklinikker. Det er nok bakgrunnen for at så mange nå understreker at de ikke betviler at behandlingene og undervisningen er av høy kvalitet. Vi har utrolig flinke studenter. Mange skjønner overhodet ikke – og jeg skjønner ikke – at klinikken ble stengt på dagen. Det er klart at det dreier seg om avvik, noen mer alvorlige enn andre. Men slike avvik finner man ofte ved tilsyn. Det er ikke noe mer dramatisk enn det man finner ved andre poliklinikker. Tiltaket – stengningen – er uproporsjonal i forhold til bekymringen.

.....

1. Rapporten «Internkontroll klinikkdrift Psykologisk institutt (PSI)» fra Enhet for intern revisjon ved Universitetet i Oslo ble offentliggjort den 24. oktober. Intervjuet med Siri Gullestad ble gjort 21. oktober.

Det jeg beklager aller mest, er at vi ikke fikk anledning til å rette opp mangler i en tett dialog med for eksempel internrevisjonen.

– Du mener at dette innblikket i psykisk helsearbeid i Norge ikke er unikt?

– Nei, det er ikke unikt. Men jeg er ikke stolt av det. Jeg har også bidratt til å få det systemet vi har, som burde vært bedre. Det er delvis mitt ansvar, og det er delvis mange andres ansvar.

– Har du vurdert din stilling som klinikkleder?

– Nei, jeg har ikke det. Jeg ønsker å være med og rydde opp. Jeg mener jeg er i en god posisjon til å gjøre det.

– Har klinikkene vært lukkede systemer og ikke drevet åpent nok?

– Vi har drevet helt åpent.

– Hva kan norske psykologer lære av denne striden?

– Når det gjelder organisering av klinikk, så er det å være skjerpet på det komplekse lovverket som eksisterer i dag.

– Vil du si noe om forholdet mellom klinikk og forskning?

– Det mest overordnede er at det er et forpliktet forhold mellom de to. Psykologstudiene i Norge hviler på en «science-practitioner», en tanke om integrasjon mellom vitenskap og praksis. En fin tanke, men som ofte er utfordrende i praksis. Man har snakket om et «gap» mellom klinikk og forskning. Denne situasjonen er i ferd med å endre seg. Fanny Duckert kritiserer klinikken for å være faglig utdatert og for ikke å ha fulgt med i timen. Det synes jeg er udokumenterte påstander, for å si det kort. Noe av begrunnelsen for internklinikk er også at den driftes av de forskningskompetente lærerne.

– Har du skjøvet studenter og pasienter foran deg i denne striden?

– Nei.

– Har du hatt uoffisielle møter med studenter i denne prosessen?

– Nei. Men jeg har snakket med dem når de har henvendt seg. Det har vært et stort behov for informasjon om hva som skjer. Og vi har også kontinuerlige faglige diskusjoner om hva slags former for praksis som gir mest relevant psykologkompetanse. ✘



ORGANISERING Interne psykologklinikker ved de ulike universitetene organiserer seg ulikt. I Bergen skal institutt for klinisk psykologi flytte til denne helseklyngen som er under oppføring. Her vil instituttet samarbeide tett med kommunale lavtersketilbud. Illustrasjon: Studio Gohde/B+B Arkitekter

GÅR GJENNOM EGEN VIRKSOMHET PÅ NYTT

Lovbruddene ved internklinikken på Psykologisk institutt i Oslo gjør at andre universitetsklinikker tar en gjennomgang av egne rutiner.



TEKST Per Olav Solberg

Tromsø: Meldte selv avvik til fylkeslegen

Våren 2016 avdekket internklinikken ved Psykologisk institutt i Tromsø avvik fra journalforskriftene og meldte det inn selv.

VED PSYKOLOGISK INSTITUTT i Tromsø mener klinikkleder Ingunn Skre at de har kontroll på egne rutiner, og at lovverket blir fulgt.

– Vi har nylig hatt en full gjennomgang av virksomheten etter at vi selv oppdaget et avvik noen år tilbake i tid knyttet til journalføring. Vi har hatt et elektronisk journalsystem gjennom Psykbase siden 2009, men systemet ble i dette enkeltstående tilfellet ikke brukt slik det skulle. Avviket var så omfattende at vi valgte å melde det inn til Fylkeslegen. Det var i den sammenheng vi ble bedt om å svare på spørsmål om klinikken, hvordan vi jobber, hvilke systemer vi har, og hvordan vi forholder oss til lovverket, sier Skre. Fylkeslegen konkluderte med at det «ikke var grunnlag for videre tilsynsmessig oppfølging av virksomheten», som det heter i brevet.

– *Det som har skjedd i Oslo, har dermed ikke fått noen umiddelbare konsekvenser hos dere nå?*

– For å si det slik: Jeg har drevet en omfattende informasjonsvirksomhet om klinikkdriften til universitetsledelsen og innad til studenter og ansatte, i etterkant av det som har blitt avdekket i Kluge-rapporten. Vi har også gått gjennom Kluge-rapporten og funnet et avvik hos oss: Vi har ikke vært gode nok til å opplyse pasienter om klagerettigheter. Det lager vi nå bedre rutiner for.

– *Hva tenker du om det som har blitt avdekket i Oslo?*

– Det er bekymringsfullt for både instituttet, klinikken, studentene og pasientene at situasjonen blir såpass dramatisk. Samtidig er det nå dialog mellom universitetsledelsen og instituttet der det jobbes med å lukke avvikene som er funnet, og det er positivt. Internklinikken i Tromsø startet opp så sent som i 2004, og vi har hatt en fordel av at vi ble etablert når det var et temmelig tydelig helserettlig lovverk rundt oss. Da kunne vi med en gang rigge klinikken opp mot lovverket, noe det ble brukt mye tid på. Det eksisterte knapt noe lovverk da klinikken i Oslo ble etablert for 42 år siden, sier Skre.

Klinikkdriften i Tromsø er organisert annerledes enn i Oslo. Fjerdeårs praksis kan enten foregå internt på campus eller eksternt, der studentene får prøvd seg enten i førstelinjen eller i andrelinjen. Som i Bergen og Trondheim mener Skre at den interne klinikken ved instituttet ikke er underlagt lov om spesialisthelsetjenester.

– I den interne klinikken får vi inn pasienter med lettere psykiske plager, henvist fra fastleger. Dette er tjenester som ikke er regulert i lov om spesialisthelsetjenester, men vi jobber *som om* vi er omfattet av dette lovverket. Vi retter oss etter helsepersonelloven og pasientrettighetsloven i all vår virksomhet. Dette for at studentene skal bli trent for den virkeligheten de en dag skal jobbe i, sier Skre og fortsetter:

– De eksterne plassene er knyttet til helsestasjoner og noe vi kaller Psykhjelpen. Disse er førstelinjetilbud for foreldre og barn samt ungdom som ønsker rådgivning eller psykisk helsehjelp. De tar gjerne direkte kontakt med psykologen. Vi har også eksterne plasser i spesialisthelse-



INGUNN SKRE, instituttleder ved Psykologisk institutt, Universitetet i Tromsø. Foto: Anne Hartviksen, UiT

– Vi har hatt en fordel av at vi ble etablert når det var et temmelig tydelig helserettlig lovverk rundt oss.

Ingunn Skre, instituttleder ved UiT

tjenesten. Det betyr at våre fjerdeårsstudenter kan ha sin første omfattende kliniske praksis i internklinikk, i primærhelsetjenesten eller i spesialisthelsetjenesten.

– *Helselovverket er omfattende, noe Kluges rapport viser. Er det en fare for at de psykologiske instituttene blir ensomme enklaver uten nok fokus på denne delen av opplæringen?*

– Jeg tror det er svært viktig at instituttene har ansatte og kontaktpunkter som jobber i psykisk helsevern, også på ledernivå, og som hele tiden er oppdatert på endringer som skjer der ute. Vi er opptatt av dette hos oss og har ansatte med bakgrunn i spesialisthelsetjenesten, avslutter Skre. »

Bergen: Vil være føre var

For et år siden ble det avdekket mangler knyttet til datasikkerhet ved internklinikken i Bergen. Nå går de gjennom egne rutiner på nytt etter Kluge-rapporten.

DEKAN VED PSYKOLOGISK fakultet ved Universitetet i Bergen Bente Wold bekrefter at den juridiske gjennomgangen advokatfirmaet Kluge har gjort, og avvikene som har blitt avdekket ved instituttet i Oslo, har betydning også for dem.

– Vi var spente på hva som ville komme fram i Oslo, men jeg synes likevel det er pussig at klinikken ble stengt på dagen, særlig etter å ha lest rapporten fra Kluge. De anbefaler å gjenåpne, selv om en rekke forhold må utbedres, sier Wold.

– *Hvordan påvirker det som skjer i Oslo, deres egen klinikk?*

– Vår internklinikk er lagt opp svært annerledes enn den på Blindern, og mye som har vært påtalt der, er ikke relevant for oss. Når det er sagt, har denne saken fått oss til å gjennomgå egne rutiner på nytt, som en type føre var-reaksjon, for å sjekke at det vi gjør, er i overensstemmelse med gjeldende lov- og regelverk. Vi hadde en intern granskning for et år siden der det ble påpekt mangler knyttet til datasikkerhet, som vi har jobbet med å utbedre, sier Wold.

I Oslo er det mye diskusjon knyttet til om internklinikken skal underordnes lov om spesialisthelsetjeneste. I Bergen er ikke dette et tema, ifølge Wold:

– Til vår klinikk kommer pasienter med lettere psykiske plager, rekrutert via fastleger eller ved at pasienter selv tar kontakt. Det er et gratistilbud i opplæringsøyemed der vi gir behandling under veiledning, men helsepersonelloven gjelder selvsagt for oss som for andre helsevirksomheter. Når studentene har ekstern praksis, som skjer en god stund etter internpraksisen, får de prøvd seg i spesialisthelsetjenesten og under lovverket som gjelder der, forklarer hun.

FLYTTING

Flytting av internklinikken er, i likhet med i Oslo, også et tema i Bergen. Senhøsten 2019 skal Institutt for klinisk psykologi etter planen flytte til »



BENTE WOLD, Dekan ved Psykologisk fakultet ved Universitetet i Bergen. Foto: UiB

et nybygg – en såkalt helseklynge – som skal lokaliseres i nærheten av Haukeland sykehus. Deler av legestudiet skal også flytte dit.

– Dette nybygget vil gi oss svært gode muligheter til å drive behandling, forskning og undervisning under samme tak, sier Wold.

Men også i Bergen har den kommende flyttingen vakt bekymring, blant annet fra daværende instituttleder ved klinisk psykologi Per Einar Binder:

– Jeg synes det er leit. Jeg opplever at fakultetsledelsen ikke forholder seg til kritikken vi har kommet med av prosessen rundt flyttingen, sa Binder til studentavisen «På Høyden» i vår. Motstanden mot flyttingen skal blant annet handle om at man kan få dårligere kontakt med resten av det psykologiske fagmiljøet i Bergen, og bekymring knyttet til mindre plass.

– Det er ingen tvil om at det har vært utfordringer knyttet til denne prosessen, ikke minst hvem som skal delta i den og på hvilken måte. Prosessen har nok vært for toppstyrt, med for lite medvirkning fra vitenskapelig ansatte. Jeg er opptatt av stor grad av åpenhet og medbestemmelse her, sier Wold, som ble ansatt som ny dekan ved fakultetet i august i år.

– Etter det *Psykologtidsskriftet* forstår, dreier bekymringen om flyttingen i Bergen seg også om verdivalg: at universitetsledelsen ønsker mer fokus på forskning og mindre på opplæring i klinisk behandling.

– Det er ikke min forståelse av dette, tvert om er ambisjonene med helseklyngen både å få til bedre sammenheng mellom undervisning, forskning, og praksis internt ved de berørte instituttene hos oss og å få til økt samarbeid med kommunale helsetjenester og andre forsknings- og undervisningsmiljøer. Fokus vil være på folkehelse, primærhelsetjeneste og forebygging, og Bergen kommune er sterkt inne og vil ha flere av sine avdelinger her. Poenget er å få til et godt samarbeid mellom vår klinikk og de kommunale tjenestene, i tillegg til at forskning, klinisk praksis og undervisning bedre kan trekke veksler på hverandre. Det er viktig å si at den kliniske opplæringen fortsatt ikke vil være underlagt lov om spesialisthelsetjeneste. Det er helsetjenester innenfor lavterskel/forebygging, utenom spesialistområdet, som internklinikken skal forholde seg til. ≡

– Vi hadde en intern granskning for et år siden det det ble påpekt mangler knyttet til datasikkerhet

Bente Wold, dekan ved UiB

Trondheim: Små justeringer

Den psykologiske internklinikken ved NTNU mener å ha det meste på stell.

MARIT REITAN, dekan ved Fakultet for samfunns- og utdanningsvitenskap ved NTNU i Trondheim, skriver i en e-post til *Psykologtidsskriftet* at de har gjennomgått Kluges rapport, og at de vil gjøre noen mindre endringer:

– Vi vurderer at vår virksomhet i er i henhold til kravene i lovverket med unntak av et komplett skriftliggjort styringssystem og skjema for melding av klage som vi skal ha på plass i løpet av 14 dager, skriver Reitan.

- Hvem er formelt sett øverste ansvarlig for helsehjelpen som gis ved internklinikken deres?

- Rektor har det øverste ansvaret for all virksomhet ved NTNU, inkludert ansvar for helsehjelpen som gis ved internklinikken. Ansvaret for den faglige aktiviteten er delegert til fakultetene, ved dekanene, innenfor fakultetenes fagområder.

- Er lov om spesialisthelsetjenester relevant hos dere?

- Etter vår oppfatning av gjeldende rett er den ikke det. Vi registrerer at ulike juridiske fagmiljøer legger ulike fortolkninger til grunn når det gjelder relevansen av dette lovverket for ulike virksomheter, og vi avventer at myndighetene oppklarer eventuelle uklarheter knyttet til dette.

- Kan ansatte ved instituttet drive privatpraksis i universitetets lokaler?

- Ved NTNU drives det overhodet ikke privatpraksis i universitetets klinikker, skriver Reitan. ✕



MARIT REITAN, dekan ved Fakultet for samfunns- og utdanningsvitenskap ved NTNU i Trondheim
Foto Elin Iversen/NTNU



Utviklingstraumer - veien videre

Velkommen til panelsamtale under
Schizofrenidagene i Stavanger 9. november

Hvordan kan behandlere og systemet bedre møte personer med utviklingstraumer?

I forbindelse med lanseringen av Psykologtidsskriftets tema- nummer om utviklingstraumer inviterer tidsskriftet sammen med PsykOpp og Schizofrenidagene til samtale om nye perspektiver på tidlig traumatisering. Arrangementet finner sted under Schizofrenidagene i Stavanger den **9. november klokken 19:00** i PsykOpps lokaler.

Psykolog og forfatter Dag Nordanger vil innlede kvelden. Deretter følger en panelsamtale mellom barnepsykolog Kerstin Söderström og tidligere pasient i psykisk helsevern Birgit Undem. Sjefredaktør Bjørnar Olsen styrer ordet.

Følg oss på Facebook og Schizofrenidagene.no for mer detaljer.

- Vi ser ikke krafttakene

Statsbudsjettet er som forventet. Altfor lite kraftfullt, mener visepresident Heidi Tessand.

TEKST Nina Strand



KREVER HANDLING – I forhold til all oppmerksomheten og debatten om utenforskap og unge med psykiske helseutfordringer ser vi en påfallende mangel av krafttak i statsbudsjettet, sier Heidi Tessand. Foto: Psykologforeningen.

ISOMMER LANSERTE regjeringen *Mestre hele livet – Regjeringens strategi for god psykisk helse (2017–2022)*, som skulle inneholde en strategi for psykisk helse i hele befolkningen, med særlig fokus på barn og unge. Visepresident Heidi Tessand synes ikke regjeringens forslag til statsbudsjett lever opp til forventningene som ble skapt i sommer og under valgkampen.

– Sett i forhold til all oppmerksomheten og debatten om utenforskap og unge med psykiske helseutfordringer ser vi en påfallende mangel på krafttak i budsjettet. Hvor er de økonomiske midlene som skal til for å komme fra prat til handling? Heller ikke i sammenheng med strategien om psykisk helse, som kom i sommer, finner vi den helhetlige pakka som trengs for å støtte opp under det strategiske arbeidet.

– *Hva slags tiltak etterlyser dere?*

– Vi kan for eksempel se på skolefrafall, som er en risikofaktor for utenforskap, og som ofte henger sammen med psykisk uhelse. Noe av det viktigste i folkehelsearbeidet er å satse på inkludering – med skolemiljøer som fremmer vekst og mestring. Forslaget til statsbudsjett inneholder lite om hvordan vi kan øke inkluderingen. De viderefører det som finnes fra før, og øker litt. Det er bra, men det er ikke i nærheten av det krafttaket som trengs for å følge opp alt som ble diskutert i valgkampen.

– Det er også bra at tilskuddsordningen for psykologer i kommunene videreføres i kombinasjon med at de frie inntektene øker. Det gjør at kommunene kan trappe opp ansettelse av kommunepsykologer fram mot 2020, sier Tessand.

LITE DEBATT OM SOSIAL ULIKHET

– *Psykologforeningen sier de vil motarbeide sosial ulikhet. Hvordan synes du det perspektivet blir ivaretatt i budsjettforslaget?*

– Som et ledd i arbeidet med vårt hovedsatsingsområde «forebygging for barn og unge» har vi laget en handlingsplan. Her fremhever vi sosial ulikhet som en overbygning for alle sosiale tiltak for barn og unge. Psykologforeningen mener at barn og unge skal ha like muligheter i samfunnet. Dette er for lite fremme i samfunnsdebatten, sier visepresidenten. Inntrykket så langt er et litt kjedelig budsjett med få klare prioriteringer innenfor de områdene Psykologforeningen er opptatt av.

– I budsjettprosessen utover høsten skal vi bruke tiden godt for å finne nøyaktig hvor innsatsen burde plasseres til det beste for befolkningens psykiske helse.

SAVNER ØREMERKING

Barneombudet har foreløpig sett mest på situasjonen for helsestasjoner og skolehelsetjenesten. Så langt er de fornøyd med videreføringen av midler til helsestasjoner og skolehelsetjenesten.

– Men vi er misfornøyd med at ikke alt øremerkes. Det kunne vært gjort for en kortere periode, for eksempel fem år, sånn at man fikk denne tjenesten opp å stå, skriver Anne Lindboe i en e-post til Psykologtidsskriftet.

I tillegg peker barneombudet på at regjeringen har sendt på høring endringer i forskriften om helsestasjons- og skolehelsetjenesten, der det foreslås å utvide målet for tjenesten til også å bidra til å forebygge, avdekke og avverge vold, overgrep og omsorgssvikt. Her fremgår det at regjeringen også vurderer å inkludere behandling og oppfølging av barn og unge for både psykiske og somatiske tilstander.

– Dette er en stor endring, og den er ikke berørt i høringsdokumentet. Helsestasjonen skal gå fra å være en forebyggende og helsefremmende tjeneste til også å drive behandling. En slik endring vil måtte medføre en langt større bevilgning til tjenesten enn det som er foreslått, sier Lindboe.

FORTJENER BEDRE

Mimmi Kvisvik, leder i Fellesorganisasjonen (FO), mener vi ser en regjering som ikke er villig til å løfte de mest sårbare gruppene i samfunnet. Barnevern, tjenester til personer med utviklingshemning og folk som står langt fra arbeidslivet, fortjener en slagkraftig politikk. Til www.fo.no sier hun:

– På den andre siden er det positivt at barnevernet får 50 friske millioner til kompetanseheving. Likevel – det blir ikke noe historisk løft uten nye stillinger i barnevernet. FO krever øremerkede midler på 250 millioner kroner til barnevernstjenesten, og en flerårig opptrappingsplan for det kommunale barnevernet. ✕



Barneombud
Anne Lindboe.
Foto: Barneombudet



Leder i Fellesorganisasjonen,
Mimmi Kvisvik. Foto: FO

Hovedpunkter i budsjettforslaget

- 1,5 milliard i økte driftsinntekter til offentlige sykehus. Den gyldne regel skal videreføres, med krav om høyere vekst i helseregionene for rus og psykisk helsevern hver for seg enn for somatikk.
- Innenfor veksten i frie inntekter til kommunene er 300 millioner begrunnet med opptrappingsplanen for rusfeltet, 200 millioner begrunnet med tidlig innsats i barnehage og skole, 200 millioner begrunnet med forebyggende tiltak for barn, unge og familier.
- Regjeringen vil øke bevilgningene til rusfeltet med 2,4 milliarder i perioden 2016-2020.
- For at barn i barnevernet skal få bedre hjelp fra barnevernet og psykisk helsevesen samtidig, foreslår regjeringen 40,7 millioner kroner til to egne omsorgs- og behandlingsinstitusjoner.
- Det foreslås å styrke tilskuddsordningen til Fontenehus med 2 millioner, til vel 34 millioner i 2018. I Fontenehusene finner mennesker med psykiske helseutfordringer støtte på veien til lønnet arbeid, studier og til å ta tilbake kontroll med eget liv.
- Tilskuddsrammen til program for folkehelsearbeid i kommunene foreslås økt med vel 25 millioner. Programmet skal hjelpe kommuner til å utvikle og spre gode metoder for å fremme psykisk helse og lokalt rusforebyggende arbeid. Barn og unge er en prioritert målgruppe.
- Regjeringen foreslår å styrke innsatsen knyttet til Individuell jobbstøtte (IPS) slik at flere personer med psykiske helseproblemer får hjelp til å komme i jobb. Regjeringen foreslår å øke fullmakt for oppfølgingstjenester med ytterligere 100 millioner kroner, til totalt 200 millioner i 2018.

Kilde: Psykologforeningen.no



Vandre-psykologene

Skal vi gå og snakke om det?

TEKST

Aksel Inge Sinding og Svein Øverland*

KONTAKT

aksel@psykologsinding.no

ILLUSTRASJON

Åge Peterson

DET FINNES nå mer enn 800 registrerte psykoterapiformer. Selv om terapeutene vektlegger forskjellige sider ved terapien, er rammene overraskende like: to mennesker som snakker sammen fra hver sin stol. Hva skjer når disse to menneskene tar steget ut av terapirrommet?

Psykolog Aksel Inge Sinding i Oslo hadde tre uker fri mellom to jobber, og bestemte seg for å gi gratis terapi til de som ønsket det – med den forutsetning at det ble gjort gående ute. Sammen med psykologspesialist Svein Øverland definerte Sinding rammene for prosjektet. Hver «vandrer» skulle få to timer gratis, med én uke imellom. Alle måtte signere informert samtykke med klar informasjon om hva tilbudet innebar og ikke innebar. Det ble også gjennomført en anonym undersøkelse etter samtale, som vandreren selv kunne velge å svare på. I prosessen ble Øverland selv inspirert, og bestemte seg for å gjennomføre det samme i Trondheim. Vi beveget oss derfor ut av kontoret og ble «vandrepsykologer».

Rekrutteringen ble gjennomført via sosiale medier. Pågangen var enorm. Vi måtte begge stoppe påmeldingen etter 12 timer, da så mange tok kontakt. Sinding tilbød kun vandretterapi ute i Oslos gater og parker. Øverland lot folk velge mellom gratis vandretime og videoterapi. De fleste valgte vandretterapi. Samtidig spurte han sine «vanlige» pasienter om det samme. Omtrent halvparten ønsket da heller å gå en tur enn å møtes på kontoret(!).

I løpet av de tre neste ukene gikk vi til sammen over 50 turer på én time hver. Dette tilsvarer omtrent 3000 minutter og 500 000 skritt. Alle vandrerne møtte opp som avtalt, ingen meldte frafall. Turene foregikk ute i Oslos og Trondheims gater og parker, i temperaturer fra fire plussgrader til 17 minusgrader. Vi fikk møte 25 unike vandrere med hver sin historie.

VANDRENDE SAMTALER GJENNOM HISTORIEN

Samtaler i bevegelse ute er ikke noe nytt for mennesker. I Antikkens Hellas gjennomførte

* Forfatterne har ingen økonomiske interesser i konseptet Vandrepyskologene.

Aristoteles som regel forelesninger og veiledning vandrende. Dette gav opphav til den peripatetiske skolen, som kommer av det greske ordet for vandring (peripatetikos). Både Sokrates og Platon vandret også. De mente at vandring var den edleste måten å frigjøre seg fra forutinntatte oppfatninger og holdninger på, og dermed å tenke klart. Fra nettopp denne tradisjonen kommer begrepet «sokratisk vandring», som er en samtale der to personer går sammen, og der den ene får snakke uavbrutt om sin egen tankestrøm.

Også senere filosofer har sverget til naturen og vandring som essensielle kilder for sine ideer. Rousseau hevdet at han ikke *kunne* tenke uten å vandre samtidig. Han mente at den som går i mange, timer kan få til alt. Han blir uten identitet, uten historie og uten fremtid – han bare er. Også Nietzsche unnfanget mange av sine ideer på tur og hevdet selv at «all truly great thoughts are conceived by walking».

Fra vårt eget liv er mange av oss kjent med at det å gå en tur, kjøre bil eller gjøre en aktivitet sammen ofte gjør samtaler bedre. Det skaper mer flyt og åpenhet, fordi man er i bevegelse og slipper tidvis ubehagelig blikkontakt ved vanskelige temaer. Noen ganger glemmer selv vi psykologer hvor vanskelig det kan være å møte andres blikk når en kjenner på skam. Vi tar vanskelige samtaler over telefon og beveger oss mens vi snakker for å minske ubehaget. «Frisk luft, lys, bevegelse og høyt under taket gjør det lettere for meg å snakke om det vonde», sa en av vandrerne.

VANDRING I PSYKOLOGIEN

Vandring har også en viss plass i psykologien. I de tidlige psykoanalytiske miljøene var gåturer et viktig verktøy for å tenke nytt om psyken. De siste årene i USA har Walk and Talk Therapy blitt stadig mer populært, og i New York er Central Park kontoret for flere psykote-

rapeuter. Også i Norge blir gåturer tidvis brukt i helsetilbud som ACT-team, rusomsorgen, BUP og Barnevernstjenesten. Samtidig vet vi at de aller fleste psykologtimer i Norge foregår inne på et kontor med lukket dør. Hvorfor vegrer vi psykologer oss for å ta behandlingen ut?

En innvending mot vandreterapi er det sensitive innholdet i samtalene våre. Hva om noen hører det? Hva om noen gjenkjenner noen av oss på gaten? Hva om det blir for sterke følelser? Noen undrer seg om terapeuten blir mindre fokusert, eller om klienter holder tilbake viktig informasjon fordi man er ute. Det oppstod imidlertid få utfordringer knyttet til disse innsigelsene underveis i prosjektet. Det var generelt få mennesker i områdene vi gikk i, noe som gjorde at samtalene stort sett fløt uavbrutt. Vi avtalte alltid på forhånd hvordan vi skulle justere tempo og retning hvis vi møtte andre mennesker mens vi diskuterte noe sensitivt. Vi hadde også forberedt oss på hva vi skulle gjøre hvis vi møtte noen vi kjente. Instruksjonen var da at vi ikke skulle sakke tempo, kun hilse raskt og ikke innby til videre samtale. Dette ble det imidlertid aldri behov for.

Vi tror at det største hinderet for å gå ut med pasientene først og fremst er psykologenes eget behov for kjente rammer. Ut av kontoret er ut av komfortsonen. Det kan bli kaldt og vått, men også uvant og utrygt for terapeuten. Disse antakelsene har vi fått bekreftet gjennom en rekke samtaler med andre psykologer både før og etter prosjektet. Det føles galt og litt forbudt å ta det ut av terapirommet. Sindings største vegring ved prosjektet var nettopp hva andre psykologer ville synes om det. En slik magefølelse sier noe om hvordan vi har definert rammene for terapi. Det er fortsatt ganske tabubelagt å gå til psykolog. Kanskje vi bidrar til stigmatisering ved å kun tilby terapi bak lukkede dører?

Da vi først kom oss ut og over dørstokken til det nye, merket vi at mye også var som vanlig. Vandrerne vi møtte, var like ulike som de vi møter på kontoret. De var i de fleste aldre, fra ung voksen til nesten pensjonert. Temaer var personlige kriser, vanskelige opplevelser i fortiden, panikkangst, rusproblemer, kjærlighet, alkohol, skadelige relasjoner, seksualitet, perfektjonisme og overdreven bekymring. Alvorlighetsgraden varierte stort. Det var alt fra



Ut av kontoret er ut
av komfortsonen





dyp frustrasjon og fortvilelse til nysgjerrighet. Noen hadde strevd lenge, for andre var det mer akutt. Det var altså ingen indikasjoner på at kun selekterte pasientgrupper ønsket å benytte seg av vandreterapi.

VANDRETERAPIENS EGENART

Det ble imidlertid raskt tydelig at vandretimene artet seg noe annerledes enn de pleier å gjøre på kontoret. Vandrerne virket å bli raskere komfortable med det å snakke med oss om det som var vanskelig. De kom tidligere til kjernen i utfordringene og var svært åpne om sine tanker og opplevelser. Vanskelige temaer som sorg og skam ble diskutert vandrede under buede trær, i snø og minusgrader. Noen ganger allerede et par minutter inn i turen.

Terapeuten og vandreren fikk omgivelsene som et felles ytre punkt å feste oppmerksomheten på – såkalt *triangulering*. Felles oppmerksomhet gjorde sterke følelser som tristhet og sinne mer håndterbare. Vandreterapien fungerte altså til en viss grad *følelsesmessig nedregulerende*. Dette kjenner vi igjen fra kontoret også, når man for eksempel bruker en tavle eller et skjema for å beskrive problemet. Slik nedregulering kan være både en fordel og en ulempe,

avhengig av hvordan man ønsker å jobbe. Hvis pasienten er lammet av sterke følelser, har vansker med å fortelle hva som smerter, eller mistrives overfor en autoritet, kan vandring være et godt alternativ. Hvis man ønsker en mer emosjonsfokusert tilnærming for å fasilitere og stå i følelsene, kan kontoret være en mer virkningsfull arena. Sinding bruker ofte vandretimer for å planlegge mer emosjonsfokusert arbeid på kontoret.

Flere vandrere trakk frem gleden ved å være ute som en egen bonus. Bare det å sette en fot foran den andre og bevege seg er funnet å skape positive følelser i mennesker. Psykologene Miller og Krizan (2016) fant i tre ulike studier at studenter rapporterte glede etter å ha gått en tur, selv når de ikke forventet å oppleve glede eller visste at dette ble målt. De konkluderer med at gange er tett knyttet opp mot evolusjonsmessig nyttige aktiviteter som å sanke mat og utforske verden. Bevegelse øker også blodsirkulasjon og utløser endorfiner, noe som gjør godt for kroppen og psyken. Effekten av dagslys og åpne, naturlige plasser skal heller ikke undervurderes. Mange av vandrerne hadde travle dager med mye arbeid, og var takknemlige for å få tilbringe litt tid utendørs samtidig som de gjorde noe meningsfullt.



Det føles galt og litt forbudt å ta det ut av terapirommet

En rekke studier viser videre at bevegelse øker kreativiteten. Hjernen stimuleres til å finne nye måter å se problemer på. Merk at dette ikke bare øker kreativiteten hos klienten, det har like stor innvirkning på terapeuten. Flere ganger underveis i turer merket vi at vi brukte andre innfallsvinkler enn vi vanligvis gjorde på kontoret. Ved å bryte opp noe av det automatiserte ved terapeutrollen ble vi selv mer oppmerksomme og nyskapende i våre terapeutiske intervensjoner. Vi tror derfor at det har gjort oss til bedre psykologer, både der og da og senere.

Uteterapien ba også på noen dramaturgiske fordeler. Når vi gikk, kunne vi faktisk fysisk styre tempoet i samtalen. Et spesielt viktig tema gjorde det naturlig å gå saktere. Når det følte naturlig å stoppe og oppsummere litt, kunne vi også fysisk stoppe opp. Slike pauser skapte en naturlige dramaturgi som skjerpet vandrerenes fokus og tok oss ut av flyten for en liten stund. Sinding hadde en rute som vekslet mellom åpne og mer lukkede deler av parken, noe som kunne påvirke både tema og grad av alvorlighet i samtalen. Det var ofte at de mørkeste tankene og følelsene kom frem i de mørkere delene av parken. Øverland hadde noen ganger med seg hunden sin, Charlie. Noen ganger fikk Charlie løpe fritt. Nesten uten unntak førte det til at terapeuten og vandreren fikk en anledning til å smile og le sammen – og å gjøre noen betraktninger om det å være bundet eller fri.

Turene ga også mye plass til oppmerksomt nærvær. Vi så trær, plasser, mennesker, hørte fugler og trafikk, kjente føttene knase i snøen, kulden i ansiktet, trakk inn kald luft og fikk en pause fra tankene våre. Intervensjoner for oppmerksomhet nærvær fungerte godt for flere av vandrerne. En ung jente som strevde med perfektjonisme, sa følgende da hun og Sinding kikket utover en park: «Nå kjenner jeg at jeg blir trist. Jeg er vanligvis så opphengt i mine egne

tanker at jeg ikke legger merke til og setter pris på hvor mye fint som er rundt oss. Dette vil jeg gjøre noe med.»

Strukturerte intervensjoner med verk-tøy og skjemaer ble imidlertid vanskelig å benytte eller instruere i, rent praktisk. Noen ganger savnet vi muligheten til å notere, vise modeller og sette ting i sammenheng. Andre ting som ble vanskelig, var å legge planer og utforme hjemmeoppgaver til andre time. Beskjeder og hjemmeoppgaver ble glemt fordi det ikke ble skrevet ned. Dette kunne ha blitt løst gjennom annen korrespondanse utenfor turen.

PÅ TIDE Å KLATRE UT AV BOKSEN?

Før foregikk helsetjenester stort sett hjemme hos pasienter med helsepersonell som besø-kende. Med inntoget av nye maskiner og øko-nomisering av arbeidstid ble helsetjenestene sentralisert til felles legekontorer og sykehus. Da psykologene kom, ble også deres tilbud opprettet innenfor fire vegger. Slik er det for det meste fortsatt. Den eneste forskjellen i ram-mene i løpet av over 100 år er at der pasien-ten før lå på en sjeselong, sitter han/hun nå på en stol.

Det skal sies at det finnes tilbud i psykisk helsevern som ikke er bundet til kontoret og ansikt-til-ansikt-terapi. Det finnes ambulante team, hjemmebesøk, kunstterapi, musikkte-rapi, hestetterapi, treningsterapi og mye, mye mer. Sykepleiere, miljøterapeuter og andre går ofte turer med innlagte pasienter. Men psyko-loger gjør det sjelden. Repål (2016) skriver at han «har prøvd å søke etter litteratur om kog-nitiv terapi og betydningen av den konteksten den gis i, men har ikke klart å finne særlig mye om emnet» (s. 4).

Undersøkelsen i etterkant støttet oppfat-ningen vår om at vandrerne verdsatte turene. Samtlige av vandrerne sa seg enig (27,3 %) eller helt enig (72,7 %) i at de fikk positivt utbytte av samtalen. Samtlige vandrere sa seg enig (27,3 %) eller helt enig (72,7 %) i at de var komfortable med å snakke gående ute. Over halv-parten (54,5 %) sa at det var lettere å snakke utendørs enn det ville vært inne, og resten (45,5 %) svarte det ikke hadde noen betyd-ning fra eller til. Ingen mente det ville vært lettere inne. En vandrер bemerket også føl-gende: «Når vi passerer andre som snakker her i parken, så merker jeg meg at de også så å si





alltid snakker om seg selv, andre eller vanskelige ting de har opplevd. Jeg føler at dette er mer naturlig.»

Å gå ute med klienter var inspirerende. Det føles godt å klatre ut av boksen for en liten

stund – kantene er ikke så skarpe som man skulle tro. Helt avslutningsvis er vi også takknemlige for å ha fått tilbrakt så mye tid ute i arbeidstiden – Sinding gikk for øvrig ned fire kilo som følge av all vandringen. ✕

REFERANSER

Miller, J.C. & Krizan, Z. (2016). Walking facilitates positive affect (even when expecting the opposite). *Emotion*, 16(5), 775-785.

Repål, A. (2016). Hvor, ikke bare hva og hvordan. *Tidsskrift for Kognitiv Terapi*, 1(17), 4.

Nobelpris til lirkemiddel-arkitekt

Det er 15 år siden sist en psykolog fikk nobelprisen i økonomi. Nå skjer det igjen.

RIKTIGNOK ER Richard Thaler økonom av utdanning og yrke, men omtaler seg selv som «klinisk økonom» og «atferdsøkonom», om noen skulle spørre etter tittel. Han synes også «valgarkitekt» er en god beskrivelse.

I unge år var Thaler opptatt av pengelivets paradokser og samlet avvik mellom folks vurderinger og økonomisk teori. Han skrev avvikene opp i noe som han kalte *Listen*. I 1976 traff han psykologen Baruch Fischhoff på en konferanse, og fikk det råd å ta en kikk på Kahneman og Tverskys forskning. Thaler leste en artikkel som ga ham akutt hjertebank, etter hva han selv beretter. Den halvtimen han brukte på artikkelen, endret livet hans for bestandig. Nå innså han at det kunne skimtes et system bak paradoksene på listen, det fantes en logikk i irrasjonaliteten.

BLID OG FREKK

Thaler er blid og frekk. Han morer seg godlynt over folks forunderlige evne til å trosse økonomiske prinsipper, og spør om vi ikke kan bruke våre særheter til å få det bedre med oss selv. For eksempel har mennesker en tendens til å holde atskilte «mentale regnskaper» (mental accounting), som gjør at vi kan glede oss over våre små gevinster på ett område, selv om tallene ellers går i rødt. Thaler gir gode råd om å slå tap sammen, mens inntekter skaper størst trivsel ved å deles opp og nytes i porsjoner. Tap kan også kalles «omkostninger», og kjennes da straks litt bedre.

Endowment-effekten var en tidlig favoritt. Den handler om folks magiske tendens til å skru opp verdien på det de er kommet i besittelse av. Du vil gi minst mulig for et pynetekrus eller en aksje, men pipen får en annen lyd straks koppen eller aksjen er blitt din og det er spørsmål om å selge eller gi bort. Her passer det med et sitat fra den danske forfatteren Henrik Pontoppidan, også en nobelprisvinner, riktignok fra 1917 og i litteratur. I hovedverket *Lykke-Per* filosoferes det over ting «som er blitt vår eiendom ved et tilfelle.» Vi anskaffer for eksempel en nokså likegyldig kommode, «men i samme øyeblikk vi har besluttet å kjøpe den og

den er blitt vår, foregår det en hemmelighetsfull forvandling med den og med oss. Varsomt stryker vår hånd over polituren, [...] og tvinges vi senere i livet til å skille oss av med den, er det for oss, som om vi mistet en del av oss selv. Dette er besittelsens mysterium» (1905, s. 341). Kan det være prinsippet om at tap ruver mer enn vinning som er mysteriet, ville Thaler sagt.

LIRKEMIDLER

Om våre valg er styrt av slike uøkonomiske prinsipper, blir det viktig hvordan de tilrettelegges. Hvis man vil ha folk til å handle på en måte som gagnar dem og fellesskapet, må man skape situasjoner der det enkleste handlingsalternativet er det beste. Sammen med juristen Cass Sunstein har Thaler frontet bruk av «nudging» fremfor sterke virkemidler. Folk bør få sin frihet til å velge samtidig som de lirkes i ønsket retning. Så hvorfor ikke kalle nudges på norsk for *lirkemidler* (Teigen, 2017)? Bruk av «default»-alternativer, som på norsk kan kalles *standardvalget* (Sunstein, 2017), er én vei å gå. Standardvalget fungerer som en diskre anbefaling, som for eksempel på et skjema der det er satt kryss på forhånd. Det blir inngått langt flere avtaler om pensjon, eller om organdonasjon, for den saks skyld, om man må krysse av for å *reservere* seg enn for å *tillate*. Her gjøres det ønskerverdige til standardvalget. Så kan vi debattere hvem det er ønskerverdig for, naturligvis.

Thaler er omdiskutert blant økonomer, og lirkemidler kan vi psykologer være med og diskutere. Uansett sier prisvinneren at han vil bruke de ni svenske millionene så irrasjonelt som mulig. ✘

REFERANSER

- Pontoppidan, H. (1905). *Lykke-Per, Bind III*. København: Gyldendalske Boghandel.
- Sunstein, C. (2017). *Valgets kval. Om å velge ikke å velge*. Oslo: Cappelen Damm Akademisk.
- Teigen, K.H. (2017). *Terningen er rund: Bedømmingspsykologi i tretten kapitler*. Oslo: Cappelen Damm Akademisk.



TEKST

Karl Halvor Teigen,
professor emeritus,
UiO, og Adjunct
Research Scientist,
Simula Research
Laboratory

Når åpenhet er til skade

Mange mennesker blir bedre av å dele sine vansker, akseptere dem og snakke om dem. Men betyr det at åpenhet alltid er et gode?

TEKST

Hedvig Montgomery og Arne Jørgen Kjosbakken, psykologer ved Montgomery AS

KONTAKT

hedvig@montgomery.no

Mange deler mye av seg selv, enten det er på Facebook, egen blogg, Instagram, Tumblr, Twitter eller andre steder, også klienter. Som fagpersoner må vi derfor være parate til å gi råd om deling er en god idé eller ikke. Svaret er ikke gitt, mange følger lett en ryggmargsrefleks som handler om å beskytte klientens privatliv. Eller vi lar oss styre av den andre sterke impulsen, og tenker at åpenhet er den beste medisin mot alt, siden vansker fort vokser når de undertrykkes eller skjules. Men både total diskresjon og total åpenhet kan være skadelig for den enkelte klient. Så hvordan skal vi komme frem til et svar? I det følgende skal vi vise noen av de refleksjonene vi har gjort oss gjennom de årene vi har jobbet med tv- og mediebransjen som psykologer og rådgivere. Åpenhet kan være både riktig og viktig, men vi har erfart at noen faktorer må være på plass for at resultatet skal bli godt. Både for den som deler, for familien og andre nære rundt personen, og for det generelle publikum.

HISTORIEN BLIR ENDRET AV Å DELES

Det som er fortalt, kan også ses på en ny måte – på godt og på vondt. Reaksjonene en historie

skaper, utenfrablikket som fortellingen gir, hva som blir fortalt, og hva som blir utelatt, alt er med på å gi historien et nytt innhold. En eldre kvinne kom innom kontoret vårt for noen år siden. Hun hadde vært med i et innslag på tv. Et hyggelig innslag som viste hvordan hun hver morgen besteg en liten fjelltopp i nærområdet. Dette hadde hun gjort helt uten unntak siden hun var barn. Opptakene gikk bra, hun likte kameramannen og reporteren. Hun så frem til at reportasjen skulle vises. Etter flere måneders venting kom endelig fredagskvelden. Akkurat denne dagen skulle hun spise middag hos sin søster, og hun gledet seg til å se innslaget sammen med søsteren og hennes familie. Stor var overraskelsen da søsteren ganske lunkent påpekte at de skulle spise kake akkurat da. Og enda mer overrasket ble vår kvinne da hun ble sittende alene i tv-stuen og se innslaget, mens de andre spiste kake. Hun følte seg svært såret og avvist. Dagen etter gikk hun for første gang ikke sin lille topp-tur. Noe var ødelagt.

Kvinnen hadde ikke delt noe som var spesielt privat, men likevel noe som var viktig for henne. Hun ble heller ikke dårlig fremstilt. Likevel ga delingen henne opplevelsen av å være lite verdifull.



GJEMMESTED Når det som er bak fasaden, blir selve fasaden, kan det bli vanskelig å gjemme seg noe sted, skriver Hedvig Montgomery og Arne Jørgen Kjosbakken. De to psykologene er opptatt av omkostningene med å stå frem i sosiale medier. Foto: Daniel K. Schweitzer

Noen ganger er det direkte skadelig å dele, som når en sterk historie ikke skaper den forventede reaksjonen. Som når man forteller om å være del av generasjon perfekt, og får høre at man er selvsentrert og sutrete. Eller man forteller om egen psykose, og opplever at ingen kaller en inn til jobbintervju lenger. Da kan vanskene forverres fordi resultatet blir mer ensomhet og isolasjon, i stedet for å vekke den aksepten som var drivkraften for å åpne seg.

BELØNNINGSDREVET DELING

Sosiale medier gjør alle til redaktører i eget liv. Mens det kun var noen få (u)heldige som fikk offentlighetens oppmerksomhet tidligere, er det i dag langt lettere å få oppmerksomhet. Men der man i tv-serier og dokumentarer har en redaktør som følger redaktørplakaten (Vær Varsom-plakaten), og dermed også har et ansvar for å ivareta og følge opp den som eksponeres, må hver og en ta vare på sin egen historie i sosiale medier, for det finnes ikke noe etablert oppfølgingsapparat. Og det er på denne selvstyrte plattformen de aller fleste historier deles i dag. Langt mer skrives på egne blogger og deles på Facebook og Instagram enn det som filtreres gjennom et produksjonsapparat.

Ikke bare *kan* vi alle dele. Vi ser at svært mange *vil* dele. Søken etter den synlige bekrefteisen på at du blir hørt og akseptert, er sterk. Antall likes og følgere er belønningen for å dele, og det er liten tvil om at det får mange til å dele mye – og kanskje spesielt i sårbare faser i livet da behovet for aksept og bekreftelse er større enn ellers. Slik er det for ungdommer, de personene som er på full fart inn i et samlivsbrudd, de som er ensomme av så mange ulike årsaker, foreldre som strever med foreldrerollen, og så videre. Det ligger en fare i at historiene blir sterkere og sterkere fordi likes-effekten må oppfylles. For uten den daglige opplevelsen av lykke som likes gir, blir kanskje livet tungt å bære. Det er lett å bli fartsblind, og da deler man stadig mer. Kanskje for mye.

Det har også skjedd en vridning i hva som deles, i løpet av de siste årene. Lenge var det de perfekte livene som ga oppmerksomhet – den strenge dietten, den gode oppdragerstilen, de lange turene. Men på et tidspunkt begynte det perfekte å kjede publikum, og det ble skapt et rom for mer upolerte innlegg. I begynnelsen ganske så befriende, en følelse av at det er plass til noe mer; en plass til oss alle. Upolerte innlegg fremstår som mer ekte og sanne, men er

”

Vi risikerer at de som faktisk er nærmest, ikke føler seg nærmest

»



Sannheten er mer relativ, foranderlig og subjektiv enn vi tror

ikke av den grunn nødvendigvis mindre belastende. For når det som er bak fasaden, blir selve fasaden, kan det bli vanskelig å gjemme seg noe sted – å leve et privatliv. Og glemt blir det heller ikke, selv om situasjonen skulle endre seg. Alt som blir delt, ligger fortsatt der ute.

Sosiale medier er relasjonelle i sin natur, og oppmerksomhet fra andre er en viktig drivkraft. Den klikk-drevne medievirkeligheten gjør at innlegg som formidler sterke følelser som kjærlighet, frykt, lyst og vantro, får stor oppmerksomhet i nyhetsstrømmen: Det er dette som fanger vår oppmerksomhet, og YouTube og nettaviser flommer over av videoer som trefter oss rett i tårekanalen, lattermuskelen eller gir oss hakeslepp. Leserne påvirker med andre ord avsenderen både direkte gjennom sin faktiske interaksjon med fortellingen, og indirekte gjennom ønsket om å bli underholdt og/eller informert.

PRIVATLIVET SOM ET STED Å SLAPPE AV

Sosiologen Erving Goffmanns begreper *backstage* og *frontstage* handler om det personlige og det private. Hans bilde er godt: Vi har alle en facade, en personlighet og et liv vi ønsker å vise frem. Denne tar vi på oss når vi går på scenen, går ut, blir filmet eller skriver noe som andre skal lese. Slik kjenner våre venner oss, slik kjenner våre kolleger oss. Og slik kan vi godt bli sett av en tilfeldig forbi passerende. «Jeg har ingenting å skjule», sier mange. Det de tenker på da, er sin *frontstage*. Men det finnes også en *backstage*, et rom som bare våre aller nærmeste kjenner, noen ganger ingen, der vi slapper av og ikke har noe filter. Det trenger ikke å være de store hemmelighetene der, kanskje bare klær og mimikk vi ikke ville vist til alle. Eller det kan være mer intime sider som seksualitet, eller væremåter som en løssluppenhet vi ikke viser frem i kontorlandskapet. Dette rommet er avgjørende for at vi skal kunne slappe av og ha det bra med oss selv.

Dersom vi viser frem vår *backstage* til alle, opphører den paradoksalt nok å fungere som avslapningsrom. Da blir den *frontstage*, og vår opplevelse av å kunne gjemme oss og bare være blir sterkt innsnevret. Alle mennesker trenger å beholde noe privat. Å «vise frem alt» er simpelthen ingen god idé.

TRE TRINN FØR DELING

Hvordan vet vi om det å dele er en god idé? Et første skritt er å forsikre oss om at noe forblir

privat, slik at vi har en *backstage* å vende tilbake til. Det er lov å sette en grense. Deretter anbefaler vi at man sammen med klienten går gjennom disse tre trinnene:

1. Hvem vet? Og hvem skulle visst først?
2. Er det sant? Kan det finnes flere sannheter?
3. Hvor står du nå? Kan du ta imot de reaksjonene som din historie utløser?

La oss gå gjennom dette punktvis.

1) Det relasjonelle i personlig informasjon – hvem vet?

Når noe viktig og personlig deles, forteller det mye hvem som får informasjonen først, og hvem som får vite det samtidig med alle andre. Skal din beste venn flytte og glemmer å fortelle det til deg, føler du deg mindre nær som venn. Når din sønn er klar for å stå frem som homofil, er det godt å få høre det direkte av ham – ikke gjennom sosiale medier eller venners venner, lenge etter alle andre. Nære relasjoner, som foreldre–barn-relasjoner, tette vennerrelasjoner eller søskenrelasjoner, er de aller viktigste for oss mennesker. Vi har et sterkt behov for disse nærmeste, nettopp fordi de ikke er utskiftbare. Disse må derfor ivaretas når noe deles. Det betyr at det er av avgjørende betydning at disse nærmeste hører for eksempel om en oppvekst med selvskading før den publiseres for en større offentlighet. Hvis ikke risikerer vi at de som faktisk *er* nærmest, ikke *føler* seg nærmest. Det kan skape unødig avstand nettopp til dem vi ellers kunne påregnet støtte fra.

Første bud er derfor å sjekke hvem som bør få høre historien først. Paradoksalt nok kan det være vanskeligere å fortelle noe viktig til våre nærmeste enn til alle, siden «alle» er en ansiktsløs størrelse. En vei er da å øve med klienten på å fortelle historien til dem som virkelig betyr noe. Men personen kan også trene på samtalen med venner, kolleger eller andre før historien deles i offentligheten. Kan vi ikke fortelle direkte til våre nærmeste om det vi deler, kan man spørre seg om deling i et offentlig rom snarere er mer tildekkende enn forløsende. For klarer vi ikke å forvalte fortellingen i nære relasjoner, kan resultatet bli økt ensomhet. I medier er fortellinger fort gårsdagens nyheter. Slik er det ikke med våre nærmeste: Her inngår det hele i en felles fortelling.

2) Er det som fortelles «sant»?

Det er mange måter å fortelle en historie på. Noe som oppleves som helt sant i en periode, kan skifte betydning senere i livet. Det handler om hvilke perspektiv vi har, vår forståelse og vår kunnskap. Vi kan ha sterke meninger om barneoppdragelse, men de endrer seg den dagen vi får egne barn. Sterke følelser kan påvirke vår vurdering av hva som er sant og viktig. Føler vi noe veldig sterkt, kan vi oppleve det som sant her og nå. Men når tiden går, ser vi sannheten med et litt annet blikk. Kort sagt: Sannheten er mer relativ, foranderlig og subjektiv enn vi tror.

Å stå frem med sin historie kan låse personen fast i den aktuelle forståelsen. Det blir vanskelig å utvikle seg, gå videre fra akkurat denne varianten av fortellingen, når alle har lest eller sett den. En kvinne som for over ti år siden sto frem med sine psykiske problemer, forteller oss at hun er langt bedre nå, men opplever det som et stort problem at alle enten vet, eller hun tror at de vet at hun sliter. Noen ganger tror hun at andre forventer at hun skal være syk, i andre sammenhenger kjenner hun angst når noen sier de er glad for at hun er så frisk. I begge tilfeller stenger fortellingen av for å bare være seg selv her og nå. Alle (sant eller ikke) kjenner hennes historie slik den en gang var, og mister dermed nysgjerrigheten for det som er sant akkurat nå.

Om det som formidles er usant, kan det også låse andre i en problematisk forståelse. Redaksjonelle miljøer bruker mye krefter på å sjekke historier, og kan utgjøre en beskyttelse som ikke finnes i sosiale medier. Å se nærmere på sannhet er en krevende øvelse, og det er særlig problematisk å være sin egen redaktør når en selv er emosjonelt aktivert. Samtidig som sannhet er helt avgjørende for at personen som står frem, skal leve godt med fortellingen på lengre sikt. Noen ganger havner personer i en spiral der de deler mer og mer, og til slutt ender med halvsannheter og kanskje rene usannheter. Styrken i symptomene som rapporteres, må økes for å holde interessen oppe hos leserne, nye historier fra fortiden må graves frem, og til slutt er det kanskje til og med fristende å fortelle noen ekte usannheter fordi det ikke er mer å hente i egen historie. Den som forteller mange usannheter om seg selv, blir til slutt en fremmed både for seg selv og sine omgivelser.

3) Å dele krever et fotfeste

Å dele sin historie gir andre mulighet til å kjenne seg igjen. Men det krever styrke å vise frem sine kanskje svakeste sider. Selv for den som omtaler seg som «psykisk sterk», er det verdt å spørre seg om en slik egenforståelse mest er et mantra, eller om den hviler i en godt fundert evaluering av egne styrker og sårbarheter. Hva vi tåler, handler mer om de relasjoner vi har og har hatt, og hvor meningsfylt vi opplever det som skjer i vårt liv. Delingen må skje fra et godt sted, et sted der det er rom for refleksjon og for å ta imot tilbakemeldingen som kan komme. Når tilbakemeldingene kommer, har vi den reelle nærheten til andre som kan hjelpe også hvis det går galt? Jo tommere det er rundt en person, jo mer fristende kan det være å fylle tomrommet med den oppmerksomhet som delingen gir. Men når oppmerksomheten går over, blir det tommere enn noen gang – og selv den minste kritikk kan være vanskelig å takle alene. Deling er et overskuddsfenomen som fungerer dårlig som nødhjelp.

En mann som hadde vært utsatt for et voldsomt press etter en feil han gjorde på jobben, valgte å si opp. Det var stor medieoppmerksomhet

rundt saken. Da han kom til oss, sto han uten støtte hos arbeidsgiver og uten inntekt. Han viste tydelige tegn på depresjon og stress. Han ønsket å gå ut i pressen for å få ut sin del av historien, det han opplevde som sin sannhet. Vi rådet ham til å vente, slik at hans sterke krisereaksjoner skulle få ebbe ut og han kunne få rom til å fortelle denne historien til sine nærmeste først. I ettertid var det lett også for ham å se at han ville ha skadet seg selv ved å gå ut i media så raskt. For selv om dette behovet var ut fra et ønske om å forsvare seg, ville et slikt forsvar sannsynligvis ført til at krisen trakk ytterligere ut. I tillegg så han situasjonen på en annen måte noen måneder senere, og den akutte reaksjonen ble ikke den versjonen han i ettertid delte med andre.

DELING HAR ALLTID EN PRIS

Deling i seg selv er verken rett eller galt, positivt eller negativt. Derimot har deling alltid en pris, og om den er verdt det, avhenger av hva den enkelte får tilbake. Samtaler om dette kommer de fleste terapeuter til å stå i stadig oftere etter hvert som flere høster erfaringer med å dele. I tv-programmene som lages, er det som regel et team som er i arbeid for å gjøre disse vurderingene. Programmer som Luksusfelten, Jeg mot meg og Stemmen i hodet legger betydelig innsats i å sikre at både samfunnsaspektet og ansvaret for den enkelte deltager blir ivaretatt. Det er ikke alltid det blir riktig likevel, for vurderingen kan være feil, eller noe kan endre seg. Men det finnes i slike redaksjonelle miljøer ressurser til å hjelpe den som trenger det videre dersom utfallet blir feil. Men alle medier stiller ikke i samme klasse, og selvmedierte medier er mest risikofylt. Psykologer som gode rådgivere kan da bli helt avgjørende for klientene. Vi trenger å bruke vår profesjonsetikk, men også å ha blikket på presseetikken. Det er mye refleksjon i Pressens Faglige Utvalg som kan være verdt å se på også for oss psykologer. All åpenhet er ikke av det gode, men nærhet og ærlige diskusjoner med en klok hjelper er alltid et gode. Våre klienters valg knyttet til hva de deler, påvirker deres liv gjennom deres relasjoner, og slik påvirker det også det de søker hjelp for hos oss psykologer. ✘

VITENSKAPELIG ARTIKKEL

TIDSSKRIFT FOR NORSK PSYKOLOGFORENING 2017 S. 1076-1087 FAGFELLEVDERT

SIMON-PETER NEUMER¹, ALEXANDRA COSTACHE², ROGER HAGEN²¹ RBUP, Øst og Sør, ² Psykologisk institutt, NTNU

KONTAKT simon-peter.neumer@r-bup.no

EFFEKTEN AV INDIKERTE TILTAK FOR FOREBYGGING AV ANGST OG DEPRESJON HOS BARN OG UNGE

- en systematisk litteraturgjennomgang

Virker indikert forebygging av angst og depresjon hos barn og ungdom?

I forberedelsen av et større forskningsprosjekt innenfor forebygging av emosjonelle lidelser hos barn har vi gjennomgått litteraturen for å danne oss en oversikt over dette arbeids- og forskningsfeltet. Denne artikkelen undersøker effekten av indikerte tiltak for forebygging av angst og depresjon hos barn og ungdom, og eventuelle mediatorer eller moderatører knyttet til effekten av disse.

Angst og depresjon hos barn og unge

Hos barn og unge er angst og depresjon de hyppigst forekommende psykiske lidelsene. De er assosiert med betydelig nedsatt livskvalitet og andre negative effekter som blant annet nedsatte skoleprestasjoner, problemer med mellommenneskelige relasjoner, alkohol- og rusmisbruk, sosial isolasjon, selvsykdom og selvmord (Cox et al., 2012; James et al., 2013; Kendall, Safford, Flannery-Schroeder, & Webb, 2004). Problemene kan være betydelige også ved mildere angst og depressive plager (Lewinsohn, Solomon, Seeley, & Zeiss, 2000).

Subkliniske depresjonssymptomer i ungdomsårene predikerer senere depresjon og selvmordsatferd i voksen alder (Fergusson, Horwood, Ridder, & Beautrais, 2005; Fombonne, Wostear, Cooper, Harrington, & Rutter, 2001), og angstlidelse i tidlig skolealder predikerer en angstlidelse fem år senere (Costello, Angold, & Keeler, 1999). Ungdom med angst eller depresjon har 2–3 ganger høyere risiko enn andre for å ha en angstlidelse eller en depresjon også i voksen alder (Pine, Cohen, Gurley, Brook, & Ma, 1998).

ABSTRACT

Effectiveness of indicated interventions for the prevention of anxiety and depression in children: a systematic review

Anxiety and depression are the two most commonly occurring disorders during childhood and adolescence. Both are linked to significant negative psychosocial outcomes. This systematic review evaluates the effects of indicated preventive interventions for anxiety and depression in children and adolescents with subclinical symptoms of anxiety and/or depression. The review includes 22 studies, with findings from 15 individual randomized controlled trials. The majority of the studies achieved a significant reduction in symptoms and/or prevented the development of clinical depression, with effect sizes ranging from low to moderate. When it comes to prevention of anxiety, and of depression and anxiety combined, there is insufficient evidence to draw any firm conclusions. Despite that, the systematic review indicates that school based interventions aimed at preventing depression can be successful.

Key words: anxiety, depression, comorbid anxiety and depression, indicated, prevention, children

Angitt forekomst av angst- og depressive lidelser varierer noe mellom ulike studier, men det estimeres at 15–20 prosent av personer under 18 år i Norge på et tidspunkt i livet har oppfylt kliniske kriterier for depresjon, og omkring 20 prosent har hatt en angstlidelse i løpet av oppveksten. Opp mot halvparten av disse vil ha en betydelig funksjonsnedsettelse som følge av dette (Mathiesen et al., 2007). For mange av barna som viser symptomer på angst og depresjon i ung alder, vedvarer symptomene i mange år, ofte helt til voksen alder (Keller et al., 1992). Angstlidelser utvikles som regel tidligere enn depresjon (Mykletun et al., 2009). Det er også vanlig med blandede symptomer, særlig ved de mindre alvorlige tilfellene, som ofte ses i primærhelsetjenesten (Verdens helseorganisasjon, 1999).

Behandling og forebygging av angst og depresjon

Behandlingsmetodene for angst og depresjon har blitt vesentlig forbedret de siste 30 årene internasjonalt (Chorpita & Daleiden, 2009) og i Norge (www.ungsinn.uit.no). Dermed kan i dag symptomene reduseres for mange pasienter. For depresjon er de vanligst brukte psykologiske behandlingsmetodene kognitiv atferdsterapi (KAT), interpersonlig psykoterapi (IPT) og psykodynamisk terapi (Cox et al., 2012). Dagens behandling for angstlidelser hos barn og unge omfatter kognitiv atferdsterapi (KAT) og/eller medisiner. Hos barn foretrekkes psykologisk behandling fremfor medisiner. Likevel finnes det et stort udekket behov i behandlingen av psykiske lidelser for barn og unge siden det er vanskelig å nå alle barn gjennom psykisk helsevern. Måltrettete forebyggende indikative tiltak kan derfor være et godt og kostnadseffektivt alternativ til senere behandling.

Teknikker brukt i KAT-basert behandling for barn med angst eller depresjon, slik som læring av mestringsferdigheter, modellering og eksponering, har vist seg å kunne ha overføringsverdi som forebyggende tiltak for subklinisk angst- og depresjonsproblematikk (Hirshfeld-Becker & Biederman, 2002).

Indikert forebygging, noen ganger også kalt indikativ eller indisert forebygging, rettes mot individer som anses å ha en svært forhøyet risiko for senere utvikling av psykiske lidelser, fordi de utviser begynnende symptomer på de ulike lidelsene. Barn og ungdom velges ut basert på for eksempel enn forhøyet skåre på måleinstrumenter for angst og/eller depresjon, selvrappport, klinisk intervju eller vurdering fra foreldre eller lærere. Deltakere til *selektive tiltak* velges derimot på grunn av deres tilhørighet til en risikogruppe (f.eks. barn av foreldre med psykiske problemer) uten at barna selv må ha gjennomgått en kartlegging eller individuell vurdering. For å velge deltakere til indikerte tiltak anvendes seleksjonskriteriene/cut-off basert på populasjonsdata. I TIM-studien (Tidlig intervensjon – Mestrende barn; Patras, Martinsen, Holen, Sund, Adolfsen, Rasmussen & Neumer, 2016) inkluderte man for eksempel barn med en cut-off på ett standardavvik over forventet middelverdi for målgruppen. Fastsetting av slike cut-off er utfordrende på grunn av faren for falske positive eller negative resultater. Det vil si at unge kan bli invitert til å delta til tross for at de ikke har alvorlige nok problemer (falsk positiv, når cut-off ligger for lavt), eller at de ikke ble invitert til tross at de har alvorlige utfordringer (falsk negativ, når cut-off ligger for høyt).

Selve intervensjonen kan rettes mot nærmiljø, skole eller familie, og fokuset kan enten være barnet selv, foreldrene eller begge deler. Formatet på intervensjonen kan være i grupper, individuelt eller en blanding av

disse (Dalgard & Bøen, 2008). Indikerte intervensjoner rettet mot barn og ungdom gjennomføres ofte i en skolesetting, enten av behandlere innenfor psykisk helse eller av skolepersonell som har fått opplæring i den aktuelle intervensjonen (Gillham et al., 2000). Per i dag har intervensjoner basert på KAT vært de mest brukte i forebyggende arbeid. Dette fordi disse er relativt kortvarige, strukturerte, og ofte kan administreres av helse- og skolepersonell (Dalgard & Bøen, 2008). Indikerte intervensjoner for depresjon hos barn og ungdom har tradisjonelt vist sterkere resultater enn universelle intervensjoner, og forskningen viser generelt bedre effekter av forebyggende tiltak for høyrisikogrupper (Horowitz & Garber, 2006; Stice, Shaw, Bohon, Marti, & Rohde, 2009). I Norge er imidlertid bare få av disse indikerte tiltakene blitt prøvd ut for angst og depresjon hos barn og unge (Martinsen, Kendall, Stark & Neumer, 2016).

Med utgangspunkt i det vi vet om lidelsenes langvarige og delvis kroniske forløp, er det svært viktig å kunne tilby barn og ungdom en effektiv hjelp så tidlig som mulig, før symptomene blir ytterligere forverret og flere problemer oppstår.

METODE

Følgende inklusjonskriterier ble anvendt:

Forskningsdesign

Studiene skulle være randomiserte og kontrollerte, med minimum 30 deltakere. Studiene skulle ha med minst en annen gruppe som intervensjonsgruppen sammenlignes opp imot. Dette kunne være «passive kontrollgrupper» (ingen form for intervensjon, venteliste), eller «aktive kontrollgrupper» som enten får standard behandling («treatment as usual»; TAU), annen psykologisk behandling eller psykologisk placebo. Studien skulle også være publisert i et fagfelleurdert tidsskrift.

Utfallsmål

Utfallsmål skulle være tilknyttet angst- og/eller depresjonssymptomer. Med mindre annet er spesifisert, brukes Cohen's d ¹, som er en stan-

1. Det er vanlig å regne en d på mindre enn 0,20 som en liten effekt, 0,20–0,79 som en middels effekt og 0,80 og oppover som en stor effekt. En positiv d indikerer at intervensjonsgruppen opplevde mer forbedring enn kontrollgruppen.

Tabell 1 Indikert forebygging ved angst

Ref.	Intervensjon, utøvd av (IU) og setting	Kontroll-gruppe	Inklusjonskriterier, deltakere og frafall	Utfallsmål, Opp-blinding	Opp-følgning	Signifikante funn	Effekt-størrelser
LaFreniere og Capuano (1997)	Intensivt program over 6 måneder inkl. psykoedukasjon og øking av sosiale støttesystemer. IU = kliniker Hjemmebasert n = 21	Ingen intervensjon n = 22	Lærerutpekt engstelig og tilbaketrukket atferd (SCBE) Alder: 2,5–6 år N = 43 (58 % J, 42 % G) Frafall: 2 %	Symptomer: SCBE (lærer) Blindet	Ingen opp-følgning	Barn i begge gruppene viste betydelig mindre engstelig og tilbaketrukket atferd, ikke signifikante forskjeller.	Ikke rapportert.

dardisert gjennomsnittsforskjell mellom pre- og post-målinger. Noen av studiene benytter seg av Pearson's r^2 , som kan variere fra -1.00 til 1.00.

Deltakerpopulasjon

Deltakere i studiene måtte være barn eller ungdom (2–18 år) som utviste symptomer eller andre karakteristika assosiert med en forhøyet risiko for senere angst og/eller depresjon. Inkludert ble kun de indikerte forebyggende studiene, der barn og ungdom med kliniske diagnoser er ekskludert. Studier med barn eller ungdom som hadde høyt nok symptomtrykk til å kvalifisere for en angst- eller depresjonsdiagnose før gjennomføringen av intervensjonen, ble vurdert å være behandlingsprogrammer snarere enn forebyggende programmer (jf. Mrazek & Haggerty, 1994). Studier med barn og ungdom som hadde forhøyet risiko grunnet faktorer utenfor dem selv (f.eks. foreldre med psykiske lidelser) uten selv å utvise karakteristika assosiert til risiko, ble ikke inkludert.

Intervensjon

Det primære målet for intervensjonen skulle være knyttet til å redusere nåværende symptomer og/eller forebygge senere utvikling av angst og/eller depresjonsdiagnose. Internett-baserte intervensjoner og studier som inkluderer farmakologiske intervensjoner, ble ikke inkludert.

Litteratursøk

Et litteratursøk ble gjennomført mellom 31. mars og 1. oktober 2014 i databasene *The Cochrane Library*, *OvidSP PsychINFO* og *OvidSP Medline*. Søk ved hjelp av søkemotoren *Google Scholar* ble også gjort. Søkeord som ble benyttet i ulike kombinasjoner, var: *Indicated, prevent*, randomized controlled trial, child*, adolescen*, school-age, youth, anxiety, depress*, mood disorder, internalizing*. Relevante artikler fra litteraturlister og metaanalyser relatert til temaet (Donovan & Spence, 2000; Jané-Llopis, Hosman, Jenkins, & Anderson, 2003; Neil & Christensen, 2009; Calear og Christensen, 2010), samt artikler som ble foreslått som aktuelle av søkemotorene, ble også undersøkt før de eventuelt ble inkludert i den systematiske gjennomgangen.

RESULTATER

I alt 645 artikler ble identifisert. Etter gjennomgang av abstrakter og nærmere undersøkelse ble 49 artikler vurdert som potensielt relevante og lest i fulltekst. 27 ble ekskludert på bakgrunn av inklusjonskriterier. I alt ble 22 artikler med til sammen 1458 deltakere inkludert i gjennomgangen³. De 22 artiklene rapporterer funn fra 15 enkeltstående randomiserte og kontrollerte studier. Av effekt- og oppfølgingsstudiene omhandlet én studie indikert forebygging rettet mot angst (se tabell 1 for en oversikt), 15 omhandlet indikert forebygging ved depresjon (tabell 2), mens to omhandlet indikerte intervensjoner rettet mot forebygging av både angst og depresjon (tabell 3).

2. En r (positiv eller negativ) på .10 regnes som en liten effekt, .30 som medium og .50 som en stor effekt.

3. De 22 studiene som er inkludert i denne litteraturgjennomgangen, er merket med * i referanselisten.

Tabell 2 Indikert forebygging ved depresjon, organisert etter intervensjonsform

Ref.	Intervensjon, utøvd av (IU) og setting	Kontroll-gruppe	Inklusjonskriterier, deltakere og frafall.	Utfallsmål	Opp-følgning	Signifikante funn	Effekt-størrelser
Clarke et al. (1995)	«Coping With Stress Course» (CWS) 15 sesjoner, 3 ganger per uke over 5 uker. IU = Kliniker Skolebasert n = 76	TAU n = 74	CES-D skåre på ≥ 24 , ikke nåværende affektiv lidelse Alder: 14–16 år N = 150 (72 % J, 18 % G) Frafall: 27 %	Symptomer: CES-D Diagnose: K-SADS-E med LIFE Ikke info om blinding.	6 og 12 md.	Signifikant færre tilfeller av både alvorlig depressiv lidelse og dystymi i CWS-gruppen enn i kontrollgruppen over hele oppfølgingsperioden (14,5 % vs. 25,7 %).	Post-test: 0,35 6 md.: -0,07 12 md.: -0,01*
Clarke et al. (2001)	CWS 15 sesjoner med ungdom, 3 separate foreldremøter. IU = kliniker Klinikkbasert n = 45	TAU n = 49	Førhøyede subkliniske depresjonssymptomer og minst én deprimert foresatt. Alder: 13–18 år N = 94 (60 % J, 40 % G) Frafall: 17 %	Symptomer: CES-D CBCL-D Funksjon: GAF Diagnose: K-SADS-E Blindet	12 og 24 md.	Intervensjonsgruppen hadde signifikant større nedgang i CES-D ($p = .005$) og risiko for depresjonsdiagnose ($p = .04$), samt økning i GAF ($p = .04$) over hele oppfølgingsperioden på to år.	Post-test: $r = .22$ 12 md.: $r = .16^{**}$
Garber et al. (2009); Beardslee et al. (2013)	CWS-basert gruppe-intervensjon 14 sesjoner med ungdom og 2 separate foreldremøter. IU = kliniker Klinikkbasert n = 159	TAU n = 157	Deprimerte foreldre og selv en subklinisk depresjonsskåre og/eller tidligere depressiv lidelse. Alder: 13–17 år N = 316 (59 % J, 41 % G) Frafall: 9,5 % post-test	Symptomer: CES-D CDRS-R Diagnose: K-SADS-PL Ikke blindet	6, 12 og 24 md.	Intervensjonsgruppen hadde signifikant større nedgang i symptomer over oppfølgingsperioden ($p = .03$), men ikke i diagnoseforekomst, med kontroll for gjetting på gruppetilhørighet fra raterne. Foreldrenes depresjon modererte effekten på både diagnose og symptomer.	Etter 2 år: 0,52 for alle 1,18 u/ deprimert forelder 0,24 m/ deprimert forelder
Arnarson & Craighead (2009); Arnarson & Craighead (2011)	CWS-, KAT- og resiliensbasert gruppeintervensjon. 14 sesjoner, 11 uker IU = skolepsykolog Skolebasert n = 69	Ingen intervensjon (Kunne selv oppsøke helsetjenester) n = 80	Enten subkliniske depresjonssymptomer eller en negativ attribusjonsstil. Alder: 14–15 år N = 171 (52 % J, 48 % G) Frafall: 20 % ved 6 md. Oppfølging	Diagnose: CAS K-SADS-PL Blindet	6 md.	Sammenliknet med kontroll, reduserte intervensjonen risiko for en førsteepisode av depresjon eller dystymi signifikant (87,8 % etter 6 md., $\chi^2 = 4,03$, $p = .0448$ og 81,8 % etter 12 md., $\chi^2 = 5,02$, $p = .025$).	Ikke rapportert.
Stice, Burton, Bearman, & Rohde (2007)	«The Blues Group» Kort CWS-basert gruppeintervensjon Fire ukentlige sesjoner på en time. IU = kliniker Skolebasert n = 50	1: Støttende gruppeterapi 2: Biblioterapi 3: Dagbok 4: Uttrykk. skriveterapi 5: Venteliste Total n = 175	CES-D-skåre på >20 uten pågående klinisk depresjon (<30 på BDI) Alder: 15–22 år N = 225 (70 % J, 30 % G) Frafall: 14 %	Symptomer: BDI	1 og 6 md.	Alle fem aktive intervensjoner viste signifikant større reduksjon i depressive symptomer ved post-test enn venteliste ($r = .29-.52$) Effekten av biblioterapi vedvarte ved 6 måneders oppfølging ($r = .29$).	Post-test: 0,71 1 md.: 0,40 6 md.: 0,13*

Tabell 2 fortsetter

Ref.	Intervensjon, utøvd av (IU) og setting	Kontroll-gruppe	Inklusjonskriterier, deltakere og frafall.	Utfallsmål	Opp-følgning	Signifikante funn	Effekt-størrelser
Stice, Rohde, Seeley, & Gau (2008); Stice, Rohde, Gau, & Wade (2010)	(1) Kort CWS-basert gruppe, seks ukentlige sesjoner på en time. <i>n</i> = 89; (2) Støttende gruppe <i>n</i> = 88; (3) Biblioterapi <i>n</i> = 80. IU = kliniker Skolebasert total <i>n</i> = 257	Ingen intervensjon <i>n</i> = 84	CES-D-skåre på ≥ 20 uten pågående klinisk depresjon Alder: 14–19 år <i>N</i> = 341 (56 % J, 44 % G) Frafall: 3 % v/post-test, 9 %, 15 % og 22 % ved hhv. 6, 12 og 24 måneders oppfølging.	Symptomer: BDI Diagnose: K-SADS Blindet Sekundære: Sosial tilpasning, rusbruk	6, 12 og 24 md.	Størst symptomreduksjon i KAT-gruppen, $d = 0,30$ og 0,29 ved hhv. ett og to års oppfølging. Signifikant lavere risiko for depressive episoder i KAT-gruppen ($p = 0,03$; $d = 0,80$) og i BT-gruppen ($p = 0,004$; $d = 2,10$) enn i kontrollgruppen i løpet av to års oppfølging.	KAT-gruppen: Diagnose 24 md.: 0,80 Symptomer 12 md.: 0,30 24 md.: 0,29
Rohde, Stice, Shaw, & Brière (2014)	CWS-basert gruppe (den samme som Stice et al., 2008) IU = skolepersonell Skolebasert <i>n</i> = 126	Biblioterapi <i>n</i> = 128 Ingen intervensjon <i>n</i> = 124	CES-D-skåre på ≥ 20 uten pågående klinisk depresjon Alder: 13–19 år <i>N</i> = 378 (68 % J, 32 % G) Frafall: 4,7 %	Symptomer og diagnose: K-SADS Blindet	6 md.	Cox-regresjon viste 8 ganger mindre risiko for å møte kriterier for en alvorlig depressiv lidelse etter 6 måneder i intervensjonsgruppen enn i de to kontrollgruppene.	KAT-gruppen: Post-test: 0,29 6 md.: 0,12
Young, Mufson, & Davies (2006)	«Interpersonal Psychotherapy-Adolescent Skills Training» (IPT-AST) + psykoedukasjon. 10 sesjoner IU = kliniker Skolebasert <i>n</i> = 27 (85,4 % J)	Skoleveiledning <i>n</i> = 14	CES-D-skåre på 16–39, 2 sub- eller kliniske depresjonssymptomer på K-SADS-PL, ikke pågående depressiv episode. Alder: 11–16 år <i>N</i> = 41 (85 % J, 15 % G) Frafall: 2,4 %	Symptomer: CES-D Diagnose: K-SADS-PL Blindet Funksjon: CGAS	3 og 6 md.	Signifikant færre depresjonssymptomer og signifikant bedre CGAS-skåre i IPT-AST gruppen ved post-test, 3 md. og 6 md. oppfølging. Ikke signifikant forskjell i forekomst av depresjonsdiagnose.	Post-test: 1,35 3 md.: 0,96 6 md.: 1,00 *
Young, Mufson & Gallop (2010)	IPT-AST IU = kliniker Skolebasert <i>n</i> = 36 (21 med foreldre, 15 uten)	Skoleveiledning <i>n</i> = 21	CES-D-skåre på 16–39, min. 2 sub- eller kliniske depresjons-symptomer på K-SADS-PL, ikke pågående depressiv episode og CGAS < 60 Alder: 13–17 år <i>N</i> = 57 (58 % J, 42 % G) Frafall: 7 %	Symptomer: CES-D Diagnose: K-SADS-PL med LIFE Blindet Funksjon: CGAS	6, 12 og 18 md.	Signifikant lavere skårer på CES-D ($d = 0,81$), CDRS-R ($d = 0,81$ – $1,27$ 0,80), og CGAS ($d = 1,27$) enn kontrollgruppen ved post-test. Ved seks måneders oppfølging forble bare forskjellen i CGAS signifikant ($d = 0,61$).	Post-test: 0,81–1,27 6 md.: 0,51–0,61 12 md.: 0,33–0,50 18 md.: 0,17–0,40
Gillham, Hamilton, Freres, Patton, & Gallop (2006)	The Penn Resiliency Program (PRP) 8 sesjoner IU = kliniker Primærhelsetjenestebasert <i>n</i> = 147	TAU <i>n</i> = 124	CDI-skåre ved 50. percentil for alder og kjønn, uten klinisk depresjon Alder: 11–12 år <i>N</i> = 271 (53 % J, 47 % G) Frafall: 34 % v/24 md.	Symptomer: CDI Diagnose: Innhentede helsedata Forklaringsstil: CASQ	6, 12 og 24 md.	Små og inkonsistente effekter. Signifikant reduksjon for jenter, men ikke gutter i forekomst av depressive symptomer ($p < .05$, $d = -0,31$) og forbedret forklaringsstil for positive hendelser ($p < .01$, $d = 0,28$).	Post-test: 0,09 6 md.: 0,64 12 md.: 0,46 *

Tabell 2 fortsetter

Ref.	Intervensjon, utøvd av (IU) og setting	Kontroll-gruppe	Inklusjonskriterier, deltakere og frafall.	Utfallsmål	Opp-følgning	Signifikante funn	Effekt-størrelser
Sheffield et al. (2006)	Indikert intervensjon: «Adolescents Coping With Emotion» KAT-basert 8 sesjoner IU = skolepersonell Skolebasert	Ingen intervensjon $n = 149$	Sammenlignet en universell ($n = 126$), indikert ($n = 134$) og en kombinert universell etterfulgt av indikert ($n = 112$) intervensjon. Alder: 14–15 år $N = 521$ (69 % J, 31 % G) Frafall: 15 % ved 12 md.	Symptomer: CDI CES-D BHS Diagnose: ADIS-C Ikke blindet	3, 6 og 18 md. etter base-line.	Ingen signifikante forskjeller mellom gruppene funnet for noen av studiens utfallsmål.	Post-test: 0,16 12 md.: 0,05 *
Martinovic, Simonovic & Djokic (2006)	KAT-basert intervensjon på 12 individuelle sesjoner over 6 md. IU = kliniker Klinikkbasert $n = 15$	TAU (støttende individuelle samtaler) $n = 15$	Nylig diagnostisert epilepsi og subklinisk depresjonsskåre (BDI >6 eller CES-D >9 og HAMD mellom 6 og 8) Alder: 13–19 år $N = 30$ (60 % J, 40 % G) Frafall: 6,6 %	Symptomer: BDI, CES-D, HAMD Diagnose: K-SADS-E Livskval.: QOLIE-31, Neg. og pos. tanker: 4-punkts skala	6 og 9 md.	Signifikant lavere skårer på BDI og CES-D i intervensjonsgruppen ($p < 0.05$) over hele perioden. Signifikant høyere livskvalitet i intervensjonsgruppen ($p < 0.05$). Signifikant nedgang i negative tanker i intervensjonsgruppen ($p < 0.01$).	Ikke rapportert.

* Rapportert i metaanalysen til Calear & Christensen (2010)

** Rapportert i metaanalysen til Stice, Shaw, Bohon, Marti og Rohde (2009)

Tabell 3 Indikert forebygging ved angst og depresjon

Ref.	Intervensjon, utøvd av (IU) og setting	Kontroll-gruppe	Inklusjonskriterier, deltakere og frafall.	Utfallsmål	Opp-følgning	Signifikante funn	Effekt-størrelser
Dobson, Hopkins, Fata, Scherrer, & Allan (2010)	«Adolescent Coping with Stress Course» (CWS) IU = kliniker Skolebasert $n = 25$ (68 % K)	Støttende gruppeterapi «Let's Talk» $n = 21$ (71 % K)	CES-D-skåre på ≥ 24 uten pågående klinisk depresjon Alder: 13–18 år $N = 46$ (70 % J, 30 % G) Frafall: 0 ved post-test, 39 % ved 6 md. oppfølging	Symptomer: <i>Depresjon</i> CES-D CDI <i>Angst</i> BAI <i>Annet</i> CBCL-YSR	3 og 6 md.	Ikke signifikante forskjeller mellom gruppene. Skårer på alle utfallsmål sank betraktelig over tid i både intervensjons- og i kontrollgruppen.	Ikke rapportert. (Anvendte benchmarkingstrategi)
Manassis (2010)	«The Feelings Club» 12 ukers gruppe KAT-basert IU = kliniker Skolebasert $n = 78$	Aktivitetsgruppe etter skolen $n = 70$	$t > 60$ på enten MASC eller CDI 3.-6.-klassinger (alder ikke oppgitt) $N = 148$ (43 % J, 57 % G) 2 % frafall ved post-test	Symptomer: <i>Angst</i> MASC <i>Depresjon</i> CDI Diagnose: ADIS Blindet	12 md.	Selvrapporterte engstelige og depressive symptomer sank betraktelig over tid både i intervensjons- og i kontrollgruppen, ikke signifikante forskjeller mellom gruppene.	12 md.: MASC: 0,15 CDI: 0,13

Beskrivelse av inkluderte studier

De studiene som ble inkludert, var publisert fra 1995 til 2014, og på engelsk. Av effektstudiene var tre studier fra Canada (Dobson, Hopkins, Fata, Scherrer, & Allan, 2010; LaFreniere & Capuano, 1997; Manassis, 2010), ni var fra USA (Clarke mfl., 1995, 2001; Garber mfl., 2009; Gillham, Hamilton, Freres, Patton, & Gallop, 2006; Rohde, Stice, Shaw, & Brière, 2014; Stice, Burton, Bearman, & Rohde, 2007; Stice, Rohde, Seeley, & Gau, 2008; Young, Mufson, & Davies, 2006; Young, Mufson, & Gallop, 2010), én fra Island (Arnarson & Craighead, 2009), én fra Serbia og Montenegro (Martinović, Simonović, & Djokić, 2006), og én studie var fra Australia (Sheffield et al., 2006).

Majoriteten av intervensjonene som ble identifisert, var basert på kognitiv atferdsteori, mens to av studiene (Young et al., 2006; Young et al., 2010) tok for seg en intervensjon basert på interpersonlig psykoterapi. De fleste studiene strakk seg over 4–15 sesjoner og ble levert i gruppeformat på skolen der barna eller ungdommene var elever, med unntak av én studie, som undersøkte et mer tidsintensivt program som strakk seg over 6 måneder (LaFreniere og Capuano, 1997), og én studie med en tilnærming der man gjennomførte individuelle samtaler med deltakerne (Martinović et al., 2006). Intervensjonene ble oftest levert av en kliniker eller høyere gradsstudent, i tre studier ble intervensjonen levert av skolepersonell (Sheffield et al., 2006; Arnarson et al., 2009; Rohde et al., 2014).

Ni av studiene inkluderte utfallsmål tilknyttet både symptomer og depresjonsdiagnose (Arnarson & Craighead, 2009; Clarke et al., 1995, Clarke et al., 2001; Garber et al., 2009; Martinović et al., 2006; Sheffield et al., 2006; Young et al., 2006; Young et al., 2010). Fem av studiene inkluderte utfallsmål kun tilknyttet symptomer (Dobson et al., 2010; LaFreniere & Capuano, 1997; Manassis, 2010; Stice et al., 2007; Stice et al., 2008), og én studie skilte seg ut ved å måle utfall utelukkende basert på klinisk depresjonsdiagnose (Rohde et al., 2014).

Det hyppigst brukte utfallsmålet for depresjonssymptomer var Center for Epidemiological Studies Depression Scale (CES-D; Radloff, 1977), som ble anvendt i 75 prosent av studiene for forebygging av depresjon. Dette er et selvadministrert screeningverktøy med 20 ledd som måler affektive, psykologiske og somatiske symptomer på depresjon. Respondentene rapporterer hyppigheten av hvert symptom på

en firepunkts skala. Reliabilitet og validitet for instrumentet er rapportert som svært god (Radloff, 1977). I de to studiene med angstsymptomer som utfallsmål benyttet man seg av Beck Anxiety Inventory (BAI; Beck, Epstein, Brown, & Steer, 1988) i den ene, og Multidimensional Anxiety Scale for Children (MASC; March, Parker, Sullivan, Stallings, & Conners, 1997) i den andre.

Studien til LaFreniere & Capuano (1997) var den eneste studien med forsøkspersoner i førskolealder (2,5 til 6 år). En studie ble gjennomført med både ungdom og universitetsstudenter fra 13 til 22 år (Stice et al., 2007) og en studie med barn i 3.- 6. klasse (Manassis, 2010). Alle andre inkluderte studier ble gjennomført med ungdom fra 11 til 19 år. Alle studiene var randomiserte og kontrollerte, og 13 studier inkluderte en eller flere aktive kontrollgrupper der kontrolldeltakere også mottar en intervensjon.

Varigheten av intervensjonene varierte mye, fra fire uker til seks måneder. Fjorten studier vurderte i tillegg oppfølgingseffekt (follow-up) fra seks måneder til to år etter avsluttet intervensjon. En studie manglet kontrollert oppfølging utover post-tester (LaFreniere & Capuano, 1997).

DISKUSJON

Metodologisk kvalitet

Alle studier var randomiserte og kontrollerte, og med unntak av en (LaFreniere og Capuano, 1997) inkluderte de kontrollert oppfølging utover post-test. Fem studier fulgte deltakerne i seks måneder, én studie i ni måneder, to studier fulgte deltakerne i ett år, to studier i atten måneder, og fire studier fulgte deltakere i to år. De fleste av studiene benyttet standardiserte, godt utprøvde måleinstrumenter med kjent reliabilitet og validitet. Intervensjonene som ble benyttet, var alle manualbaserte, og åtte av studiene inkluderer en vurdering av behandlingsintegriteten med god til svært god overholdelse av studieprotokoller. To tredeler av studiene som baserer seg på utfallsmål utover selvrappport, rapporterer om tilfredsstillende blinding. Frafall varierte fra to til 39 prosent.

Effekten av indikert forebygging av depresjon

Ni studier knyttet til indikert forebygging av depresjon fant en signifikant effekt ved minimum seks måneders oppfølging (reduksjon av symptomnivåer og/eller forebygget utvikling av klinisk lidelse) i intervensjonsgruppen sam-



Forskningen viser generelt bedre effekter av forebyggende tiltak for høyrisikogrupper



menliknet med kontrollgruppen (Arnarson og Craighead, 2011; Beardslee et al., 2013; Clarke et al., 1995; Clarke et al., 2001; Martinović et al., 2006; Rohde et al., 2014; Stice et al., 2010; Young et al., 2006; Young et al., 2010). En studie fant signifikante reduksjoner i symptomer og/eller diagnose ved tolv måneders oppfølging, men ingen forskjeller mellom intervensjons- og kontrollgruppene (Sheffield et al., 2006). I studien til Stice et al. (2007) fant man en effekt av intervensjonen ved post-målinger og en måneds oppfølging, men effekten forsvant etter seks måneder. Gillham og kollegaer (2006) fant ingen effekt av intervensjonen for utvalget som helhet, men nådde statistisk signifikant effekt når man kontrollerte for deltakernes kjønn. Effektene var imidlertid inkonsistente, og effektstørrelsene (ES) varierte fra svært små til små.

Effektstørrelser i alle de overnevnte studiene var lave til moderate, med to unntak: I Young og kollegaers (2006) studie av IPT-AST oppnådde man en høy ES på 1,00 etter seks måneder, men forfatterne tar også i betraktning at systematisk frafall kan ha bidratt til å forstørre effektstørrelser. Stice og kollegaer (2010) rapporterte i sin studie av en kort KAT-basert intervensjon signifikant lavere risiko for depressive episoder i både KAT-gruppen og i selvhjelpsbok-gruppen (biblioterapi) enn kontrollgruppen i løpet av to års oppfølging, med effektstørrelser på henholdsvis 0,80 og 2,10. Rohde et al. (2014) replikerte intervensjonen i Stice et al. (2008) og fant på samme måte en betydelig lavere risiko for alvorlig depressiv lidelse etter seks måneder i intervensjonsgruppen, sammenliknet med biblioterapi og en passiv kontrollgruppe. Det er verdt å merke seg at denne KAT-baserte intervensjonen var av vesentlig kortere varighet (seks sesjoner) enn andre intervensjoner der man fant signifikant effekt (14 sesjoner i Arnarson og Craighead, 2009 og i Garber et al., 2009; 15 sesjoner i Clarke et al., 2001).

Samlet ser det ut til at flere av intervensjonene for forebygging av depresjon inneholdt elementer som til en viss grad ga ønskede endringer. En av intervensjonene (kort KAT-basert gruppeintervensjon på seks sesjoner) viste lovende effekt, både når den ble levert av profesjonelle klinikere (Stice et al., 2008) og av skolepersonell (Rohde et al., 2014).

Effekten av indikert forebygging av angst.

I studien gjennomført av LaFreniere og Capuano (1997) så man den samme bedringen hos alle barna i studien når det gjaldt engstelig og tilbaketrukket atferd ved post-test. Kontrollert oppfølging ble ikke gjennomført. Det var flere metodiske svakheter, og en mulig forklaring på funnene kan være at engstelig og tilbaketrukket atferd i førskolealder ikke er et spesielt stabilt konstrukt, og at funnene skyldtes spontane svingninger over tid med «regresjon mot gjennomsnittet». Fra et implementeringsperspektiv er det også en svakhet at intervensjonen var svært intensiv og kostnadskreven, bestående av individualiserte programmer og hyppige hjemmebesøk over en periode på seks måneders.

Effekten av indikert forebygging av angst og depresjon

Ingen av de to studiene som tok sikte på å forebygge både angst og depresjon (Dobson et al., 2010; Manassis, 2010), fant noen signifikante forskjeller mellom gruppene. Disse studiene inkluderte begge en aktiv kontrollgruppe av like lang varighet som intervensjonen, henholdsvis en støttende gruppeintervensjon (Dobson et al., 2010) og en aktivitetsgruppe etter skolen (Manassis, 2010). Selv om man ikke fant forskjell mellom gruppene, så man i begge studier en betydelig bedring i symptomer, og dette tyder

på at det kan være virksomt å tilby barn og ungdom skolebaserte strukturerte tiltak.

Effektstørrelser

I studiene som er gjennomgått, er effektstørrelser kun rapportert fra studiene for indikert forebygging av depresjon. Disse har funnet varierende effektstørrelser, som strekker seg fra -0,07 til 1,39 for alle oppfølgingstidspunkter. Dette tilsvarer tall fra Calear og Christensens (2010) systematiske gjennomgang av skolebaserte forebyggende programmer og tidlig intervensjon for depresjon. Et viktig aspekt i forbindelse med tolkning av intervensjonseffekt av indikert forebygging er at man i utgangspunktet vil vente seg en mindre effektstørrelse enn i behandlingsforskningen. Når man studerer et subklinisk utvalg som ennå ikke har utviklet en klinisk diagnose, vil forskjellen i symptomsmål fra pre- til post-intervensjon trolig være mindre, fordi deltakerne i forebyggingsintervensjoner i utgangspunktet har et mindre potensial for «forbedring» enn deltakerne i behandlingsstudier.

Mediatorer og moderatører

Åtte av de inkluderte studiene undersøkte mediatorer og moderatører som potensielt kunne påvirket utfallet av intervensjonen (Beardslee et al., 2013; Brière et al., 2014; Garber et al., 2009; Gau et al., 2012; Gillham et al., 2006; Manassis, 2010; Rohde et al., 2012; Sheffield et al., 2006).

En studie fant en signifikant effekt for jenter, men ikke for gutter på forekomst av depressive symptomer og attribusjonsstil for positive hendelser, som holdt seg over hele oppfølgingsperioden på 2 år (Gillham et al., 2006).

To studier der man undersøkte samme utvalg i forskjellige oppfølgingsperioder (Garber et al., 2009; Beardslee et al., 2013), fant at foreldrenes depresjonsstatus ved oppstart av studien kan påvirke ungdommenes mulighet til å nyttiggjøre seg intervensjonen, eller at det kan representere en markør for en tredjevariabel som felles genetisk sårbarhet, mer kronisk eller tilbakevendende depresjonsforløp, eller en mer omfattende eksponering for stressende livshendelser for ungdommene. Dersom det er slik at foreldres depresjonsstatus påvirker intervensjonens effekt negativt, kan implikasjonen av dette være at man må behandle foreldres depresjon samtidig med at ungdommene gjennomfører sesjonene sine (Beardslee et al., 2013).

I studien til Sheffield et al. (2006) hadde deltakere med høye initiale symptomnivåer best effekt av intervensjonene på tvers av betingelsene. Disse viste en signifikant nedgang i depressive symptomer og bedring i følelsesmessig velvære, men hadde fortsatt forhøyede nivåer av psykopatologi ved tolv måneders oppfølging sammenliknet med den generelle jevnaldrende befolkningen. Rohde et al. (2012) fant derimot en økt risiko for depressive episoder hos ungdom med forhøyede depressive symptomer ved baseline. To andre studier (Brière et al., 2014; Manassis et al., 2010) undersøkte også effekten av forhøyede depressive symptomer ved baseline, men fant ikke støtte for at denne variabelen modererte effekten av intervensjonene. På grunn av inkonsistente funn er det vanskelig å trekke noen slutninger om effekten av baseline-symptomer på intervensjonenes effekt.

Resultatene til Rohde et al. (2012) tyder på at ungdom med en negativ attribusjonsstil har fire ganger så høy risiko for depresjon som de uten dette attribusjonsmønsteret.

I studien til Gau et al., (2012) fant man at intervensjonen til Stice et al. (2008) ikke var effektiv for deltakere med forhøyede baseline-nivåer av enten rusmiddelbruk eller negative livshendelser. Forfatterne tenker seg at forhøyede nivåer av rusmiddelbruk og negative livshendelser svekket effekten av intervensjonen ved å øke risikoen for vedvarende depressive symptomer.

Når det gjelder ulike variabler knyttet til selve intervensjonen, fant man, ikke overraskende, at oppmøtefrekvens og etterlevelse av intervensjonen var assosiert med større reduksjoner i depressive symptomer (Gillham et al., 2006).

Begrensninger ved litteraturgjennomgangen

Selv om effekter er forsøkt tolket i lys av studienes metodiske kvalitet, har ikke risikoen for skjevhet i resultatene blitt systematisk analysert gjennom en kvantifiserbar kvalitetsskåre, noe som ytterligere kunne ha belyst hvorvidt studier av ulik kvalitet har funnet sammenliknbare eller ulike effekter. Det at ikke-signifikante resultater oftest ikke blir publisert (publiserings-bias), kan ha ført til en overestimering av effekt. Selv om det eksisterer mange demografiske likheter mellom Norge og de landene der man har utført de gjennomgåtte studiene, kan ikke funnene direkte generaliseres til en norsk kontekst.

KONKLUSJON

Et flertall av studiene på forebygging av depresjon oppnådde en reduksjon i symptomnivåer og forebygget utvikling av klinisk depresjon. Effektstørrelsene var imidlertid hovedsakelig lave til moderate, og funnene bør tolkes med varsomhet.

Et fåtall av identifiserte studier rettet mot forebygging av angst, og av depresjon og angst sammen, møtte inklusjonskriteriene. Vi vet derfor ikke om indikerte tiltak virker for angst og samtidige angst- og depresjonsproblemer. Her er det behov for nye randomiserte kontrollerte forskningsstudier med et stort og representativt utvalg av barn.

Flere variabler påvirker effekten av intervensjonene, slik som deltakernes kjønn, opprinnelig symptomnivå, attribusjonsstil, rusmiddelbruk og forekomst av negative livshendelser, samt hvorvidt foreldre er deprimert eller ikke, men på grunn av inkonsistente funn og begrenset antall av studier er det også her for tidlig til å trekke noen konklusjoner.

Flere studier indikerer at skolen kan være en god forebyggingsarena for internaliserende vansker, og at skolepersonell kan være effektive intervensjonsleverandører. Psykologkompetanse kan i denne forbindelse være relevant for å bistå skolene. ✕



Deltakerne i forebyggingsintervensjoner har i utgangspunktet et mindre potensial for «forbedring» enn deltakerne i behandlingsstudier

REFERANSER

- *Arnarson, E. Ö., & Craighead, W. E. (2009). Prevention of depression among Icelandic adolescents. *Behaviour Research and Therapy*, 47(7), 577–585. doi:10.1016/j.brat.2009.03.011
- *Arnarson, E. Ö., & Craighead, W. E. (2011). Prevention of depression among Icelandic adolescents: A 12-month follow-up. *Behaviour Research and Therapy*, 49(3), 170–174. doi:10.1016/j.brat.2010.12.008
- *Beardslee, W., Brent, D., Weersing, V., Clarke, G., Porta, G., Hollon, S., ... Garber, J. (2013). Prevention of depression in at-risk adolescents: Longer-term effects. *JAMA Psychiatry*, 70(11), 1161–1170. doi:10.1001/jamapsychiatry.2013.295
- Beck, A. T., Epstein, N., Brown, G., & Steer, R. A. (1988). An inventory for measuring clinical anxiety: psychometric properties. *Journal of consulting and clinical psychology*, 56(6), 893.
- *Brière, F. N., Rohde, P., Shaw, H., & Stice, E. (2014). Moderators of two indicated cognitive-behavioral depression prevention approaches for adolescents in a school-based effectiveness trial. *Behaviour Research and Therapy*, 53, 55–62. doi:10.1016/j.brat.2013.12.005
- Calear, A. L. and H. Christensen (2010). «Systematic review of school-based prevention and early intervention programs for depression.» *Journal of Adolescence* 33(3): 429–438.
- Chorpita, B.F. & Daleiden, E.L. (2009). Mapping Evidence-Based Treatments for Children and Adolescents: Application of the Distillation and Matching Model to 615 Treatments from 322 Randomized Trials. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, Vol 77, No 3 (566–579).
- *Clarke, G. N., Hawkins, W., Murphy, M., Sheeber, L. B., Lewinsohn, P. M., & Seeley, J. R. (1995). Targeted Prevention of Unipolar Depressive Disorder in an At-Risk Sample of High School Adolescents: A Randomized Trial of a Group Cognitive Intervention. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 34(3), 312–321. doi:10.1097/00004583-199503000-00016
- *Clarke, G. N., Hornbrook, M., Lynch, F., Polen, M., Gale, J., Beardslee, W., ... Seeley, J. (2001). A randomized trial of a group cognitive intervention for preventing depression in adolescent offspring of depressed parents. *Archives of general psychiatry*, 58(12), 1127–1134.
- Costello, E., Angold, A., & Keeler, G. P. (1999). Adolescent outcomes of childhood disorders: the consequences of severity and impairment. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 38(2), 121–128.
- Cox, G. R., Callahan, P., Churchill, R., Hunot, V., Merry, S. N., Parker, A. G., & Hetrick, S. E. (2012). Psychological therapies versus antidepressant medication, alone and in combination for depression in children and adolescents. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. doi:10.1002/14651858.CD008324. pub2
- Dalgard, O. S., & Bøen, H. (2008). *Forebygging av depresjon med hovedvekt på individrettede metoder*. Oslo: Norwegian Institute of Public Health. Hentet fra <http://www.fhi.no/dav/790098721f.pdf>
- *Dobson, K. S., Hopkins, J. A., Fata, L., Scherrer, M., & Allan, L. C. (2010). The Prevention of Depression and Anxiety in a Sample of High-Risk Adolescents: A Randomized Controlled Trial. *Canadian Journal of School Psychology*, 25(4), 291–310. doi:10.1177/0829573510386449
- Donovan, C. L., & Spence, S. H. (2000). Prevention of childhood anxiety disorders. *Clinical Psychology Review*, 20(4), 509–531.
- Fergusson, D. M., Horwood, J., Ridder, E., & Beautrais, A. (2005). Subthreshold depression in adolescence and mental health outcomes in adulthood. *Archives of General Psychiatry*, 62(1), 66–72. doi:10.1001/archpsyc.62.1.66
- Fombonne, E., Wostear, G., Cooper, V., Harrington, R., & Rutter, M. (2001). The Maudsley long-term follow-up of child and adolescent depression 1. Psychiatric outcomes in adulthood. *The British Journal of Psychiatry*, 179(3), 210–217. doi:10.1192/bjp.179.3.210
- *Garber, J., Clarke, G., Weersing, R., Beardslee, W., Brent, D., Gladstone, T., ... Iyengar, S. (2009). Prevention of depression in at-risk adolescents: A randomized controlled trial. *JAMA*, 301(21), 2215–2224. doi:10.1001/jama.2009.788
- *Gau, J., Stice, E., Rohde, P., & Seeley, J. (2012). Negative life events and substance use moderate cognitive behavioral adolescent depression prevention intervention. *Cognitive Behaviour Therapy*, 41(3), 241–50. doi:http://dx.doi.org/10.1080/16506073.2011.649781
- *Gillham, J. E., Hamilton, J., Freres, D. R., Patton, K., & Gallop, R. (2006). Preventing Depression Among Early Adolescents in the Primary Care Setting: A Randomized Controlled Study of the Penn Resiliency Program. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 34(2), 195–211. doi:10.1007/s10802-005-9014-7
- Gillham, J. E., Shatté, A. J., & Freres, D. R. (2000). Preventing depression: A review of cognitive-behavioral and family interventions. *Applied and Preventive Psychology*, 9(2), 63–88. doi:10.1016/S0962-1849(00)80007-4
- Hirshfeld-Becker, D. R., & Biederman, J. (2002). Rationale and principles for early intervention with young children at risk for anxiety disorders. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 5(3), 161–172.
- Horowitz, J. L., & Garber, J. (2006). The prevention of depressive symptoms in children and adolescents: A meta-analytic review. *Journal of consulting and clinical psychology*, 74(3), 401.
- James, A. C., James, G., Cowdrey, F. A., Soler, A., & Choke, A. (2013). Cognitive behavioural therapy for anxiety disorders in children and adolescents. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. doi:10.1002/14651858.CD004690. pub3
- Jané-Llopis, E., Hosman, C., Jenkins, R., & Anderson, P. (2003). Predictors of efficacy in depression prevention programmes Meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry*, 183(5), 384–397. doi:10.1192/bjp.183.5.384
- Kaufman, J., Birmaher, B., Brent, D., Rao, U. M. A., Flynn, C., Moreci, P., ... Ryan, N. (1997). Schedule for affective disorders and schizophrenia for school-age children-present and lifetime version (K-SADS-PL): initial reliability and validity data. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 36(7), 980–988.
- Keller, M. B., Lavori, P. W., Wunder, J., Beardslee, W. R., Schwartz, C. E., & Roth, J. (1992). Chronic Course of Anxiety Disorders in Children and Adolescents. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 31(4), 595–599. doi:10.1097/00004583-199207000-00003

- Kendall, P. C., Safford, S., Flannery-Schroeder, E., & Webb, A. (2004). Child Anxiety Treatment: Outcomes in Adolescence and Impact on Substance Use and Depression at 7.4-Year Follow-Up. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 72*(2), 276–287. doi:10.1037/0022-006X.72.2.276
- *LaFreniere, P. J., & Capuano, F. (1997). Preventive intervention as means of clarifying direction of effects in socialization: Anxious-withdrawn preschoolers case. *Development and Psychopathology, 9*(03), 551–564.
- Lewinsohn, P. M., Solomon, A., Seeley, J. R., & Zeiss, A. (2000). Clinical implications of «subthreshold» depressive symptoms. *Journal of Abnormal Psychology, 109*(2), 345–351. doi:10.1037/0021-843X.109.2.345
- *Manassis, K., Wilansky-Traynor, P., Farzan, N., Kleiman, V., Parker, K., Sanford, M. (2010). The feelings club: randomized controlled evaluation of school-based CBT for anxious or depressive symptoms. *Depression & Anxiety (1091–4269), 27*(10), 945–952.
- March, J. S., Parker, J. D., Sullivan, K., Stallings, P., & Conners, C. K. (1997). The Multidimensional Anxiety Scale for Children (MASC): factor structure, reliability, and validity. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 36*(4), 554–565.
- *Martinović, Ž., Simonović, P., & Djokić, R. (2006). Preventing depression in adolescents with epilepsy. *Epilepsy & Behavior, 9*(4), 619–624.
- Martinsen, K. D., Kendall, P. C., Stark, K., Neumer, S.-P. (2016). Prevention of Anxiety and Depression in Children: Acceptability and Feasibility of the Transdiagnostic EMOTION Program. *Cognitive and Behavioral Practice. ISSN 1077-7229, 23*(1), 1–13. doi: 10.1016/j.cbpra.2014.06.005
- Mathiesen, K. S., Kjeldsen, A., Skipstein, A., Karevold, E., Torgersen, L., & Helgeland, H. (2007). Trivsel og oppvekst-barndom og ungdomstid. *Folkhelseinstituttet, Nydalen Oslo*. Hentet fra <http://www.fhi.no/dokumenter/90be49af81.pdf>
- Mrazek, P. B., & Haggerty, R. J. (1994). *Reducing risks for mental disorders: Frontiers for preventive intervention research*. National Academies Press. Hentet fra http://www.google.com/books?hl=no&lr=&id=5V66-WRcGL8C&oi=fnd&pg=PR1&dq=mrazek+1994&ots=N1ejkdZdA-&sig=x01rWH-o_tJbE-MIPsoGImyNiPSI
- Mykletun, A., Knudsen, A. K., & Mathiesen, K. S. (2009). Psykiske lidelser i Norge: Et folkehelseperspektiv. *Oslo: Nasjonalt folkehelseinstitutt*. Hentet fra <http://mfr.no/dokumenter/68675aa178.pdf>
- Neil, A. L., & Christensen, H. (2009). Efficacy and effectiveness of school-based prevention and early intervention programs for anxiety. *Clinical Psychology Review, 29*(3), 208–215.
- Patras, J., Martinsen, K. D., Holen, S., Sund, A. M., Adolfsen, F., Rasmussen, L.-M., Neumer, S.-P. (2016). Study protocol of an RCT of EMOTION: An indicated intervention for children with symptoms of anxiety and depression. *BMC Psychology 48* (4). ISSN 2050-7283.s 1 – 8.s doi: 10.1186/s40359-016-0155-y.
- Pine, D. S., Cohen, P., Gurley, D., Brook, J., & Ma, Y. (1998). The risk for early-adulthood anxiety and depressive disorders in adolescents with anxiety and depressive disorders. *Archives of general psychiatry, 55*(1), 56–64.
- Radloff, L. S. (1977). The CES-D scale a self-report depression scale for research in the general population. *Applied psychological measurement, 1*(3), 385–401.
- Rapee, R. M., Kennedy, S., Ingram, M., Edwards, S., & Sweeney, L. (2005). Prevention and early intervention of anxiety disorders in inhibited preschool children. *Journal of consulting and clinical psychology, 73*(3), 488.
- *Rohde, P., Stice, E., & Gau, J. M. (2012). Effects of Three Depression Prevention Interventions on Risk for Depressive Disorder Onset in the Context of Depression Risk Factors. *Prevention Science, 13*(6), 584–593. doi:10.1007/s11121-012-0284-3
- *Rohde, P., Stice, E., Shaw, H., & Brière, F. N. (2014). Indicated cognitive behavioral group depression prevention compared to bibliotherapy and brochure control: Acute effects of an effectiveness trial with adolescents. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 82*(1), 65–74. doi:10.1037/a0034640
- *Sheffield, J. K., Spence, S. H., Rapee, R. M., Kowalenko, N., Wignall, A., Davis, A., & McLoone, J. (2006). Evaluation of universal, indicated, and combined cognitive-behavioral approaches to the prevention of depression among adolescents. *Journal of consulting and clinical psychology, 74*(1), 66.
- *Stice, E., Burton, E., Bearman, S. K., & Rohde, P. (2007). Randomized trial of a brief depression prevention program: An elusive search for a psychosocial placebo control condition. *Behaviour Research and Therapy, 45*(5), 863–876. doi:10.1016/j.brat.2006.08.008
- *Stice, E., Rohde, P., Gau, J. M., & Wade, E. (2010). Efficacy trial of a brief cognitive-behavioral depression prevention program for high-risk adolescents: Effects at 1-and 2-year follow-up. *Journal of consulting and clinical psychology, 78*(6), 856.
- *Stice, E., Rohde, P., Seeley, J. R., & Gau, J. M. (2008). Brief cognitive-behavioral depression prevention program for high-risk adolescents outperforms two alternative interventions: a randomized efficacy trial. *Journal of consulting and clinical psychology, 76*(4), 595.
- *Stice, E., Shaw, H., Bohon, C., Marti, C.N., & Rohde, P. (2009). A meta-analytic review of depression prevention programs for children and adolescents: factors that predict magnitude of intervention effects. *Journal of consulting and clinical psychology, 77*(3), 486.
- *Young, J.F., Mufson, L., & Davies, M. (2006). Efficacy of Interpersonal Psychotherapy-Adolescent Skills Training: an indicated preventive intervention for depression. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 47*(12), 1254–1262. doi:10.1111/j.1469-7610.2006.01667.x
- *Young, J.F., Mufson, L., & Gallop, R. (2010). Preventing depression: a randomized trial of interpersonal psychotherapy-adolescent skills training. *Depression and Anxiety, 27*(5), 426–433. doi:10.1002/da.20664

Fra arkivet: 2004

En allmenn psykisk helsetjeneste i kommunene

Psykologforeningen har lenge argumentert for et lavterskeltilbud for psykiske helseproblemer i kommunene. (...) Men lite har skjedd når det gjelder etablering av slike tilbud.

Gallup gjennomførte nylig en undersøkelse for Psykologforeningen om psykiske helsetjenester og behandlingsmetoder. Undersøkelsen er et ledd i vårt arbeid med å styrke psykologtjenester i kommunene. Her skal jeg bare kort ta for meg de viktigste resultatene.

Av de mest interessante funnene er at 89 % av de spurte er enige i at kommunene burde tilby allmenn psykisk helsetjeneste. I aldersgruppene 30–59 er det flest som er enig, ca. 92 %. Dette understreker behovet for psykologtilbud i primærhelsetjenesten.

De intervjuede ble spurt om de selv hadde hatt, eller kjente noen som hadde hatt, noen form for psykiske problemer siste år. I alt 6 % hadde selv hatt, mens 50 % kjente noen. Vel halvparten ville henvende seg til lege for å få hjelp (som er det tilbudet som finnes i dag), 25 % til privatpraktiserende psykolog/psykiater og 10 % til kommunalt psykologtilbud (som altså ikke finnes). Her spiller alder en stor rolle; mens et stort flertall (65 %) av de over 60 ville ønsket seg til lege, synker dette til under halvparten (43 %) i aldersgruppen 15–29 år. Tilsvarende er det bare 14 % av de eldre som ville ønsket å gå til psykolog/psykiater, mens hele 38 % av de yngste ville foretrukket dette. Dette viser en tydelig endring i befolkningen når det gjelder synet på psykologisk hjelp til psykiske problemer.

Den samme tendensen gjør seg gjeldende når det spørres om hvilken bakgrunn de ville foretrekke

hos den som skulle behandle. Hele 52 % av skoleelever/studenter ville ønsket psykolog, mot 14 % av pensjonistene.

I tillegg er samtaleterapi den mest foretrukne behandlingsformen. Hele 74 % vil ha psykologisk behandling/samtaleterapi som første valg. (...) Undersøkelsen understøtter behovet for å ha et lavterskeltilbud for psykiske problemer på lik linje med primærhelsetjenestens medisinske tilbud. (...) For å demme opp for presset på spesialisthelsetjenesten, og for å gi muligheter for hjelp på et tidlig tidspunkt, er dette viktig. Tiltak for å opprette stillinger og rekruttere psykologer til kommunene må prioriteres høyt. Noen av de viktigste tiltakene er psykologenes muligheter for videreutdanning, faglig oppdatering og tilhørighet i sterke fagmiljøer.

Vi har også spilt inn muligheten for kommunale driftshjemler for psykologer. Dette som et rekrutteringsmiddel for å få kommunene til å opprette stillinger og få psykologer til å søke. (...)

*An-Magritt Aanonsen i spalten
Fra presidenten, desember 2004*

Tiltak for å opprette stillinger og rekruttere psykologer til kommunene må prioriteres høyt



Kursendring

To innlegg i denne utgaven beskriver på hvert sitt vis mistillit til dagens måte å organisere psykisk helsevern på. Pasient Birgit Udem forteller om sin over 20 år lange reise for til slutt å få den hjelpen hun trengte, mens Birgit Valla, leder ved Stangehjelpa, skriver om spilleregler som må endres radikalt for at brukere skal få rask og god hjelp.

Les hovedinnlegget på de neste sidene og debattinnlegg på side 1100.

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

DELTA I DEBATTEN

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

Forfattere må opplyse om teksten er publisert tidligere andre steder.

KRONIKK

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

DEBATTINNLEGG

Maks 3000 tegn inkludert mellomrom

REPLIKK/KORTINNLEGG

Maks 1500 tegn inkludert mellomrom.

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



Personlighetsforstyrret og behandlingsresistent

Etter 20 år klarer jeg endelig å ikke bare spørre om det er meg det er noe galt med. Fanger dagens byråkrati, diagnose-system og terapimetoder opp voksne med barndoms-traumer og gir dem den behandlingen de trenger?

SÅ LANGT TILBAKE som jeg kan huske, har jeg prøvd å operere med ett prinsipp i alle relasjoner, enten nære eller fjerne: Beskytt deg selv, andre kan komme til å skade deg enten de vil eller ei. Men etterstreb ikke desto mindre å være så åpen, tolerant og interessert i andre som mulig, prøv å forstå dem selv når de ikke vil ha forståelse, og artikuler din forståelse både til deg selv og overfor dem. Ikke minst: Spør om du har forstått riktig, still direkte spørsmål. Prøv å finn ut hva som ikke fungerer. Og hvis du ser at noen trenger hjelp og du kan gi den, gi den. Strekk deg, og vær prinsippfast. Hvis du ikke kan gi eller foreslå hjelp, artikuler og innrøm din egen begrensning og før det opp som mulighet for fremtidig livslang læring.

Jeg tenker på det som reell empati. Det var det eneste jeg kunne tilby, og det var det eneste jeg selv ønsket meg, i mangel på livsmål og følelser.

FØRSTE BEHANDLINGSERFARING

Men jeg fikk kanskje for lite av det. Etter endt ungdomstid følte jeg i hvert fall at jeg trengte hjelp etter en vanskelig oppvekst som ingen

hadde adressert, men heller forbigått med en stillhet som jeg hadde prøvd å bryte, delvis inspirert av offentlighetens hyllest til åpenhet. Jeg ble møtt med trivialisering, ironi, humor, kritikk, hjertesukk og enda mer taushet. Behovet for hjelp ble påtrengende etter videregående skole, da jeg ble frivillig støtteperson for en venninne som var blitt gravid etter en voldtekt. Hun ville holde det hemmelig. Jeg flyttet til henne i utlandet, mistet nattesøvnen og følte meg enda mer fanget i mitt eget hode hvor tankene raste i en uendelig runddans jeg ikke visste hvordan jeg kunne stoppe.

Da jeg kom tilbake til Norge etter et halvt år, ordnet faren min fem timer hos psykolog. Hun hørte på meg uten å fortrekke en mine mens min kun delvis selvsensurerte selvbiografi vellet ut av meg innimellom snott og tårer. I retrospekt vet jeg at jeg følte skam over min egen selvmedlidenhet og ustrukturerte ordflom. Det var det eneste jeg følte. Ingen løsning, ingen lettelse. Ingen følelse av forståelse eller empati. Ingen hjelp. Etter siste time, da jeg var på vei ut døren, sa psykologen riktignok: – Du har opplevd mye vondt. Så la hun til: – Men du er så



TEKST

Birgit Undem, pasient

ILLUSTRASJON

Hilde Thomsen

SYSTEMKRITIKK





Ikke engang ekspertene
anerkjente at jeg led.
Da led jeg kanskje ikke
tilstrekkelig

reflektert at hvis du noen gang skulle trenge å snakke med noen, kan du like godt snakke med en prest eller filosof.

Hvordan skal et slikt råd tolkes? Jeg forsto at hun prøvde å uttrykke forståelse. Men det føltes ikke sånn. Det skammet jeg meg også over, noe jeg først forsto to tiår senere. Men jeg følte at jeg hadde akutt behov for hjelp. Senere har jeg alltid tenkt på kommentaren hennes med ironi: Jeg fikk bekreftet egoet mitt, det kognitive. Det var det eneste jeg ikke trengte. Jeg visste at jeg var rasjonell, i overkant mye, trodde jeg. Likevel følte jeg at jeg led, på en måte som jeg fremdeles ikke tror at jeg kunne beskrevet, selv om jeg hadde blitt møtt av en aktiv lytter som viste oppriktig interesse for og evne til å møte mitt indre. Men jeg fikk ny innsikt: Ikke engang ekspertene anerkjente at jeg led. Da led jeg kanskje ikke tilstrekkelig. Det betydde at min eneste lidelse var selvmedlidenhet.

KOGNITIV SELVHJELPSSTRATEGI

Hun sa det aldri, men jeg tror spesialiseringen til min første psykolog var innenfor kognitiv psykologi, og det er nok noe av grunnen til at jeg alltid siden har vært skeptisk til denne faglige retningen. Men i mangel på noe annet har jeg likevel benyttet kognitive mestringsstrategier i stor skala i kampen mot egne tanker. Gjennom mine utallige depresjoner har jeg prøvd å identifisere mine negative tankemønstre og bekjempe dem med systematisk tanke- og atferdsendring. Men depresjonen har blitt værende. Den har kun variert med styrke og stadig nytt kognitivt innhold og nye metakognitive mønstre så omfattende og intrikate at de kunne blitt en bok. Hvis de da ikke hadde vært så uhåndgripelige.

Hvorfor feilet min kognitive strategi? Det var egentlig innlysende: Det var ikke det jeg trengte. I ettertid har jeg også lest at det kun fins evidens for å hevde at kognitiv atferdsterapi kan hjelpe halvparten av deprimerte pasienter (f.eks. Hjemdal og Hagen, 2012). Likevel kan jeg tenke at kanskje problemet mitt er at jeg ikke har søkt kompetent hjelp til å identifisere mitt mest sentrale negative tankemønster. Sentrale kognitive atferdsterapeuter hevder jo at deres metode kan behandle stort sett alle psykiske lidelser såfremt pasienten er motivert for endring. Alle tanker og holdninger som fastsettes i en avtale mellom behandler og pasient, kan endres for å gi livskvalitet, er påstanden (Wilhelmsen, 2011).

Men for meg skaper det igjen spørsmål om hvordan terapeuten kan bli enig med pasienten om hvilke tankemønstre som må endres. Hvordan klarer han å håndtere de tankene og følelsene som pasienten ikke har ord for, som ikke kan beskrives? Blir de respektert, oversatt, inkludert eller oversett? Blir de definert som manglende motivasjon? Og hva skjer hvis selvkritikken og optimismens hardtarbeidende språk feiler eller rettes mot feil problem, kan da utbrenthet bli den kognitive terapiens bivirkning?

ORTOPEDEN OG FASTLEGEN

Etter min første behandlingserfaring overspiste jeg og stakk fingeren i halsen. Men det løste ingenting, så etter et halvt år bestemte jeg meg for å overhøre rumlingen i mitt innvendige tomrom og legge fortiden bak meg. Livet virket uendelig meningsløst, derfor prøvde jeg desperat å finne og skape mening. Jeg studerte fag på fag. Jeg prøvde ut ulike hobbyer. Jeg prøvde forskjellige kjæresten. Jeg stirret på skyer og blomster og suggererte meg glad. Jeg sosialiserte. Jeg skaffet meg den ene idealistiske jobben etter den andre. Jeg flyttet til land etter land. Ingenting

virket. Tvert imot. Den eksistensielle tomheten tok etter hvert over alt, til og med tv-titting.

Jeg var rastløs og urolig, men likevel uten energi. Jeg ville være alene, men jeg trengte selskap. Jeg følte meg annerledes enn andre, men jeg forsto ikke hvorfor jeg ikke følte at jeg fikk kontakt med dem. Samtidig visste jeg at jeg ikke hadde kontakt med meg selv. Jeg hadde ingen støtte, bare belastende betroelser. Istedenfor sto jeg på utsiden av meg selv og oppfordret meg til å føle og ikke føle i samsvar med sosiale konvensjoner. Jeg prøvde å ikke være overopptatt av andres følelser, dempe oversensitiviteten min for lyder og kontrollere min til tider malplasserte og ukontrollerbare irritabilitet som familie og venner syntes var ubehagelig, irriterende eller latterlig.

Selvforbedringsprosjektet mitt ble akkompagnert av prolaps og til slutt kroniske ryggsmertesmerter. Jeg kunne ikke gå, stå, sitte eller ligge uten store smerter. Fastlegen sa jeg burde overse smerten, den satt bare i hodet. Ortopeden som avsto operasjon fordi prolapsene var for mange, rådet meg til å akseptere situasjonen. Det prøvde jeg, men søvnplagene mine ble også kroniske, og min pessimistiske verdensanskuelse nådde et bunnpunkt. Jeg mistet troen på at jeg hadde noen verdi overhodet. Til slutt sto jeg uten inntekt, rettigheter, familie og sosiale relasjoner. Jeg kunne ikke utstå hodet mitt. Jeg så for meg at jeg var et tomt skall med høyspente elektriske nervebaner som slo gnister i hjernens synapseoverganger. Ødelagt sikringsskap.

Nærmere to tiår brukte jeg på mislykket selvhjelp. Da jeg var midt i 30-årene, gikk jeg til fastlegen uten mimikk og et indre fullt av desperasjon, uten kunnskap om systemet og ute av stand til å artikulere min totale misère. Jeg fikk så vidt stotret frem at jeg trengte samtaleterapi fordi jeg trodde jeg var langvarig deprimert, og nå var jeg også arbeidsledig. Fastlegen så ikke på meg, men på den berømte skjermen og konstaterte at ifølge forskning gir antidepressiva best effekt mot depresjon. Jeg kunne ikke vise til forskningsartikler som motsa henne, selv om jeg visste at de fantes. Men jeg fikk sagt at jeg hadde prøvd fluoxetin, det hadde ikke virket. Jeg ønsket ikke flere piller. Hun sa hun kunne sende en henvisning til spesialisthelsetjenesten, og så var mine tilmålte ti minutter over. Jeg hadde aldri hørt om spesialisthelsetjenesten, men den sendte meg i hvert fall et kort brev med beskjed om avslag. Ingen begrunnelse. Legen

hørte jeg ikke fra. Jeg tolket det som et byråkratiske tegn på at jeg ikke fortjente hjelp.

Jeg slepte meg gjennom nok et år som levende død, før jeg fant ut hvordan jeg skulle skifte fastlege. Denne gangen ba jeg spesifikt om henvisning til avtalespesialist, og jeg presset frem noen tårer til tross for at jeg ikke hadde trodd at jeg evnet det, og følte det var en manipulerende gest. Men jeg fikk en henvisning. Finne psykolog måtte jeg selvfølgelig klare selv.

PSYKOANALYTISK POTENSIAL

Tre uker brukte jeg på å bestemme meg for hvordan jeg skulle utforme e-posten som jeg sendte til åtte psykologer. Den eneste som svarte, psykoanalytiker og spesialist i intensiv psykoterapi, ga meg time uken etter. Jeg hadde forberedt meg på avslag eller månedslange ventelister, så jeg var lettet. Psykoanalytisk terapi var dessuten det jeg ønsket, det var det eneste alternativet jeg visste om.

Jeg håpet at psykoanalysens tålmodige vektlegging av barndom og det underbevisste ville gi bedre muligheter for å komme til bunns i hvilke problemer jeg hadde. Jeg hadde kanskje også en forventning om at terapeuten ville kunne hjelpe meg med å identifisere, artikulere og løse mine ofte intenst konfliktfylte følelser og tanker. Jeg vet ikke hva jeg så for meg som resultat: at min udefinert psykiske smerte skulle forsvinne, at jeg skulle finne ut hva jeg vil bruke livet mitt til og oppleve litt ektefølt glede og livsgnist uten mental pisk, finne mening i relasjoner, kanskje lære å verdsette foreldrene mine som sikkert har gjort så godt de kunne, eller frigjøre meg fra dem, hva nå enn det innebærer. Men jeg var redd for å sette meg for høye håp, kanskje alt var umulig. Jeg var forberedt på å ta til takke med hva som helst.

Ingenting av dette klarte jeg å si i min første time da terapeuten spurte hvorfor jeg ønsket psykoanalytisk terapi. Ord hadde mistet sin verdi. Jeg hadde gitt opp jakten også på det meningsnivået, og jeg var redd for at han skulle kritisere meg. Men jeg husker at jeg fikk en fornemmelse av følelser som takknemlighet og håp, kanskje mest av alt følte jeg respekt og redsel. Det burde jeg kanskje sagt, men jeg klarte ikke. Få har noen gang vist interesse for mine følelser, så jeg har ikke erfaring med å snakke om dem bortsett fra til meg selv. Den eneste oppmerksomheten de har fått, er kritikk, eller jeg har fått høre at jeg mangler dem. Og han spurte ikke. »

PSYKOANALYTISK FORVIRRING

Den dagen startet et mønster som forvirret meg, som gjorde meg usikker på hva jeg skulle tenke og si. Eller om det var meningen at jeg skulle tenke og snakke i det hele tatt. Jeg visste at den psykoanalytiske terapeuten er tilbaketrucken, men jeg var ikke forberedt på at min ville etterlate meg alene i terapirommet. Slik opplevde jeg det.

Enkelte ganger fikk jeg en kort bekreftende kommentar og et empatisk tonefall. Men for det meste var han distansert. Jeg drømte at han var Freud. Jeg sa han minnet meg om faren min. Jeg opplevde at han bagatelliserte det jeg sa, noen ganger følte jeg meg nærmest latterliggjort. Mest av alt sa han ingenting, eller han kritiserte meg for ikke å si nok. Jeg følte meg avvist. Hvordan assosiere fritt om sitt indre med selvaksept, sittende eller liggende, foran en terapeut som virker kritisk og uengasjert. Jeg fikk det ikke til. Tankene satt fast i hodet, ordene satt fast i halsen. Allerede etter første uke fikk jeg mitt livs første panikkangstanfall, jeg fikk fornemmelsen av at hjernen min gikk i oppløsning, og at jeg holdt på å bli gal.

Jeg begynte å lese psykologi, for å finne en objektiv forklaring på hva som var galt med meg, og for å forstå ham. Jeg leste *Uro* av Finn Skårderud, fikk et nytt perspektiv på Kafka og oppdaget at jeg var skamfull. Det sa jeg. Ingen respons. Jeg nevnte komplekse traumer, men ble avfeid med at diagnosen ikke er oppført i diagnosemanualen. Han sa det med et ironisk tonefall, kanskje for å speile min egen etter hvert ustoppelige trang til å ironisere. Jeg vet ikke hva han ville oppnå, jeg kjente bare intens skam. Jeg leste om personlighetsforstyrrelser og kommenterte at jeg kjente igjen moren min i de histrioniske symptomene. – Javel, sa han. Jeg leste om eksponeringsterapi og tenkte at kanskje terapeuten mente at helbredelsen min lå i å bli utsatt for en intens versjon av faren min, selv om det følte som tortur. Jeg leste om emosjonsfokuseret terapi og spurte om han ville at jeg skulle bli sint. – Ikke nødvendigvis, svarte han.

Jeg følte meg fanget. I hodet og hos ham. Min frenetiske hjerneaktivitet skapte et uutholdelig, nærmest fysisk trykk i hodet. Jeg tenkte at jeg kjente meg som en trykkoker uten ventil. Den eneste grunnen til at jeg ikke imploderte, var at jeg hadde begynt med mindfulness. Der lærte jeg å observere det negative hodet mitt i

detalj og akseptere den mer eller mindre konstante fortvilelsen med forlenget utpust. Jeg avfant meg med at for meg fins det ikke noe mer enn likegyldig eksistens. Alt går over, men alt forblir. Men jeg håpet også at kanskje, kanskje terapeuten min hadde en annen plan.

KRISE UTEN KATARSIS

Etter tre år i psykoanalytisk terapi mistet jeg jobben jeg omsider hadde skaffet meg. Jeg ble presset til å ta en ulovlig sluttpakke, som resulterte i to måneders karantene fra NAV, etter å ha blitt utsatt for det jeg oppfattet som markeringsbehov og maktmisbruk fra lederne mine. Men det var jeg som mistet jobben, så jeg var usikker på om det kanskje var jeg som var det egentlige problemet.

Et halvt år senere hadde moren min, som jeg ikke hadde kontakt med, en psykisk krise som hun druknet i en alkoholpsykose og komplett nedverdiggelse. Hun havnet til slutt i varetekt. Deretter ble hun sendt til legevakten og videre til DPS, som hun rømte fra. Brødrene mine, som jeg nesten ikke hadde kontakt med, prøvde å få henne tvangsinnlagt grunnet frykt for hennes og andres liv. Helsevesenet var ikke interessert, der ble de avfeid uten hjelp eller veiledning. Jeg ringte en sosionomutdannet venninne og ba om råd. Hun hørtes nedlatende ut da hun lo og sa: – Jeg tror det skal litt mer til enn en diagnostisering fra deg for å få til en tvangsinnleggelse. Jeg ringte til politiet. De dro på husbesøk, men forlot moren min fordi hun bedyret at hun ville oppsøke hjelp etter at abstinensene hadde gitt seg. Jeg ringte fastlegen hennes, men han ville ikke snakke med meg.

Et halvt år etter det igjen begikk en barndomsvenninne selvmord. Da hun var et lite barn, ble hun utsatt for seksuelle overgrep og omsorgssvikt. Hun hadde vært dypt ensom, og bak den selvtiltrekkelige og mestrende fasaden fryktet jeg at hun drakk for mye og utsatte datteren sin for emosjonell omsorgssvikt. I flere år hadde jeg prøvd å overbevise henne om å gå i terapi. Hun sa hun var redd for å bli retraumatisert, og hun kunne ikke glemme sine negative psykologmøter i BUP i tenårene. Til slutt begynte hun. Så sluttet hun og tok sitt eget liv. Jeg holdt tale i begravelsen, mens jeg lurte på om jeg var medskyldig, og jeg hadde dårlig samvittighet fordi jeg var sint på de sørgende omgivelsene for ikke å ha innsett alvoret før det var for sent.

Da jeg hadde fortalt terapeuten om moren min, rystet langt inn i stabiliseringsmuskulaturen, sa han bare: – Da var timen over. Så tok han ferie uten å si ifra. Etter begravelsen til venninnen min foreslo han at jeg kunne bli profesjonell taleskriver.

Kanskje han ikke oppfattet at jeg var overveldet? Kanskje han mente at jeg hadde vært gjennom vanlige hendelser som ethvert menneske bør kunne tåle og håndtere på egen hånd? Eller kanskje han harselerte med innestengt sorg og smerte for å fremprovosere en reaksjon, uten å innse at jeg ikke vet hvordan jeg skal være sint eller lei meg?

Det negative tankekaoset ble intenst og permanent. Jeg tenkte stadig mer på selvmord, og jeg begynte å bli redd for at jeg kom til å gjøre noe jeg ikke ville kunne angre på. Men istedenfor å snakke til meg på en måte som ikke følte som rollespill, sendte terapeuten min meg til spesialisthelsetjenestens psykiatriske vaktjeneste. Der ble jeg møtt av en psykiater som konkluderte med at jeg verken var psykotisk eller aktivt suicidal og ga meg veiledning: Forskning sier at pasienter ofte blir bedre når de slutter i terapi, og hvis ikke kunne jeg for eksempel finne en psykodynamisk terapeut. Den andre gangen terapeuten min sendte inn en bekym-

ringsmelding, ble jeg oppringt av en miljøterapeut som foreslo at jeg kunne prøve å kjenne på sinnet mitt. «God idé», sa jeg og takket for rådet.

Jeg visste ikke hvordan jeg kunne bruke de ubrukelige rådene, derfor fortsatte jeg hos psykoanalytikerens. Vi vitset om filosofi, psykologi, livet og meg. «Tror du at du driver med projektiv identifikasjon?» spurte han blant annet med et lurt smil. «Det kan jo ikke jeg vite, jeg synes det er vanskelig bare å forstå hva det betyr. Det er du som er eksperten», lo jeg og smilte lurt tilbake selv om jeg ikke skjønnte vitsen med leken. Han begynte å kutte i timene mine. Noen ganger avbrøt han halvveis. En gang glemte han timen min. Kanskje det var hans ubevisste måte å si til meg at jeg skulle pelle meg vekk, selv om han sikkert prøvde å være profesjonell. Helt til han en dag sa at han ville henvise meg til DPS med diagnosen emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse. Jeg googlet og forsto ingenting. Jeg syntes det passet bedre på moren min. Men så leste jeg at forstyrrelsen ofte overføres som miljøarv, og jeg tenkte at jeg kanskje har dårlig selvinnsikt. «Det var synd det ikke virket», var det eneste han hadde å si da han avsluttet terapien etter fire år.

UTREDNING I SPESIALISTHELSETJENESTEN

Jeg fikk brev fra DPS. Ventetid: 9 uker. Ingen annen informasjon. Jeg fikk kopi av epikrise som eks-terapeuten min sendte til DPS. Han skrev at han feilaktig hadde fokusert på mine depressive sider og oversett at jeg har alvorlig personlighetsproblematikk. Jeg er emosjonelt ustabil type borderline, tidvis suicidal med sannsynlige grandiose forestillinger om meg selv. Ingen begrunnelse, bare påstand og anekdotisk materiale tatt ut av kontekst og satt i en sammenheng jeg ikke kunne kjenne meg igjen i. Det opplevdes mest som et karakterdrap. Jeg strittet imot, men tenk hvis han hadde sett riktig likevel og jeg tok feil.

Jeg leste om hvordan emosjonelt ustabile pasienter ofte mottar mindre hjelp i helsevesenet enn andre pasientgrupper fordi de er så uforståelige, virker manipulerende og inspirerer til mindre empati (Black et al., 2011). Jeg forstår at de kan være vanskelige å forholde seg til, det er noe av grunnen til at jeg kuttet kontakten med moren min. Jeg taklet blant annet ikke å bli fortalt hvor utrolig glad hun var i meg, bare for å høre neste dag at jeg var en egoist som ikke var glad i henne. I årevis prøvde jeg å distansere meg fra den ambivalente fordømmelsen og følelsen av at jeg berøvet henne for det hun trengte mest, helt til jeg på terskelen til voksenlivet besluttet at løsningen hennes ikke lå i at jeg ofret meg selv. Men jeg forstår likevel ikke hvorfor disse pasientene får mindre hjelp når det er dokumentert at flesteparten har hatt en umenneskelig barndom (McLean og Gallop, 2003). Det tror jeg på: Gjennom hele oppveksten betrodde moren min meg at hun gjennom hele oppveksten sin hadde blitt utsatt for både seksuelle overgrep, grov fysisk vold og omsorgssvikt. Hun ble aldri sett og trodd, og hun fikk aldri hjelp. Hun fikk bare beskjed om å ta seg sammen.

Jeg synes dermed ikke hennes uforståelige oppførsel er uforståelig. Men det er kanskje bare jeg som forstår at hun ikke kan stole på noen, ikke engang seg selv. Jeg har tross alt sett hva som skjer når den hardt tilkjempepede fasaden hennes bryter sammen: Jeg har sett henne overveldes av følelser og minner fra fortiden, sett henne vrenge sjelen sin i fortvilelse og hjelpeløshet, hørt henne skrike etter nåde, tilgivelse og kjærlighet – og noen ganger klynke med forvrengt barnestemme. Jeg har alltid visst at hun ikke burde gjort det, men jeg har alltid forstått hvorfor hun gjorde det: Hun var desperat, hun hadde ikke kontroll, og det var ingen andre



«Det var synd det ikke virket», var det eneste han hadde å si da han avsluttet terapien etter fire år





Jeg vet egentlig ikke noe annet enn at livet ikke er verdt å leve. Men jeg vil leve likevel

som ville lytte til henne. Men kanskje slikt bare gjør uutslettelig inntrykk på et ungt sinn. Som ikke klarer å tenke på annet enn at noe, noe må jeg jo gjøre for å redde mamma og meg. Spesielt siden alle andre ser en annen vei.

Jeg trosset vissheten om at hun kom til å forbanne meg nok en gang og brukte tiden mens jeg ventet på DPS til å skrive det brevet til Fylkesmannen som jeg hadde tenkt på i et halvt år, hvor jeg klagde på kommunens manglende helse- og omsorgstjenester til moren min. Jeg fortalte historien hennes slik jeg tror den har blitt fortalt til meg, for det meste på sengekanten min nattestid etter en flaske vodka eller to. Jeg forklarte at hun har dyp mistillit til helsevesenet, men at hun trenger hjelp for å avverge fremtidige kriser. Jeg følte meg mer ustabil enn noen gang. Jeg var livredd. Kom DPS til å gi meg den hjelpen jeg trengte? Kom moren min til å få hjelp fra en kompetent psykolog som evnet å vinne hennes tillit?

I møte med frontlinjen ved DPS ba jeg om ISTDP-terapi, og jeg fikk høre at det var en god idé. Tre uker senere møtte jeg en ung, nyutdannet psykolog, og han sa han skulle utrede meg en gang i uken over to-tre måneder. Dagpengene mine tikket, og jeg forsto ikke hvorfor det måtte ta så lang tid, jeg trengte hjelp for å kunne få meg en jobb og stå i den. Men for mitt indre øre hørte jeg min mors stadige sarkastiske kommentar, beggars can't be choosers, og jeg nikket samarbeidsvillig. Psykologen var dessuten tydelig og passe empatisk, det virket som han var trygg på seg selv, og at han ville meg vel.

Han ga meg den tentative diagnosen uspesifisert personlighetsforstyrrelse med emosjonelt ustabile trekk i form av kronisk tomhetsfølelse og noen impulsive trekk, uttalt grubling/bekymring, kritisisme overfor selv, pessimistisk innstilling og en kronisk lav selvfølelse. Han understreket at det var en hypotese og luftet samtidig faglig misnøye med diagnosesystemets manglende vitenskapelighet og særlig de planlagte pakkeforløpene. Jeg spurte ham hva psykologer gjør med det. – Nei, det er vel ikke så mye å gjøre, bare håpe at det til slutt blir tydelig hvor ødeleggende det er, konstaterte han. Jeg satt pris på ærligheten hans, men tenkte at en så tilbakelelt holdning ikke hjelper dem som lever en kamp på liv og død. Er det bare vi som må ta ansvar for egen avmaktsfølelse?

Diagnosen min utløste kun 15 timer terapi med ham, to ganger i måneden, med fokus på affekt. Jeg takket nei fordi jeg hadde fått prøvetime hos avtalespesialist, men i løpet av utredningen hadde jeg bedt ham om å få psykologerklæring for å søke arbeidsavklaringspenger. Jeg hadde innsett at det fantes ingen annen utvei. Men det kunne han ikke gi meg, annonserte han den siste timen. Jeg klarte ikke å si noe, selv om jeg ikke forsto. Det sto i epikrisen hans at jeg var ressurssterk, men det sto da også at jeg var syk, trodde jeg, og at jeg har en latent selvmordsrisiko. Han kunne selvfølgelig ikke lese tankene mine, men han konkluderte med at jeg kunne søke sosialstøtte hvis jeg ikke fikk jobb før dagpengene rant ut.

Jeg tenkte på reaksjonen min da jeg under utredningen på DPS hadde fått vite i en bisetning at utrederen ville bli min behandler, men at han *ikke* var ISTDP-terapeut. For første gang noensinne hadde jeg knekt sammen i en krampegråt jeg ikke klarte å holde tilbake. Han hadde spurt meg hva det gjaldt, og jeg hadde hikstet: – Det er aldri noen som vil hjelpe meg. Han hadde sagt det gjorde inntrykk, at han i hvert fall ønsket å hjelpe meg. Og for meg var det faktisk greit. Nå tenkte jeg: Diagnose og empati uten konsekvens, helvete forblir individuelt. Han takket for samarbeidet, ønsket meg god jul og lykke til videre. Med et varmt smil.

Men jeg hadde ingen å feire jul med, og julepresangen min var et brev fra Fylkesmannen med beskjed om at saken knyttet til min mor var avslut-

tet. Kommuneoverlegen hadde avlagt hjemmebesøk, moren min ønsket ikke å motta kommunens tjenester, og Fylkesmannen fant ikke grunnlag for videre oppfølging. Jeg satt nok en gang bare igjen med spørsmål som ingen ville svare på. Hvor vanskelig må barndommen ha vært, hvor stort må lidelsestrykket være, hvor overveldende må livet oppleves, og hvor håpløs må fremtiden fortone seg for at en psykisk syk person skal få kompetent hjelp?

JAKTEN PÅ FORSTÅELSE

Hvor ligger feilen? Det er et annet spørsmål jeg har stilt meg selv med jevne mellomrom de siste tre-fire tiårene.

I meg selv, som oppviser feil hjelpesøkende atferd og vokabular, eller som tror jeg har et problem jeg egentlig ikke har? I familien min? I samfunnet? I systemet? Hos legene, psykiaterne eller psykologene, eller i summen av alle de individene som ikke har villet snakke med meg, erkjenne at jeg har et reelt problem, og hjelpe meg å finne en løsning? Eller er jeg rett og slett så uheldig at biologien, miljøet eller kulturen har tildelt meg en ekskluderbar psyke som medisinen og psykologien ikke kan helbrede? Kanskje jeg bør selekteres vekk. Kanskje jeg til tross for barnekonvensjoner, fine menneskerettigheter og flotte sosialdemokratiske nyttårstaler egentlig ikke har livets rett?

Men nå vet jeg at det er dokumentert at så mye som ti prosent av befolkningen i løpet av oppveksten blir utsatt for opplevelser som de fleste vil oppfatte som traumatiserende (Nordanger, Braarud, Albæk & Johansen, 2011). Nyere forskning innenfor utviklingspsykologi, nevrobiologi og traumepsykologi har i tillegg demonstrert at traumer er spesielt skadelige nettopp når de skjer i barndommen, og særlig når selve tilknytningsrelasjonen blir traumatiserende. Barn ender opp med en dissosiert personlighetsstruktur som ikke klarer å integrere traumene kognitivt og emosjonelt. Dermed blir det umulig å legge traumene bak seg. Traumene blir istedenfor en uutholdelig, fragmentert og uforståelig del av dem selv (NOU 2012:5, s. 191–213). Jeg tror det betyr at det er mulig å virke autonom, rasjonell, ressurssterk og reflektert, selv når væremåten er automatisert.

Barn som utsettes for traumatiserende omsorgssvikt, lever dermed *ikke* resiliente liv i voksen alder uten behandling, takket være fordelaktige gener, slik det kanskje har vært belei-

lig å anta (f.eks. Torvik & Rogmo, 2011, s. 6). De som eventuelt gjør det, utgjør unntaket heller enn regelen. Langt de fleste opplever istedenfor angst, depresjon, isolasjon, svakt selvbilde, emosjonelle og relasjonelle vansker, retraumatisering, rusmisbruk, suicidalitet og somatiske plager. Forskning antyder heller at barndomstraumer er den største årsaken til psykiske lidelser (NOU 2012:5, s. 191–213). Det overrasker ikke meg. Jeg kjenner så mange av dem som ingen ser og alle prøver å overse, mennesker som har gitt opp.

Men jeg spør meg selv om grunnen til at jeg endte opp med en uspesifisert personlighetsforstyrrelse og en oppramsing av symptomer med tilbud om litt uspesifisert terapi rettet mot affekt, er at ingen jeg har møtt, har tenkt at jeg kan være traumatisert.

Fokus i traumeforskning har vært mest på traumer som følge av fysisk mishandling og seksuelle overgrep, og jeg fikk spørsmål om jeg har hatt slike opplevelser, under utredningen. Men det fins studier som viser at emosjonell neglisjering og trakassering også kan være traumatiserende og noen ganger til og med like skadelig. Det fikk jeg ikke spørsmål om. Jeg hadde uansett ikke visst hvilket innhold jeg skulle gi slike faglige begreper. På samme måte som jeg ikke visste hva jeg skulle svare på spørsmålet: «Hadde du en følelse av utrygghet i barndommen?» – Tja, hvem har ikke hatt det?

Ifølge mine erfaringer er kunnskap om barndomstraumer ikke integrert i det psykiske helsevesenet. Legene er fremdeles de som vurderer, henviser og ofte til og med behandler oss psykisk syke – med piller eller en overfladisk samtale om livet. Det gjør de uten psykologisk kompetanse som kan gjøre meningsfull kommunikasjon, kompetent vurdering og henvisning til relevant behandling mulig. I spesialisthelsetjenesten, hvor i hvert fall jeg håpet å få kompetent behandling, fikk jeg til slutt ikke annet enn en stigmatiserende diagnose. Ikke i noen deler av det psykiske helsevesenet har jeg opplevd å få kunnskapsbasert veiledning om eller hjelp til å finne virksom behandling. Jeg sitter kun igjen med et inntrykk av at det psykiske helsevesenet regjeres av et noe forenklet evidensprinsipp: Alle terapeuter og terapiformer gir effekt uansett problem, det eneste som betyr noe, er den terapeutiske alliansen. Og hvis den ikke virker, er det egentlig bare pasientens problem.

Som resultat tror jeg det fins svært mange voksne traumatiserte barn som føler at de er



blitt retraumatisert i det psykiske helsevesenet, hvor de istedenfor å få kompetent forståelse og behandling blir møtt med meningsløs og i beste fall velmenende kommunikasjon, trivialisering, hjertesukk, diagnoser som patologiserer dem, men ikke årsaken til problemene, og såkalt evidensbasert, men utilstrekkelig og noen ganger skadelig terapi. Vi smiler, takker og klamrer oss til håpet og livet. Mens vi helt alene kjemper som best vi kan for ikke å såre eller støte andre og bli fanget i oss selv. Utslitt. Sviktet om og om igjen.

JAKTEN PÅ EN ANNEN LØSNING

Jeg vet ikke om jeg lever opp til diagnosekriteriaene for komplekse barndomstraumer, kronisk depresjon eller personlighetsforstyrrelse, eller om det ville ligge merverdi i å bruke enda flere utredningskroner på eventuelt å endre stempelet. Jeg vet egentlig ikke noe annet enn at livet ikke er verdt å leve. Men jeg vil leve likevel.

Heldigvis klarte jeg til slutt, i en alder av 40 år, å finne en psykodynamisk terapeut med spesialisering i ISTDP (Intensive Short-Term Dynamic Psychotherapy).

I første time snakket vi om hvordan hun minnet meg om moren min. Hun tok initiativ til det, og jeg opplevde noe jeg aldri før har erfart: en person som forandret seg foran øynene mine. Bokstavelig talt. En kort samtale om et flyktig misbilligende blick og min nye terapeut virket genuin, interessert og empatisk istedenfor forutinntatt, skeptisk og likegyldig.

Hun har klart å etablere en samarbeidsallianse, og jeg stoler på henne. Skyldes det fellesfaktorer eller metode? Kanskje det er en kombinasjon. Hun klarer å møte meg på en måte som jeg ikke klarer selv, med empati. Den føles ikke mekanisk som en metode, men heller naturlig og ektefølt. Det er viktig, og handler kanskje om personlighet og livserfaring selv om psykodynamiske terapeuter generelt prøver å fremme en allianse basert på respekt, tilknytning og empati.

Men det er muligens metoden som gjør at empatien ikke føles overbærende, insistende eller generalisert, men heller kompetent, reell og relevant. Hun tar utgangspunkt i mine følelsesmessige reaksjoner istedenfor i M.I.N.I., SCID-II eller andre standardiserte spørreskjema som kategoriserer dem. I likhet med traumepsykologien, som vektlegger toleransevinduet og kunnskap om optimal angstaktivering for ikke å overvelde eller passivisere pasienten, fokuserer hun dessuten på angstre-

gulering (Nordanger & Braarud, 2014). Kanskje metoden tillater henne å heller vektlegge den psykologiske forståelsen av at et traume er en subjektiv opplevelse av overveldelse som resulterer i hukommelsestap eller annen frakobling? Kanskje hun dermed forstår at jeg kan mangle tilgang på traumeminner eller den kognitive og emosjonelle forståelsen av dem?

Hun har gjort meg oppmerksom på at jeg blir overveldet av angst for følelser blant annet når jeg snakker om min mor, far, tidligere sjef, samboer og terapeut. Jeg blir svimmel, begynner å rape, opplever tankekjør eller at hjernen går i blank. Hun påpeker også når jeg unngår vanskelige følelser ved hjelp av forsvarsmekanismer som humor, rasjonalisering og intellektualisering. Mest av alt overser jeg de signalene kroppen min sender meg. Det har vært overraskende for meg å oppdage selv om jeg har lest at det er en vanlig reaksjon (Hansen, Bakkevig, Langvasbråten & Solbakken, 2013).

Slik har hun vist meg veien til den forløsende gråten og hjulpet meg til å begynne å sørge. Hun ser reaksjonene og følelsene mine før jeg oppdager dem selv, og hun klarer å møte dem på en måte som gjør at jeg verken føler meg krenket, fanget, skamfull, misforstått eller kritisert. Når hun tror hun ikke forstår, stiller hun direkte spørsmål. Når jeg klarer å si ifra om at jeg tror hun tar feil, da takler hun det og. Jeg føler meg trygg på at hun vil forstå, respektere og hjelpe meg med å bearbeide det enorme sinnet, kulturelt legitimt eller ikke, som jeg innerst inne vet at jeg har. Den tryggheten trengs fordi jeg tror sinnet kan være større enn tusen hav. Da er det også godt å vite at jeg har et hjerte. Det har hun sagt, og jeg håper det er sant.

Jeg føler jeg er i en prosess for å komme i kontakt med meg selv, og for å slippe å kjempe mot fortidens følelser i møte med vanskelige relasjoner og realiteter. Mens jeg venter på at jeg skal klare å være meg i verden på en måte som gagnar meg og den, har terapeuten min skrevet en psykologerklæring som jeg kan kjenne meg igjen i, og som NAV har forstått: Jeg har tilbakevendende depresjoner, søvnproblemer og konsentrasjonsvansker. Jeg er sterkt selvkritisk og har sosial aktiverbar angst som følge av tidlige relasjonelle traumer. Derfor trenger jeg hjelp til å finne en jobb og et arbeidsmiljø som kan passe for meg.

Fryktfølelsen er ikke lenger konstant. Nå ler jeg også av og til uten å føle meg dysfunksjonell.

MITT LØSNINGSFORSLAG

Har mine erfaringer overføringsverdi? Selv tenker jeg at jeg er nok et eksempel på at det psykiske helsevesenet og forskningsagendaen bør reformeres bort fra en psykiatrisk til en oppdatert psykologisk forståelsesmodell. Men først syns jeg at byråkratiet bør omgås for å tilby effektiv terapi til behandlingsresistente pasienter og voksne som strever med livsødeleggende barndomstraumer. De fortjener kanskje omsider å bli prioritert, å få høre at tiår på tiår i det individualiserte helvete er mer enn nok. Det bør innebære å videreutdanne mange nok ISTDP-terapeuter og utvikle en informasjonskampanje med oppklarende informasjon om ettervirkninger av komplekse barndomstraumer. En kampanje som kommuniserer med målgruppens livserfaringer istedenfor alle andres, og som i hvert fall ikke sier at hvis du føler at du trenger hjelp, så ta kontakt med fastlegen din eller ring SOS.

ISTDP virker ikke bare mot PTSD. Så vidt jeg har forstått, er det faktisk den eneste terapimetoden som ikke bare kan vise til usedvanlige behandlingsresultater for såkalte behandlingsresistente pasienter, men også

for de fleste diagnosene som kan dekke over komplekse barndomstraumer. ISTDP ble ikke utviklet som traumebehandling, men jeg tenker at det kanskje er den metoden som gir best mulighet for å integrere traumatiske opplevelser fra barndommen kognitivt og særlig emosjonelt. Metoden har hjulpet svært mange av de som alle andre har gitt opp (Solbakken & Abbass, 2013).

Dere psykologer er de eneste som kan si til politikere, leger, psykiatere, byråkrater, hverandre og til dere selv med faglig fynd og klem: Du skal ikke tåle så inderlige vel den urett, smerte og skam som ikke rammer deg selv! Hvis oppfordringen til reell empati ikke nytter, kan dere redusere meg til et samfunnsøkonomisk argument. Jeg tror ikke at det fins noen gyldig rasjonell grunn til å velge bort den beste tilgjengelige behandlingsmetoden som per i dag kan gi endring og reell hjelp til de av oss som ikke var så heldige å få en god nok barndom og oppvekst, og som ikke har resiliente gener eller andre faktorer som kan beskytte oss mot en belastende bagasje vi faktisk ikke har skyld i selv. Da er det kanskje heller ikke riktig at vi alene skal måtte bære ansvaret for den? ❌

REFERANSER

- Black, D.W. et al. (2011). Attitudes toward borderline personality disorder: a survey of 706 mental health clinicians. *CNS Spectrums*, 16(3), 67–74. Doi: 10.1017/S109285291200020x
- Hansen, R.S., Bakkevig, J.F., Langvasbråten, B., & Solbakken, O.A. (2013). Følelser som forandrer – Intensiv dynamisk korttidsterapi. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 50(8), 838–844. Hentet fra http://www.psykologtidsskriftet.no/index.php?seks_id=330462&a=3
- Hjemdal, O., & Hagen, R. (2012). Metakognitiv terapi ved depresjon. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 49(1), 59–63. Hentet fra http://www.psykologtidsskriftet.no/index.php?seks_id=162829&a=2
- McLean, L.M., & Gallop, R. (2003). Implications of Childhood Sexual Abuse for Adult Borderline Personality Disorder and Complex Posttraumatic Stress Disorder. *The American Journal of Psychiatry*, 160(2), 369–371. Doi: 10.1176/appi.ajp.160.2.369
- Nordanger, D.Ø., Braarud, H.C., Albæk, M., & Johansen, V.A. (2011). Developmental trauma disorder: En løsning på barntraumatologifeltets problem? *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 48(11), 1086–1090. Hentet fra http://www.psykologtidsskriftet.no/index.php?seks_id=157507&a=2
- Nordanger, D.Ø., & Braarund, H.C. (2014). Regulering som nøkkelbegrep og toleransevinduet som en ny modell i traumepsykologi. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, (51(7)), 530–536. Hentet fra http://www.psykologtidsskriftet.no/index.php?seks_id=424651&a=2
- NOU 2012:5 (2012). *Bedre beskyttelse av barns utvikling – Ekspertutvalgets utredning om det biologiske prinsipp i barnevernet*. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2012-5/id671400/>
- Solbakken, O.A., & Abbass, A. (2013). Effective Care of Treatment-Resistant Patients in an ISTDP-Based In-Patient Treatment Program. *Psychiatric Annals*, 43(11), 516–522. Doi: 10.3928/00485713-20131105-07
- Torvik F.A., & Rognmo, K. (2011). *Barn av foreldre med psykiske lidelser eller alkoholmisbruk* (Folkehelseinstituttet Rapport 4/11). Hentet fra <https://www.fhi.no/globalassets/migrering/dokumenter/pdf/rapport-20114-pdf.pdf>
- Wilhelmsen, I. (2011). *Det er ikke mer synd på deg enn andre. En bok om ansvar og frigjøring*. Stavanger: Hertervig Akademisk.

Vi må endre systemet



Det psykiske helsefeltet er fylt av motstridende føringer og paradigmer. For å få fremgang på feltet er det på tide å endre spillereglene.

BIRGIT VALLA,

psykologspesialist og leder for Stangehjelpa i Stange kommune

SYSTEMKRITIKK

«**DETTE REPRESENTERER** en ny verden, noe nytt som bør ut i hele landet», sa helseminister Bent Høie da han besøkte Stangehjelpa i september 2016 (fra napha.no). Under besøket hadde han snakket med både ansatte og folk som har mottatt hjelp fra oss, og kunne bekrefte at Stangehjelpa jobber slik de sier at de jobber. Senere har vi hatt besøk av tidligere stortingspolitiker Torgeir Michaelsen fra AP og helsebyråd i Oslo kommune, Inga Marte Thorkildsen fra SV, som viste den samme begeistringen. I tillegg har Stangehjelpa tatt imot langt over hundre besøkende fra kommuner over det ganske land, som kommer for å lære om vår måte å levere psykiske helsetjenester på.

Resultatene våre er gode, både når det gjelder bruk av ressurser og effekt av hjelpen vi gir. Etter at vi la om tjenesten til slik den er i dag, har vi økt kapasiteten på hvor mange vi hjelper, med 80 prosent. Resultatene våre viser også at den hjelpen folk får fra oss, har like god eller bedre effekt enn det man ser i kliniske studier. Dette vet vi fordi vi systematisk innhenter tilbakemeldinger om effekt fra alle de vi hjelper, ved bruk av Outcome Rating Scale (ORS), som del av at vi er en Feedback Informert Tjeneste (FIT).

Det er motiverende å få anerkjennelse. Men jeg har alltid vært bekymret. Forstår politikerne hva som egentlig kreves for å jobbe slik vi gjør? Ser de rekkevidden av en slik måte å yte tjenester på? De vil ha resultatene våre, men er de villige til å endre systemet slik at det gjør resultatene mulig? Stangehjelpa utfordrer strukturene som støtter systemet. Strukturene kommer til uttrykk i retningslinjer, veiledere, prosedyrer,

profesjonshierarkiet og det lovfestede medisinske paradigme som ligger til grunn for våre tjenester. Det psykiske helsefeltet er fylt av motstridende føringer og paradigmer. Og når man prioriterer de føringene som ikke støttes av systemet eller profesjonsmakten, så får man svi. Tydeligst blir dette i debatten rundt diagnosene.

DIAGNOSENE

Det er lite som vekker så stor motstand som når man utfordrer diagnosesystemet. Dette er selve ryggraden i måten vi yter tjenester på, nedfelt i lov, inngangsbilletten til tjenester, og et viktig element for å opprettholde profesjonshierarkiet innenfor psykisk helsefeltet, der psykologene og psykiaterne troner på toppen. I oktobernummeret av tidsskriftet tar fagsjefen i Psykologforeningen diagnosene i forsvaret, og mener at «Den største utfordringen er ikke at de eksisterer, men at vi har brukt dem feil.» Videre skriver Andreas Høstmælingen: «Inntil videre enes ikke forskningen om et godt alternativ til diagnosene, og jeg tror vi må leve med dem.» Disse utsagnene er problematiske av flere grunner. Den ene er at man argumenterer under de samme premisene som da problemet oppstod, en «mer av det samme, bare bedre»-logikk. Utsagnene viser også, ut fra mitt syn, en nedslående mangel på ambisjoner for å utvikle feltet i en retning som kommer folk til bedre nytte enn vi har greid å oppnå i dag.

Problemet er at vi diskuterer løsninger på diagnosespørsmålet under de samme premis-



I ENDRING I dette innlegget skriver leder for Stangehjelpa, Birgit Valla, om hvordan de forsøker å skape fundamentale endringer i hvordan man gir psykisk helsehjelp til folk. Tidligere i år vurderte Fylkesmannen i Hedmark at Stangehjelpas arbeid ikke var i tråd med helsepersonelloven, fordi tjenesten ikke systematisk brukte kartleggingsverktøy eller diagnoser. Faksimiler fra september- og oktoberutgaven av Psykologtidsskriftet.

sene og spillereglene som allerede er der. Det er hva Watzlawick og hans kolleger (Watzlawick, Weakland & Fisch, 1974) i boken *Change* vil kalle en første-ordens endring. Man endrer noe innenfor et system, men selve systemet forblir uendret. En slik type endring vil ikke gjøre noe med selve problemet, tvert imot kan en slik type løsning etter hvert bli selve problemet. Høstmælingen hevder at problemet med diagnosene er at vi har brukt dem feil, og bare vi bruker dem riktig, så vil alt gå så mye bedre. Dette er i beste fall naivt. Etter flere tiår med forsøk på å bruke dem riktig har vi fremdeles ikke lyktes. For Einstein var dette selve definisjonen på galskap: å gjøre det samme om og om igjen, og forvente et annet resultat.

Det man trenger, er en andre-ordens endring, altså at man endrer selve spillereglene, lager nye rammer og spiller spillet annerledes. Utfordringen er ikke å erstatte diagnosesystemet med et annet eller bedre diagnosesystem. Vi må endre premissene. Diagnosene kan oppleves som nyttige for noen, fordi det gir dem en forståelse av de problemene man har. Men det er ikke diagnosen som er viktig, det er å *forstå seg selv*. Og dette kan vi hjelpe folk med på mye bedre måter. Skal vi da slå oss til ro med at vi må leve med diagnosene, det er det beste vi har? Eller skal vi heve ambisjonsnivået på feltet, og tenke helt nytt?

En slik type endring ble i stor grad tematisert i forrige nummer av tidsskriftet om traumer. Og flere fagfolk, både nasjonalt og internasjonalt, tar til orde for en ny måte å tenke på. Kunnskapen på psykisk helsefeltet bør i mye

større grad utvikles basert på om det vi gjør, er relevant og nyttig for dem som har skoen på og vet hvor den trykker. Bare slik kan vi justere og bygge på det vi vet. Det rådende paradigmet, der utredninger og diagnoser danner grunnlaget for hjelp, fungerer simpelthen ikke. I artikkelen «Kva klinisk nytte har me av dagens psykiatriske diagnoser – og kva er alternativet?» i Tidsskrift for psykisk helsearbeid tar Trond Aarre og Kim Øyvind Larsen (2017) til orde for å tenke ut alternativer til dagens arbeidsmåte. Forfatterne skriver:

Vår gjennomgang tyder på at det er heller lite spesifisitet i behandlinga av psykiske lidingar og at diagnostikken hjelper oss lite i å stille prognose og planleggje behandling. Me konkluderer med at den kliniske nytten er mindre enn mange trur. Det mest lovande alternativet til tradisjonell diagnostikk er kanskje å definere psykiske problem utan å hevde at pasientane har dysfunksjon eller defektar.

Det betyr ikke at vi skal kaste den kunnskapen vi har over bord, og begynne helt på nytt. Vi har for liten tiltro til egen kunnskap hvis vi tror at den bare kan brukes innenfor et eksisterende sett med rammer. Vi kan mye om fenomener slik som traumer, angst og psykoser. Dette er verdifull kunnskap som vi kan bygge videre på. Men den tilhører ikke en bestemt faggruppe eller profesjon. Å hjelpe mennesker med disse problemene er heller ikke noe som en profesjon er bedre til enn en annen. Det finnes ikke forskningsmessig evidens som skulle tilsa at





Politikerne vil ha resultatene våre, men er de villige til å endre systemet slik at det gjør resultatene mulig?

psykologer er bedre til dette enn noen andre. Det betyr imidlertid ikke at alle profesjoner har lik kunnskap, men det betyr at vi alle kan bidra på måter som har like stor verdi. Og vi må gjøre det sammen. Synergi skapes der det er likeverdighet, ikke der det er hierarki.

TILGANGSSTYRING

Et annet argument for å opprettholde diagnosenkningen er tilgangsstyring. Om ikke diagnosene er verken gyldige eller nyttige, så gir de en inngangsbillett til helsetjenestene. Derfor trenger vi dem. Folk må ha noe som defineres som sykdom for å få helsehjelp. Men hva om vi lager andre premisser? Er det mulig å tenke seg at det vil være nok hjelp til alle som trenger det? I Stange har vi sett at det er det.

Innovatør og sosial entreprenør Hilary Cottam beskriver i sitt foredrag på ted.com hvordan velferdssystemet, til tross for mengder med tiltak, ofte er ute av stand til å gjøre en forskjell for dem det gjelder. («Social services are broken. How we can fix them.») Cottam forteller om hvordan ansatte i tjenestene bruker mesteparten av tiden sin til å tjene systemet, og mindre tid til å faktisk gjøre det som vil utgjøre en forskjell i livet til den de skal hjelpe. Så når vi snakker om kostnadene innenfor helsetjenestene, så er det i størst grad systemet som koster penger, ikke brukerne.

Denne tiltroen til systemet som løsning har vært utgangspunktet for velferdsstaten. Arkitekten bak den første velferdsstaten, William Beveridge, og forfatteren av The Beveridge rapport, som kom i 1942, hadde liten tro på det han kalte den gjennomsnittlige borger. De stolte på et mer upersonlig system, med byråkraten som skulle være løsrevet og jobbe innenfor systemet. Denne måten å tenke på har hatt stor innflytelse på hvordan vi tenker tjenester i dag. Den har spilt en viktig rolle i utviklingen av vårt samfunn, med bekjempelse av fattigdom, lengre levealder, boliger og utdanning til alle. Men samtidig ble frøene til dagens utfordringer sådd, fordi denne måten å tenke på undergraver folks egne evner til å løse problemer, og de ressurser og verdier som ligger i en selv og i mellommenneskelige relasjoner.

Cottam sier at løsningene ligger i relasjonene, båndet mellom mennesker, følelsen av tilhørighet, relasjoner som gir oss glede, og som støtter oss i endringsprosesser. Relasjoner som gjør oss modige til å prøve noe nytt.

Men systemet som kontrollerer tjenestene, er ikke opptatt av relasjoner. De er opptatt av om man har produsert nok mengde tjenester på riktig måte til de som har krav om det, uavhengig av om dette har vært til hjelp eller ikke. Denne måten å tenke på er det til syvende og sist befolkningen som taper på. Det paradoksale er at det også kommer mange føringer om det motsatte. Utvikling av praksiser som støtter recovery, hverdagsmestring, brukermedvirkning og selvhjelp, bevilges det enorme summer til hvert år, av det samme systemet. Vi trenger systemer, men de må endre seg i takt med tjenestene, og se helheten i de føringene de gir.

ENDRING SOM SKAPER FREMGANG

Når motstridende paradigmer kolliderer, utfordrer det oss. Det enkleste er å forsøke å tilpasse seg systemet, endre seg innenfor de allerede etablerte spillereglene (første-ordens endring). Men ikke alle greier å slå seg til ro med det, fordi man ser at i stedet for å løse problemene vil man på lengre sikt opprettholde og forsterke dem. Vi nekter å forholde oss til spillereglene, og har begynt å spille spillet annerledes. Dette er ikke uten omkostninger, men kan med tiden skape en endring som gir helt nye muligheter.

Tjenestene ute i kommunene mottar hvert år midler til utvikling. Vi skal tenke nytt, jobbe smartere og effektivisere. Innovasjon står på dagsorden. Hvis vi skal greie det, må systemet og de som forvalter det, også være innstilt på å endre seg. I Stangehjelpa har vi prioritert de føringene som i liten grad støttes av systemets strukturer, men som heller blir motarbeidet av dem. Selv om vi mener at vi oppfyller lovkravene, tjener vi ikke systemet ved å gjøre alt det ber oss om. Men vi gjør andre ting, som systemet ikke er opptatt av, som fører til bedre resultater og mindre ressursbruk. Det er ikke lenger mulig å tilfredsstille systemets motstridende føringer. Da kan vi ikke opprettholde våre resultater.

De psykiske helsetjenestene ute i kommunene formes i dag. Engasjementet blant kommuneansatte for å spille spillet annerledes er stort, og flere og flere tar til orde for det. Systemet utfordres, og det knirker i forføyningene. Når mange nok sprenger rammene, skjer store ting. Fremtiden er nå, og det er på tide å heve stemmen. ❌

Sykeliggjøring gjennom diagnoser

Vilkårlighet med diagnoser er neppe bedre enn vilkårlighet uten.

JEG TAKKER FOR Høstmælingens ryddige svar til mitt innlegg i augustutgaven av Psykologtidsskriftet. Her går han mye dypere inn i de grunnleggende utfordringene med sykeliggjøring og diagnoser. Jeg er ikke uenig med Høstmælingen i at medikalisering kan ha positive sider. Det jeg ser på som det største problemet med hans tilnærming, er et uavklart forhold mellom plager, symptomer, diagnoser og sykdom. Høstmælingen hevder i sitt svar i septemberutgaven at diagnosesystemet «utgjør lista over tilstander samfunnet aksepterer som sykdom». Det er galt. Diagnosesystemet utvikles av profesjonene ut fra hva de til enhver tid oppfatter som mest hensiktsmessig. Diagnosesystemene er sterkt påvirket av faglige og forretningsmessige eller industrielle interesser – og ikke bare av underliggende sykdom eller samfunnets aksept.

Høstmælingen refererer til et pragmatisk syn på sannhet – diagnoser er sanne i den grad de hjelper oss å forklare og håndtere verden. Problemet er at hvorvidt vi oppfatter diagnoser som nyttige, også avhenger av hvorvidt vi oppfatter dem som sanne. Dessuten vil det være svært ulike oppfatninger av hva som er nyttig. Andre har foreslått at saklighet, upartiskhet og allmenngyldighet er gode kriterier for objektivitet i vanskelige saker (såkalt epistemologisk objektivitet) (Solli, 2003; Øyeflaten, 2011).

Samtidig med at Høstmælingen hevder at diagnosene er faglig ordnende (og ønskelig fra pasientenes side), hevder han at «[v]i kan ikke legge opp til pakkeforløp eller retningslinjer der vi bestemmer på forhånd hvilken behandling

som skal gis, basert på diagnoser». Hver person er unik – med unike behov og preferanser – men dersom det ikke finnes noen føringer for oppfølging og behandling i diagnosene, så er de jo nettopp ikke nyttige. Vilkårlighet med diagnoser er neppe bedre enn vilkårlighet uten.

Pakkeforløp har liten hensikt om det er uklart hva pakken inneholder. Særlig når det er snakk om mennesker. Å gjøre plager til sykdom og pasienter til pakker er utvilsomt et utmerket sysselsettingstiltak. Men er det bra for den enkeltes helse og den allmenne velferd? ✕

REFERANSER

- Solli, H.M. (2003). Medisinsk sakkyndighet, objektivitet og rettferdighet i uførepensjonssaker. *Tidsskrift for Norsk legeforening*, 123(15), 2072-2075.
- Øyeflaten, I. (2011). Subjektivitet ved sykmelding. *Tidsskrift for Norsk legeforening*, 131(13-14), 1308-1310.

DEBATT OM SYKELIGGJØRING

Tidligere innlegg:

- Nr. 6 - 2017** Et forsvar for sykeliggjøring (Høstmælingen)
- Nr. 7 - 2017** En triumf for pasienten eller for fagforeningen (Mjaaland)
- Nr. 8 - 2017** Grenseløs sykeliggjøring (Hofmann)
- Nr 10 - 2017** Et forsvar for diagnoser (Høstmælingen)



BJØRN HOFMANN,
NTNU og UiO

SYKELIGGJØRING

Faget ofres på pragmatikkens alter



De psykiske diagnosene har for svak validitet, reliabilitet og kredibilitet til å kunne anvendes klinisk.

MARIANNE MJAALAND,
psykiater og forfatter

SYKELIGGJØRING

PSYKOLOGFORENINGENS fagsjef Andreas Høstmælingen er befriende pragmatisk i sitt forsvar av psykiske diagnoser i oktoberutgaven av *Psykologtidsskriftet*. At rettigheter i trykkesystemet er en av diagnosenes vesentlige funksjoner, kan pasienter og behandlere i alle deler av helsevesenet skrive under på. Like selvsagt er det at rettighetene må ha et transparent system for regulering. I dagens samfunn er diagnoser dessuten grunnlaget for finansieringen av helsevesenet som helhet. Jeg er enig med Høstmælingen: Her er de faglige og vitenskapelige begrensningene i vårt diagnosesystem i og for seg av underordnet betydning.

En annen sak er at fagfolk i psykisk helsevern, i hvert fall historisk sett, har undervurdert arbeidets betydning for bedring og opprettholdelse av psykisk helse. Ved dette har vi bidratt til en tragisk økning av uføretrygd for tilstander hvor dette hverken er påkrevd eller helsefremmende. Denne utviklingen er forhåpentligvis i ferd med å snu. Både i psykiatri og somatikk er det samtidig et pågående press for å bruke diagnoser som buffer for økende arbeidsledighet og et arbeidsliv som ikke er tilpasset mennesker med begrensninger av ulike slag. Denne typen sykelliggjøring skal vi vokte oss vel for. Her risikerer vi at vår faglighet blir misbrukt til en individualisering av samfunnsmessige problemer.

Men diagnoser er ment å fylle minst tre andre funksjoner også. Den første er klinisk. Diagnosen skal danne grunnlag for valg av behandling for den enkelte pasient. Den andre er vitenskapelig. Diagnoser skal kunne anvendes som kategori for kvantitativ forskning, eksempelvis som evidens for behandling. Den tredje er semantisk. Diagnosen er grunn-

laget for en faglig samtale, både innenfor klinikk og vitenskap.

Og det er i disse tre funksjonene de psykiske diagnosene først og fremst svikter.

De psykiske diagnosene er, så godt det lar seg gjøre, smidd over somatikkens lest. De sørger for en slags tilhørighet innenfor medisinen og sikrer finansiering over helsevesenets budsjetter. Men for klinisk anvendelse har de for svak validitet og reliabilitet, og dermed kredibilitet. Derfor er de heller ikke brukbare som tilstrekkelig stringente kategorier for kvantitativ naturvitenskapelig forskning. Da får vi også problemer med å dokumentere evidens av behandling. Det gjenspeiles i fagets svake kunnskapsbase. Og når diagnosene mangler disse elementære kriteriene, er de også ubrukelige som grunnnet i en faglig, vitenskapelig diskurs.

Det betyr ikke at faget mangler modeller for faglig forståelse. Mange av disse har potensial for videre utforskning og utvikling, foreløpig i hovedsak innenfor rammen av humaniora. Enkelte elementer av dagens diagnosesystem kan ganske sikkert benyttes i dette arbeidet. Men i sin nåværende form er det psykiske diagnosesystemet som helhet mer egnet for tilsløring enn klargjøring.

Proessen med å tilpasse psykiatrien til medisinenes trange rammer minner meg om Askepotts stesøstres strev med å presse for store føtter ned i hennes glass-sko. De var villige til å amputere både hæler og tær for å vinne prisen og halve kongeriket. Prisen var høy. De vant likevel ikke frem. Spørsmålet er hvor mye vi er villige til å ofre av vårt faglige særpreg og integritet på den medisinske pragmatikkens alter, i stedet for å videreutvikle vårt eget univers? ✕

Alt eller ingenting

Wormnes og Rongved er i oktoberutgaven av Psykologtidsskriftet kritiske til at psykologsamtaler automatisk registreres i kjernejournal. Men det er grunner til at det er slik.

KJERNEJOURNAL ER en løsning for deling av et begrenset sett tilrettelagte, viktige helseopplysninger, det vil si kjerneopplysninger om den enkelte innbygger, på tvers av forvaltningsgrenser og nivåer i helsevesenet. Det er den første nasjonale løsningen som gjør det mulig i en akutsituasjon å skaffe til veie viktige opplysninger om en ellers ukjent pasient. Formålet er å bedre pasientsikkerheten og forhindre feilbehandlinger.

Innholdet i kjernejournal er kort oppsummert: personalia med bl.a. kontaktopplysninger til pårørende og fastlege, gyldige E-resepter og utleverte legemidler på resept, kritiske opplysninger (allergier, implantater, særlig viktige diagnoser, psykiatrisk kriseplan), tidligere behandlinger i spesialisthelsetjenesten (tid og sted, ikke diagnoser) og pasientens egne oppføringer (tidligere sykdommer, kontaktpersoner). Innholdet er nedfelt i egen forskrift (<https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2013-05-31-563>).

GODT FORANKRET

I forarbeidet til etablering av kjernejournalen ble alt arbeid nøye forankret, bl.a. med pasientforeningene. For psykisk helse var «Råd for psykisk helse» og «Mental Helse Norge» representert i referansegruppen. Det ble tidlig vurdert om listen over behandlinger i spesialisthelsetjenesten skulle ekskludere behandling for psykisk sykdom. Her var imidlertid begge pasientforeningene samordnet i sitt svar: De ønsket at psykisk sykdom skulle sidestilles med somatisk sykdom og ikke spesialbehandles. Listen over tidligere behandlinger i spesialisthelsetjenesten inneholder derfor både innleggelse på psykiatrisk avdeling og behandlinger hos psykologer med avtale.

Kjernejournal har en rekke personvernmekanismer innebygd, som skal hjelpe innbyg-

gere til å ha kontroll med sine helseopplysninger. I den problemstillingen som Wormnes og Rongved tar opp, vil jeg peke på tre mekanismer som er aktuelle: For det første blir alle oppslag i kjernejournal logget, og loggen er tilgjengelig for pasienten på internett. Ved å gå inn på Helsenorge.no kan pasienten se navn, funksjon og arbeidssted til alle som har sett noe i hans/hennes kjernejournal. For det andre kan pasienten sperre helsepersonells tilgang til hele eller deler av kjernejournal, inkludert besøkshistorikken. Helsepersonell har ikke tilgang til sperret informasjon med mindre de får pasientens uttrykte samtykke eller det er en livstruende situasjon hvor informasjonen kan være livreddende. For det tredje har pasienten mulighet til å velge bort / blokkere hele den automatiske besøkshistorikken. Den blir da fjernet for godt og kan heller ikke åpnes ved samtykke eller i en nødsituasjon. Eventuelle opplysninger om tidligere behandlinger som pasienten ønsker skal være tilgjengelig, må pasienten da selv føre inn i listen over tidligere sykdommer i «pasientens egne oppføringer». Dette er kun tre mulige tiltak, det er også flere personvernmekanismer i kjernejournal, inkludert mulighet for varslinger, blokkering av navngitt helsepersonell og reservasjon. Kjernejournalen har fått ros fra Datatilsynet for det innebygde personvernet.

ALT ELLER INTET

Wormnes og Rongved mener at det burde være mulig for pasienten selv, i samtale med psykologen, å vurdere om informasjon om besøkene skal være tilgjengelig i kjernejournalen. Skulle man valgt en slik løsning, måtte det gjelde alle kontakter med spesialisthelsetjenesten, også et besøk på en gynekologisk avdeling kan være sensitivt. Listen ville da være tilnærmet ubrukelig for helseperso-



BENT ASGEIR

JENSEN, fastlege og medisinsk faglig rådgiver i Direktoratet for e-helse

KJERNEJOURNAL



nell som skal sette seg inn i pasientens tidligere sykehistorie, fordi man aldri ville vite i hvor stor grad listen var komplett. Vi har derfor et «alt eller intet»-prinsipp i kjernejournal som gjelder alle informasjonselementer. Ønsker man ikke opplysningene delt, så sperres hele listen. Da må helsepersonell ta hensyn til det og benytte andre kilder, slik som før kjernejournal ble tilgjengelig.

Vi håper selvsagt ikke at listen i kjernejournal skal skremme noen fra å søke behandling hos psykolog. Det er derfor viktig at alt helsepersonell, psykologer inkludert, er oppmerksomme på de personverntiltak som finnes i kjernejournal, og kan gi pasienten nødvendige råd for å ivareta sitt personvern. ✕

Siri Gullestad om intervju og sitater i denne utgaven

Siri Gullestad har i etterkant ønsket å trekke intervjuet i denne utgaven.

Hun skriver i en e-post til Psykologtidsskriftet at hun og ledelsen ved instituttet nå står sammen for å lukke avvik, for snarest mulig å gjenoppta studentterapiene – for å ivareta både pasienter og studentenes studieprogresjon.

Gullestad skriver videre at hun følte seg presset til å svare om enkeltpersoner.

Det som best reflekterer hennes opplevelse av prosessen, skriver hun, er at det ble sendt bekymringer om klinikkdriften fra instituttledelsen oppover uten at de som driver virksomheten, fikk påvirket denne informasjonen. Det var også flere misforståelser i denne, skriver Gullestad.

Psykologtidsskriftet



Et rundskriv til bekymring

Rundskrivet fra Helse- og omsorgsdepartementet ender opp i en sykdomsdiskurs, der spesielle faglige vurderinger som gjelder ved psykiatrisk diagnostikk, blekner eller forsvinner helt.

BIRTE F. JOHANNESSEN, dr.philos., psykologspesialist

RUNDSKRIV OM LAVTERSKELTILBUD

DA NORSK PSYKOLOGFORENING gjorde flere psykologer i kommunen til satsingsområde, ble livsløpsperspektivet lagt til grunn. Rundskrivet som Helse- og omsorgsdepartementet sendte ut i juni 2017, kan tyde på at det nå er sykdomsperspektivet, og ikke livsløpsperspektivet som vinner frem i kommunens lavterskeltilbud.

Bakgrunnen for at dette rundskrivet ble sendt ut, var ifølge helseminister Bent Høie usikkerheten om hvordan deler av helselovgivningen skal praktiseres ved lavterskeltilbud (Psykologtidsskriftet, 9/2017). Det fremgår av samme tidsskrift at usikkerheten også hadde et faglig innhold (s. 802–806), noe som er vanlig når noe nytt er under utvikling. Birgit Valla er en faglig frontfigur som i mange fora har gitt uttrykk for at Stangehjelpa ikke bruker psykiatriske diagnoser, heller ikke kartleggingsverktøy med formål å gi pasienter en diagnose. Hun har lagt frem og forsvart alternative faglige fremgangsmåter med utgangspunkt i høye faglige standarder med vekt på pasientens rettigheter, ønsker og behov. Noe av det hun har sagt og gjort i denne sammenhengen, blir gjengitt i aktuelt-saken i Psykologtidsskriftet. Der kommer det også frem at Fylkeslegen i Hedmark har et helt annet syn enn hennes: «Noe av hensikten med å ha flere psykologer i kommunen er blant annet å sørge for at pasienten får rett diagnose.» Det er kort skissert innholdet i den faglige disputten som er gjengitt i tidsskriftet, og som knytter seg til kommunens satsing på flere psykologer i lavterskeltilbud. Den diskusjonen er viktig å ta, i rette faglige fora. Men her blir dette blandet sammen med både tilsynsak og departementets utsendelse av rundskriv i juni.

PSYKIATRISK DIAGNOSTIKK I LAVTERSKELTILBUD

Formålet med Rundskriv I-4/2017 er presisert slik: «I dette rundskrivet redegjør departementet særlig for reglene om dokumentasjon og diagnostisering når det ytes helsehjelp ved lavterskeltilbud.» Jeg har sett nærmere på rundskrivet. Det handler ikke om Birgit Valla og Stangehjelpa. Dette er et rundskriv som benytter lovverket på to prinsipielt forskjellige måter: For det første hjelper det oss å avklare noen nærmere definerte spørsmål tilknyttet journalføring, særlig der hvor grenseoppgangen mellom helsehjelp og annen hjelp er flytende. For det andre brukes lovverket til å gjennomgå reglene for, og gi retning til, hvordan kontroversielle

spørsmål med faglig innhold skal håndteres i kommunen, ved psykiatrisk diagnostikk. Det første punktet er prinsipielt uproblematisk å forholde seg til, selv om det kan være krevende i praksis. Punkt to er problematisk, både faglig og fagpolitisk.

Rundskrivnet drøfter først behovet for å ta hensyn til at det er glidende overganger mellom «tjenester som er å anse som helsehjelp, og aktiviteter som ikke umiddelbart fremstår som helsehjelp i snever forstand». Hva som er hva, må ifølge rundskrivnet vurderes konkret i hvert tilfelle. Bare dersom tjenesten/aktiviteten vurderes som helsehjelp, må det føres journal. Glidende overganger mellom hva som regnes for å være sykt og friskt, eller et mer eller mindre alvorlig helseproblem, er kjent for psykologer i den kliniske hverdag, og vurderes i hvert enkelt tilfelle, hvis det er relevant. Det skal vurderes av kvalifisert helsepersonell, fortrinnsvis sammen med kunden, brukeren eller pasienten, i hvert tilfelle. Det er et krevende terreng å gå i, både faglig og fagetisk, særlig på området psykisk helse. Mitt poeng er at psykiatrisk diagnostikk derfor ikke kan regelstyres på samme måte som journalføring.

Rundskrivnet ender opp i en sykdomsdiskurs, der spesielle faglige vurderinger som gjelder ved sosiale og psykiske problem, blekner eller forsvinner helt. Hvorvidt noe er et «diagnostiserbart helseproblem» eller ikke, ser ifølge dette rundskrivnet ut til å være det avgjørende, også ved psykiatrisk diagnostikk, med henvisning til lovverk. Men i praksis er dette spørsmål om hvilke fremgangsmåter, og hvilke diagnoseverktøy, som benyttes.

I rundskrivnet anbefales helsepersonell å ta i bruk strukturerte verktøy som leder frem til en diagnose, også i lavterskeltilbud, ved hjelp av de internasjonale diagnosesystemene som den norske helse- og omsorgstjenesten benytter. Helt konkret står det: «En mest mulig lik tilnæringsmåte kan bidra til at helsepersonell legger samme kriterier til grunn når de for eksempel stiller en psykiatrisk diagnose. Et mest mulig ensartet system ivaretar også hensynet til kvalitetssikring.» Her er det noe som skurrer i mine ører. Hva med psykologenes ulike faglige perspektiv som påvirker fremgangsmåte ved utredning, klassifisering og diagnostikk innenfor området for psykisk helse? Skal også det elimineres, eller minimaliseres, sammen med det kliniske skjønnet?

ICD-10 (og -11) benyttes som redskap for systematisk klassifisering og registrering av sykdommer og beslektede helseproblemer innenfor spesialisthelsetjenesten, mens ICPC-2 benyttes innenfor primærhelsetjenesten for å dokumentere kontaktårsaker, helseproblemer og diagnoser. Jeg synes det er positivt at Norsk psykologforening anbefaler psykologer i kommunen å benytte seg av ICPC-2 (NAPHA nytt, uke 40, 2017), når det nå satses videre på flere psykologer i kommunen. ICD-10 (og -11) er dårlig egnet til å fange opp, klassifisere og forstå sosiale aspekt ved psykiske helseproblemer, inklusive funksjonsproblemer. ICF (Internasjonal klassifisering av funksjon, funksjonshemming og helse) skal derfor utfylle ICD-10, ved at hovedvekten legges på funksjonsevne, aktiviteter og samspill med miljøfaktorer. ICF er foreløpig ikke obligatorisk. Men, der hvor ICD-10 og ICF sammen legges til grunn for å utrede og klassifisere flere deler av helheten, tas det enda noen skritt i retning av å etablere et ensartet og standardisert språk for både symptom og funksjonsproblem på området psykisk helse. Dette er ingen garanti for kvalitet. Vi trenger mindre av dette språket for å utvikle gode tjenester på området psykisk helse. ✕

Debattert

Enetiltak

Bekymret Barneombud Anne Lindboe er bekymret for bruken av enetiltak. – Det kan være nødvendig enkelte ganger, men det må være siste utvei. Enetiltak er ingen optimal løsning.

Barneombudet til Aftenposten 8. oktober

Sårbart Enetiltak er sårbare med hensyn til barnets rettssikkerhet. Enetiltak kan i sin form oppleves som isolerende og inngripende. Det er også bekymringsfullt at det er så mange unge med så sammensatte behov at enetiltak vurderes nødvendig.

Kjetil Ostling til Bergens Tidende 9. oktober

Brist – Vi har i mange tilfeller sett en brist i samarbeidet mellom barnevern og psykisk helsevern. Det er svært viktig at barna i institusjoner og enetiltak får et godt tilbud når det gjelder psykisk helse.

Mari Trommeland til Aftenposten 11. oktober

Bør avvikles Enetiltakene i barnevernet bør avvikles. Det er en kjensgjerning at noen ungdommer som har vært utsatt for alvorlig omsorgssvikt, vold og overgrep er så skadet at det er vanskelig å finne egnede lokale omsorgstiltak. De må tilbringe en periode på institusjon. Men disse institusjonene bør være statlige og ha tilgang til profesjonelle tjenester av høy kvalitet inkludert personale med kompetanse i behandling av psykiske lidelser hos ungdom.

Willy-Tore Mørch skriver i Nordlys 19. oktober

Prisgitt Fra et kommuneståsted vil jeg si: Nedbyggingen av institusjonstilbudet i staten over år gjør at Bufetat ikke har et utvalg av gode institusjonsplasser og nå er prisgitt private leverandører til ungdom med store behov.

Gunnar Toresen kommenterer Mørchs innlegg på Nordnorskdebatt.no, 17. oktober

Vitenskapelig absolutisme en gang til

Smedslunds absolutistiske vitenskapssyn kan lede til forskningsfiendtlighet heller enn til utvikling.



JAN SKJERVE,

Institutt for klinisk psykologi, Universitetet i Bergen, og **SISSEL REICHELT**, Psykologisk institutt, Universitetet i Oslo

VITENSKAPSTEORI

I SITT OPPRINNELIGE innlegg i *Psykologtidsskriftet* (Smedslund, 2017a) konstaterer Smedslund at det kan reises tvil om psykologi overhodet kan være en empirisk vitenskap og danne grunnlag for profesjonell praksis. Noen klar avgrensning av hva han legger i empirisk forskning/vitenskap, ga han ikke. I sitt tilsvaret til vår kritikk (Skjerve & Reichelt, 2017) av hans syn på psykologisk forskning starter Smedslund (2017b) med å avgrense empirisk forskning til å omhandle «observasjoner som sier noe om hva vi kan vente i fremtiden».

Empiri er observasjoner av fenomener. For at observasjoner skal kunne nyttes som forskningsdata, må en prøve å sikre at observasjonene er pålitelige og gyldige. Framgangsmåten for å oppnå dette inngår i forskningsprosessen. Lykkes en med å samle holdbare data, kan det gi opphav til gode beskrivelser av viktige fenomener og eventuelt til kategorisering av dem. Slike systematiske observasjoner og beskrivelser er uvurderlige for klinikere og hjelper oss til å danne hypoteser om de utfordringene vi møter. Det kan vi gjøre uten at beskrivelsene er identiske med det vi selv observerer.

Smedslund tror imidlertid ikke at slike empirisk baserte beskrivelser er nyttige for psykologer. Hans modell for den framtidige psykologen, «bricoleuren», henter ikke kunnskap fra empiriske studier. Bricoleurens kunnskapsgrunnlag er common sense-forståelse av det å være menneske, innbakt i språket og opparbeidet gjennom generasjoner. Etter vårt syn

avskrives dermed en kilde til kunnskap om blant annet fenomener som de færreste mennesker får omfattende erfaring med, men som psykologer med stor sannsynlighet blir konfrontert med.

Smedslund fastslår altså at empiriske studier bare har en hensikt hvis de gir mulighet for forutsigbarhet, det vil si gjentakelse av observasjonene. Forutsigbarhet forutsetter at en kan si noe om gyldigheten av funnene for et individ eller en gruppe av individer i fremtiden og under andre kontekstuelle betingelser. Slike forutsigelser vil alltid være forbundet med usikkerhet, og på individnivå er det ikke mulig med forutsigelser på et nivå som er tilfredsstillende for Smedslund. Men det at studier ikke gir grunnlag for skråsikkerhet om hva som vil skje, er ikke det samme som at de er verdiløse. Igjen kan funnene gi grunnlag for sannsynlige gjetninger eller hypoteser. En kan aldri med sikkerhet vite om et behandlingstilbud kan hjelpe en bestemt klient, men sammen med klienten kan terapeuten utforske mulighetene som ligger i tilbudet. Smedslund synes imidlertid å operere med krav om forutsigbarhet for psykologiske forskningsfunn på et presisjonsnivå som selv de biologiske naturfagene er langt fra å innfri.

PSEUDOEMPIRISK?

I vårt første innlegg viste vi til Gerald Pattersons studier av samspillmønstre i familier med mindreårige som oppfører seg vanskelig, som

eksempel på empirisk forskning som er verdifull for klinikere. Funnene beskriver karakteristiske problemløsningstiltak som ikke fører fram, og studiene har gitt grunnlag for å hjelpe foreldre til å endre samspillet på en problemreducerende måte. Samtidig gjorde vi det klart at funnene ikke gjelder for alle familier med vanskelige barn, og at hyppigheten av fenomenene må antas å variere med kultur og tidsepoker. Slike studier må derfor gjentas for å undersøke om for eksempel amerikanske samspillmønstre gjenfinnes i Norge, noe som er gjort.

En hovedgrunn til at Smedslund forkaster vesentlige deler av dagens empiriske psykologiske forskning, er hans påstand om at mange av funnene er pseudoempiriske. I sitt siste innlegg hevder han at denne merkelappen også kan gjelde de særegne familiemønstrene som Patterson beskriver. Smedslund anviser at dersom beskrivelsen av et problemløsningsforsøk i barneoppdragelse følger logisk av beskrivelsen av barnets væremåte, vil utsagn om regelmessighet i familiedynamikken være pseudoempiriske. Han viser også til sin lakmustest for oppdaging av pseudoempiri, nemlig å spørre om det motsatte av en hypotese kan være riktig.

Karakteriseringen av Pattersons funn som mulig pseudoempiri, forutsetter altså at hans beskrivelser av foreldrenes oppdragelsesmåter er en logisk implikasjon av beskrivelsen av barnas vansker. Dermed skapes bildet av en regelmessighet basert på en logisk slutning og ikke på funn i observasjonsmaterialet. Det er opp til Smedslund å underbygge at påstanden om pseudoempiri gjelder for «tvingende atferdsmønstre». Vi vil bare anføre at foreldrereaksjonene er hverken stereotype eller helt forutsigbare. Samspillmønstrene vil aldri gjentas identisk i hundre prosent av de aktuelle situasjonene, og perioder kan være preget av mer tilfeldige og varierte reaksjoner. Det motsatte av regelmessighet er derfor fullt tenkelig, og atferdsvansker blir redusert når foreldrene får hjelp til å nytte andre løsningsstrategier. Vårt poeng med å henvise til Patterson var ikke at han hadde funnet invariable mønstre, men at han hadde beskrevet hyppig forekommende uhensiktsmessige problemløsningsstrategier som er gjenkjennbare, og som kan endres.

PROFESJONSUTDANNING

Når Smedslund legger til grunn at empirisk psykologisk forskning enten er ubrukelig, uinter-

essant eller pseudoempirisk, blir konklusjonen om at forskningen ikke kan gi grunnlag for profesjonell praksis, lite oppsiktsvekkende. Vi har ikke tro på Smedslunds optimisme med hensyn til å kunne opprettholde et profesjonsstudium bygget på filosofi, psykologihistorie og psykologikk. En profesjonsutdanning foregår ikke i et sosialt vakuum. Utdanningen skal ivareta et sett av samfunnsmessige oppgaver, og vi har vanskelig for å tro at politikere og byråkrater skal finne at det skisserte studiet, uten empirisk metodikk, deskriptiv kunnskap eller empiriske teorier, skal lede til autorisasjon og særrettigheter som helsepersonell. Vi deler mange av Smedslunds kritiske synspunkter på dagens psykologiske forskning. Det er bare synd at han havner i et absolutistisk vitenskapssyn, som mer kan stimulere til forskningsfiendtlighet enn til utvikling. Og til opphør av dagens profesjonelle psykologiske yrkesutøving og profesjonsutdanning. ✕

REFERANSER

- Skjerve, J. & Reichelt, S. (2017). Varsel om en katastrofe. *Psykologi*, 54, 761–763.
- Smedslund, J. (2017a). Det kommer an på. *Psykologi*, 54, 403–407.
- Smedslund, J. (2017b). Ingen katastrofe for psykologien. *Psykologi*, 54, 1022–1023.

DEBATT OM VITENSKAPSTEORI

Tidligere innlegg:

- Nr. 4 - 2017** Det kommer an på (Smedslund)
- Nr. 5 - 2017** Smedslunds hjertesukk (Ray Wilson)
- Nr. 6 - 2017** Et gjensyn med «Faget som ville være naturvitenskap» (Moxnes)
- Nr. 6 - 2017** Psykologisk empiri er som virvlene i en bekk (Smedslund)
- Nr. 8 - 2017** Varsel om en katastrofe (Skjerve & Reichelt)
- Nr. 10 - 2017** Ingen katastrofe for psykologien (Smedslund)



Vi har ikke tro på Smedslunds optimisme

Inntrykk

BOK PRESTESAKEN

Gyldendal bringer videre nye anklager i Prestesaken

I en bok om overgrep i kirkelige miljøer bringer forlaget Gyldendal videre nye alvorlige anklager mot en domfelt prest i Glåmdalen.

TEKST

Øystein Helmikstøl

DET ER BOKLANSERING på Litteraturhuset i Oslo. Flere hundre interesserte sitter i salen denne vinterkvelden tirsdag 20. januar i 2015.

Boken *Det som ikke skulle skje* inneholder 12 fortellinger om personers egne opplevelser av seksuelle overgrep. Det er Dagbladet-journalist Gunnar Ringheim, i samarbeid med Kirkelig Ressurssenter mot vold og seksuelle overgrep og Gyldendal forlag, som står bak utgivelsen. Boken er «en dokumentar om hvordan Kirken håndterer seksuelle krenkelses blant sine egne», ifølge bokomslaget.

I debattpanelet under lanseringen sitter blant andre tidligere politimester Bjørn Hareide, biskop Solveig Fiske, kirkefagsjef Freddy Knutsen, sosiolog Eva Lundgren og psykolog og kirkeleder Adelheid Firing Hvambdal.

Hareide gir ifølge avisen Glåmdalen tydelig uttrykk for at boken bør spres som lærebok.

– Den bør være obligatorisk lesning for politi, påtale og domstoler, sier Hareide, som også har

vært nestleder i Kirkerådet i Den norske kirke og leder av bispedømmerrådet i Sør-Hålogaland. Han får støtte fra generalsekretær i Norges KFUK-KFUM, psykologspesialist Adelheid Firing Hvambdal.

– Det som ikke må skje igjen, er at man ikke blir trodd når man åpner for det verste av det verste, sier hun ifølge avisen Glåmdalen.

PRESTESAKEN I BOK

Én av de 12 fortellingene i boken er en fortelling om det Psykologtidsskriftet og andre medier har omtalt som Prestesaken.

Psykologtidsskriftet har gjennomgått kapitlene om Prestesaken, og sammenholdt fortellingen med avhørskilder, andre politidokumenter og annen dokumentasjon i saken.

Dette fant vi:

Forfatter og journalist Gunnar Ringheim lar fornærmede, omtalt som «Maria», fortelle blant annet om sin egen konfirmasjonsdag.



OM PRESTESAKEN Boken *Det som ikke skulle skje* av journalist Gunnar Ringheim i samarbeid med Kirkelig Ressurssenter ble utgitt av Gyldendal i 2015. Omslag: Gyldendal

PRESTESAKEN

- En prest i Den norske kirke ble i 2008 dømt i Eidsivating lagmannsrett til åtte års fengsel for vold og seksuelle overgrep mot stedatteren.
- En begjæring om gjenåpning ble avslått i 2013.
- Tidsskrift for Norsk psykologforening har fått tilgang til politidokumenter, journalnotater og annen dokumentasjon.
- Artikler om Prestesaken er samlet på Psykologtidsskriftets nettsted www.prestesaken.wordpress.com.

Hun forteller at hun gjorde opprør og nektet stefaren å konfirmere henne. Hun forteller at stefaren «holdt nesten på å ta livet av meg med en blanding av vold og seksuelle overgrep».

Om gudstjenesten i kirken på konfirmasjonsdagen forteller Maria ifølge boken dette: «Smertene var så sterke at jeg nesten ikke klarte å gå oppover midtgangen på konfirmasjonsdagen.» Sitatet er overskriften på det første kapittelet i bokens fortelling om Prestesaken. I boken finnes ingen kommentarer fra presten eller advokaten hans, og det er heller ikke vist til at forfatteren eller forlaget har prøvd å få prestens kommentar til anklagene.

Anklagene som Gyldendal her bringer videre, er nye. Psykologtidsskriftet finner dem ikke i tingrettens dom eller i den rettskraftige dommen fra lagmannsretten. Vi har heller ikke funnet dem i politiavhørene av Maria, eller i avhør av andre.

EN ANNEN VERSJON

Psykologtidsskriftet har ettergått omstendigheter rundt fornærmedes konfirmasjon. Dokumentasjon viser at Maria ikke var oppført i konfirmasjonsgruppen som hennes stefar var ansvarlig prest for. Stefaren ledet en annen gruppe.

Olav Hofslie, som var sokneprest da Maria konfirmerte seg, forteller til Psykologtidsskriftet at Maria var med i hans konfirmantgruppe.

– Maria gikk i min gruppe, og det var selvfølgelig jeg som konfirmerte henne. Stefaren var aldri aktuell som konfirmantprest for Maria, sier Hofslie.

Dette bekreftes av dokumentasjon fra det lokale menighetskontoret.

Grunnlaget for opprøret hun forteller om, som ifølge Ringheims bok førte til at stefaren nesten holdt på å ta livet av henne, stemmer ikke ut fra disse opplysningene.

Psykologtidsskriftet har snakket med gjester som var på konfirmasjonsfeiringen. Flere av dem overnattet i familiens bolig i tilknytning til festen. Gjestene tegner et helt annet bilde av konfirmasjonen: Alt virket normalt, Maria virket blid og fornøyd. Hun talte i konfirmasjonen. Ingen har lagt merke til noe spesielt ved henne i kirken. Hun gikk først i konfirmantfølget, like bak sokneprest Olav Hofslie.

Dette bekreftes av rundt hundre bilder fra konfirmasjonsdagen, fra seremonien i kirken og selskapelighetene for øvrig denne helgen.

– Det var ingenting påfallende med Marias oppførsel i kirken. Jeg hadde lagt merke til det hvis det hadde vært noe uvanlig, sier Olav Hofslie.

Han er ikke sitert i Gunnar Ringheims bok.

– ÆREKRENKENDE

Anklagene mot presten i boken *Det som ikke skulle skje* er åpenbart ærekrenkende påstander, mener advokat Carl Bore. Han har på oppdrag fra Psykologtidsskriftet lest utdraget fra boken.

– Det er ikke dermed sagt at dette også er lovstridig. Et sentralt rettslig moment vil være om forfatteren kan føre bevis for den nye påstanden, og hvorvidt den beskyldte part har fått anledning til for- »



BOK Journalist Gunnar Ringheim (til venstre) har skrevet bok der Prestesaken er én av 12 fortellinger. Bjørn Olav Jahr (i midten) var redaktør for boken. Håvard Friis Nilsen (til høyre) er redaktør for sakprosa i forlaget Gyldendal. Foto: NTB scanpix/Arkiv

håndsuttalelse før publisering. Når det, som her, er tale om en grov påstand, kreves det etter rettspraksis at forfatteren har et «solid faktisk grunnlag» for den, sier Bore, og påpeker at generelt bør en forfatter være forsiktig med å fremme slike påstander som ikke har vært del av en straffesak.

– Forlaget kunne nok med fordel ha unngått å publisere dette, sier Bore.

VÆR VARSOM-PLAKAT

Anklagene mot presten i boken er sterke, og i utgangspunktet også ærekrenkende, mener Anders Cappelen, som er ekspert på kilders presseetiske rettigheter.

– I presseetikken er det slik at om den angrepne part ikke har fått mulighet til å imøtegå anklagene, vil det presseorgan som publiserte dem, normalt bli felt for brudd på god presseetikk ved en klage til Pressens Faglige Utvalg. Spørsmålet om den angrepne fikk mulighet til kontradiksjon, er også sentralt i aktsomhetsvurderingen domstoler gjør i injuriersøksmål. Hvis forlag og forfatter ikke kan føre sannhetsbevis for anklagene, og hvis de ikke har gitt den angrepne part mulighet til kontradiksjon, vil de i utgangspunktet ha et seriøst problem i en eventuell injuriersak, sier Cappelen.

– Det er på høy tid at Forleggerforeningen og Norsk faglitterær forfatter- og oversetterforening går sammen om å utarbeide en Vær Varsom-plakat med etiske retningslinjer for forlag og sakprosaforfattere. Denne saken er et nytt eksempel på det, mener Cappelen.

– ANONYMISERT

Håvard Friis Nilsen er redaktør i litterær avdeling, sakprosa hos Gyldendal Norsk Forlag. Han

var selv ikke redaktør for boken da den kom ut i 2015. Han skriver dette i en e-post til Psykologtidsskriftet:

«I angjeldende bok er den nå straffedømte presten anonymisert. Det er vanskelig å forstå påstanden om at en person som er anonymisert i en bok, kan hevde å være utsatt for ærekrenkelse.»

Nilsen skriver videre: «Gyldendal forholder seg til de rettskraftige dommene mot stefaren, som er stadfestet i flere runder i rettssystemet, hvor han er dømt for gjentatte voldtekter av sin stedatter. Han har krevd gjenopptakelse av saken uten at Gjenopptakelseskommisjonen kunne se at den fornærmedes troverdighet var svekket, eller at den tiltaltes troverdighet var styrket.»

– *Hva tenker du om de nye anklagene som bringes til torgs i boken, anklagene som ikke var en del av rettsprosessen. Tar Gyldendal selvkritikk her?*

Det spørsmålet ønsker ikke Håvard Friis Nilsen å svare på.

Det var Bjørn Olav Jahr som var redaktør for boken da den kom i 2015. Han henviser til Gyldendal. Forfatter Gunnar Ringheim har ikke svart på Psykologtidsskriftets henvendelser.

Om Anders Cappelens syn på Vær Varsom-plakat for forlag og sakprosaforfattere skriver Nilsen dette:

Vi tar til etterretning at det i artikkelen tas til orde for at norske forlag bør utstyres med en «Vær Varsom»-plakat med henvisning til denne boken, men må da minne tidsskriftets lesere om at det for tiden er Psykologtidsskriftet som konkret er klaget inn til Pressens Faglige Utvalg for brudd på «Vær Varsom»-plakaten, på grunn av sine artikler om Prestesaken.

PRESSEETIKK

Gunnar Bodahl-Johansen er ekspert på presseetikk og mangeårig fagmedarbeider ved Institutt for journalistikk. Psykologtidsskriftet har stilt ham dette spørsmålet:

– *Gjelder Vær Varsom-plakatens punkt 4.14 om samtidig imøtegåelse i saker der den som er utsatt for sterke beskyldninger av faktisk art, er anonymisert?*

– Ja, blant annet fordi det er utenkelig at anonymiseringen kan være hundre prosent. Dessuten er ikke fremstillingen fullstendig uten at alle sider er presentert for publikum. Samtidig imøtegåelse har i dag en videre betydning



ETIKK FOR BØKER Prestesaken er et nytt eksempel på behovet for en Vær Varsom-plakat med etiske retningslinjer for forlag og sakprosaforfattere, mener Anders Cappelen. Foto: AndersCappelen.no

enn bare til å gjelde den angrepne part, svarer Bodahl-Johansen.

Håvard Friis Nilsen ønsker ikke å kommentere Bodahl-Johansens svar.

VIL IKKE KOMMENTERE

Den domfelte presten har fått anledning til å lese igjennom det Psykologtidsskriftet skriver om de nye anklagene. Han ønsker ikke å kommentere saken.

Advokat Inger Marie Støen, som var fornærmedes bistandsadvokat i tingretten og lagmannsretten, er gjort kjent med innholdet i denne artikkelen. Hun ønsker ikke å kommentere saken.

Fornærmede har ikke besvart Psykologtidsskriftets henvendelse.

Nåværende styreleder i Kirkelig Ressurssenter, biskop Ann-Helen Fjelstad Jusnes, og prest og daglig leder Elisabeth Torp, ønsker ikke å kommentere saken.

Hamar-biskop Solveig Fiske, som håndterte Prestesaken for ti år siden, var styreleder for Kirkelig Ressurssenter mot vold og seksuelle overgrep da boken kom ut. Hun skriver dette til Psykologtidsskriftet i et postsendt brev hun har unntatt offentlighet:

– I tråd med mine svar på tidligere henvendelser, samt at det foreligger en rettskraftig dom, har jeg ingen kommentarer å tilføye. ❌

Fornærmede hevder hun trakk seg fra bokprosjekt om overgrep

Fornærmede i Prestesaken hevder at hun skriftlig trakk seg fra bokprosjektet «Det som ikke skulle skje» på forlaget Gyldendal. Forlaget, forfatteren og kvinnens tidligere bistandsadvokat har en annen versjon av saken.

Les hele saken på Psykologtidsskriftets nettsted om Prestesaken: www.prestesaken.wordpress.com

Ble jeg rystet nå?

Med boken *Tvang og tvil. En innsideberetning fra norsk psykiatri* har psykiateren og forfatteren Marianne Mjaaland levert sitt bidrag til virkelighetslitteraturen.



MARIANNE MJAALAND

Tvang og tvil.
En innsideberetning fra norsk psykiatri Kagge forlag, 2017. 350 sider

«**ALT I DENNE** boken er sant, i betydningen: Dette har skjedd. Hendelsene har skjedd, og de har skjedd slik jeg har beskrevet dem.» Slik innleder forfatteren boken, og lest i sammenheng med baksideteksten som lover «et unikt og rystende innblikk i en psykiatri der det verken finnes standardiserte behandlingsmetoder eller definerte behandlingsløp» aner jeg som leser hva som er i vente.

Kritikk av norsk psykiatri er ikke noe nytt, ofte på sin plass, så spørsmålet er mer om boken tilfører denne kritikken noe nytt, om den bidrar med konstruktive og realistiske løsninger. Et annet bidrag ville være å beskrive de mange faglige og personlige dilemmaene det er å jobbe i et felt som i liten grad har et vitenskapelig fundament, og som bærer i seg mye smerte. Et felt som preges av store ideologiske og faglige motsetninger, som tidvis har vært og mange steder fortsatt er preget av profesjonskonflikter, og der de ansatte skal balansere mellom rollen som vokter og behandler, frihet og tvang, fag og juss. Der det i enkelte tilfeller handler om liv og død. I møtet med de dårligste pasientene er det tvilen omkring dette forfatteren innledningsvis sier hun vil skildre. Det vil i så fall være en ny og forfriskende vinkling.

Den bastante innledningen gjorde meg skeptisk. Den skapte umiddelbart en distanse mellom meg og forfatterstemmen. Alt på side 10 kunne jeg imidlertid lese: «Det gir seg selv at situasjoner jeg har gjenfortalt, er silt gjennom min forståelse og min hukommelse, i blant farget av min forutinntatthet og min sårbarhet, forvrent av mine blinde flekker.» Jeg leste videre med et mer åpent sinn. Det er mulig jeg er litt vrang når jeg leser den innledende teksten slik, men jeg fikk umiddelbart en påtvunget følelse av at boken skulle oppfattes som en sensasjon. At jeg skulle bli rys-

tet i mitt innerste. Hvorvidt jeg ble det, skal jeg komme tilbake til.

MYE OM MANGT

Boken, som med noter teller 350 sider, er skrevet med en personlig fortellerstemme. Kagge forlag kaller sjangeren en yrkesbiografi. Gjennom beskrivelser av pasienter og kollegaer gir forfatteren leseren et innblikk i sine erfaringer fra dagens psykiatri. Erfaringene er hentet fra Lier, Blakstad og Drammen DPS, og spenner over en periode på 15 år. I denne perioden går forfatteren fra å være lege i spesialisering til å bli en erfaren psykiater. Det hører med til historien at forfatteren var 47 år da hun begynte dette løpet og tidligere blant annet hadde jobbet som kirurg, noe hun flere steder i boken vender tilbake til. Kollegaer er ikke alltid skildret i det beste lys, tidvis som personer med skjulte agendaer og varierende motiver. Personkarakteristikkene kan være fargerike. Om overlege Cato Volden skriver forfatteren blant annet: «Skjønner ikke hvorfor jeg får frysninger. Fingrene hans er lange og knoklete. Hvorfor tenker jeg på Cruella de Ville?» Et annet sted, fra et fagmøte, skriver hun: «Jeg ser hvordan psykologene zoomer inn på byttet nå.» Et levende språk, med andre ord.

Forfatterens personlige fortellerstil fungerer godt. Dette er deler av norsk psykiatri sett og tolket gjennom hennes blikk. Bokens hovedtekst handler om forfatterens møte med psykiatrien som system, kollegaene og pasientene, men det er flere andre sidefortellinger her. Gjennom boken får vi således historiske tilbakeblikk på norsk psykiatris historie, synspunkter på andre faggrupper, ikke minst psykologene og Norsk psykologforening. Mye plass er viet tanker rundt psykiatri som fag. Forfatteren åpner også litt opp for egne problemer. Uten å bli for påtrengende eller detaljert gir hun

ANMELDT AV

Arne Repål,
spesialrådgiver OU,
Klinikk psykisk helse
og rusbehandling,
Sykehuset i Vestfold
HF. Spesialist i klinisk
psykologi.



PERSONLIG Marianne Mjaaland (bildet) bok *Tvang og tvil* er en personlig fortelling om norsk psykiatri, skriver Arne Repål. Foto: Sturlason

leseren et innblikk i at livet ikke alltid har vært like enkelt. Disse livserfaringene kommer mest frem mot slutten av boken.

Jeg synes det er artig med hennes undring over hvorfor Psykologforeningen vil at psykologer skal bli så lik psykiatere, og slik hun ser det, foreningens kamp for å utvide sykdomsbegrepet. Samtidig bidrar de mange sidesporene til å ta fokus bort fra det forfatteren innledningsvis beskriver som sin hovedintensjon med boken.

IKKE RYSTET

Jeg kjenner igjen de mange dilemmaene som skisseres: normalitet versus galskap, diagnosers tilkortkommenhet, tvang versus frivillighet og medikamenter versus samtalerapi. Her vil nok mange som jobber med de alvorligste psykiske lidelsene, kunne bidra med eksempler fra egen behandlingshverdag. Kunnskapsbasert tilnærming versus den mer intuitive erfaringsbaserte er også utfordrende. Det kan være farlig å stole på magefølelsen, men kunnskapsgrunnlaget kan, som forfatteren selv peker på, være av varierende kvalitet. Faget psykiatri innebærer at vi ofte befinner oss på tynn is. Mjaaland gir da også eksempler på at hun

selv tyr til intuisjonen iblant. Hun berører også kravet om dokumentasjon versus tid til pasienter og telling av aktivitet fremfor evaluering av effekt, utfordringer som langt på vei er ledelsesstyrt. Profesjonskampene og andre interessekonflikter er også omtalt. For meg er mange av dilemmaene Mjaaland beskriver, en iboende del av faget psykiatri. Dette er problemstillinger som krever en konstant høy årvåkenhet med hensyn til hvordan vi håndterer dem, og joda, tidvis en langt større ydmyket enn hva fagfeltet selv av og til viser. Sett i det perspektivet er boken til Mjaaland et velkomment bidrag.

Men jeg sitter ikke igjen rystet eller sjokkert etter å ha lest den. Tvert imot ble jeg sittende og nikke gjenkjennende til mye av det forfatteren skriver. Det kan selvsagt skyldes for mange år som aktør med ulike roller i norsk psykiatri, men jeg tror også mange av mine kollegaer vil kunne nikke gjenkjennende til mye. Da tenker jeg ikke på profesjon, for skillelinjene jeg har sett, går ofte på tvers av profesjonsgrensene.

IKKE UNIKT

Er bildet forfatteren gir av norsk psykiatri, så unikt som bokens baksidetekst lover? For å ha

”

Jeg liker teksten best når det motsetningsfylte og sårbare får plass, det er da den bidrar med noe nytt

»



Tvang og tvil er en debattbok der tvilen, på tross av tittelen, har fått en noe begrenset plass

noe å sammenligne med gjenleste jeg Einar Kringlens bok *Norsk psykiatri gjennom tidene* for å se om det var sammenfall i tematikk. Den kom ut i 2007 og berører mange av de samme temaene som Mjaaland tar opp, ofte med et like kritisk blikk. Ett eksempel: Forfatteren er opptatt av at psykiatrien for en stor del bygger på et diagnosesystem som ikke har substans. Kringlen er minst like kritisk: «DSM-III ble snart tatt i bruk internasjonalt, også i Norsk psykiatrisk forening, og dessverre ble man ofte mer opptatt av diagnosens reliabilitet enn dens validitet.» Mjaaland peker på at legemiddelindustriens medvirkning til utvikling av diagnosesystemet «må anses som ren korrupsjon, med betydelig inntjening som resultat». Kringlen skriver: «Hvem tjente på DSM-III? Den biologiske og diagnostiske psykiatrien, psykiaterne som profesjon og selvsagt den farmasøytiske industrien.» Svakheter ved diagnosesystemet er også kjent utenfor psykiatrien. I Siri Hustvedts bok *Livet. Tanken. Blikket* gjengir hun et tidlig utkast til boken *Når du ser meg*. Her legger hun følgende ord i munnen på psykiateren som er fortelleren: «Psykiatriens bibel, DSM, er et eneste rot til tross for at den er seriøs og streber etter å være presis.»

BEST I DET KOMPLEKSE OG SÅRBARE

Mitt poeng er at forfatterens synspunkter ikke er nye. Mange har fremmet dem før. Da blir måten de fremføres på, av større interesse. I boken skifter teksten fra å være en personlig skildring til å bli rene faglige avhandlinger. Noen ganger fungerer disse overgangene greit, andre ganger bidrar de til å ta fokus bort fra den personlige beretningen. Dette er ikke en kritikk av forfatterens faglige refleksjoner som sådan, isolert sett synes jeg de er interessant lesning med flere gode poenger.

Jeg liker teksten best når det motsetningsfylte og sårbare får plass, det er da den bidrar med noe nytt. Noen steder skjer det også med litt humor, som når hun beskriver hvordan den rasjonelle delen av henne heller til kognitiv terapi som metode, mens hjertet lengter etter en psykodynamisk tilnærming. «Kognitiv teori er omtrent like knusktørt som en lærebok i kirurgi. Jeg vil heller ha underbevisstheten og forsvarsmekanismene, Ødipus og Elektra, libido og thanatos, penismisunnelse og dramaet om id, ego og superego ...» (s. 256). Nettopp, og jeg skjønner hvorfor hun er skeptisk til diagnoser og pakkeforløp.

EN DEBATTBOK

Tvang og tvil er en debattbok der tvilen, på tross av tittelen, har fått en noe begrenset plass. Flere steder skal forfatteren ha ros for å frem dilemmaene hun selv opplever knyttet til egne faglige valg. Men litt for ofte synes jeg det er forfatterstemmen som står for fasiten, den som vet best, den som ordner opp der andre har sviktet. Noen ganger skjer det med kunnskap, andre ganger ved hjelp av ren intuisjon: «For det er noe grunnleggende som ikke stemmer her, i hvert fall hvis referanserammen er schizofreni. Det vet jeg med en intuisjon jeg foreløpig ikke kan definere nærmere» (s. 188). *Fornuft og følelser* er en annen kjent tittel som kanskje kunne passet godt også på denne boken.

Det som innledningsvis gjorde meg skeptisk til boken, er den litt tunge tabloide innpakningen. Jeg synes temaet er for komplekst til det. For de dårligste pasientene, de forfatteren først og fremst har i tankene, er spennet mellom uklar psykiatri og virkelighetsjern juss den tynne linen den faglig ansvarlige ofte må balansere på. Sett med et litt kritisk blikk kan det i boken noen ganger bli litt langt mellom «de gode viljene», og det er fristende å sitere en gammel tekst av Procul Harum:

«Psychiatrists and Lawyers destroying
mankind
Drivin' 'em crazy ... and stealing 'em blind.»

Men alt i alt synes jeg forfatteren har skrevet en personlig og god bok som berører mange viktige temaer. At så mye plass er viet psykologer og Norsk psykologforening, synes jeg vi som faggruppe skal bære over med. Det er også flere av oss som deler mange av forfatterens synspunkter. Med deler av boken skriver Mjaaland seg inn i en tradisjon der det fenomenologiske perspektivet er rådende. Flere bøker har beskrevet psykiatrien fra pasientens ståsted. Amalie Skram dro veksler på egne erfaringer da hun skrev *Professor Hieronimus* og *På Sct. Jørgen*. Carl Frederik Prytz skrev *De vindskeive* og Arnhild Lauveng har skrevet *I morgen var jeg alltid en løve*, for å nevne noen. *Tvang og tvil* skildrer norsk psykiatri fra en behandlers ståsted. Selv om den er polemisk i stilen, rører den ved noe av det sårbare ved å være i denne rollen, tidvis lar den tvilen slippe til. Det er da den bidrar med noe nytt, det er da den drar meg som leser inn i teksten. ❌

Humanistisk blikk på profesjoner

Forfatternes ambisjon er å undersøke profesjonspraksis og kompetanseutvikling fra et humanistisk forskningsperspektiv.

PREMISSENE SOM LIGGER til grunn for utgivelsen av *Humanistiske forskningstilnæringer til profesjonspraksis*, avsløres i tittelen. For det første fremhever boken kompleksiteten i ulike profesjonspraksiser. En skarp, men ikke desto mindre relevant, kontrast er analyser som evaluerer praksis gjennom kost-nytte-parametere. I kost-nytte-analyser undersøkes hvor mye av et forhåndsdefinert gode vi får per brukte ressurs. Slike undersøkelser er ikke bare i seg selv forenklerende, men kan komme til å prege praksisdiskursen i en slik grad at praksisfeltets kompleksitet står i fare for å bli neglisjert. I denne boken utforskes derimot tema som det idiosynkratiske ved all profesjonspraksis og kompetanseutvikling, den tause kunnskapen som de fleste praksiser hviler tungt på, og hvordan sosiale strukturer implisitt regulerer oss i praksissituasjoner. Humanistiske forskningstilnæringer løftes på sin side frem som den tradisjonen som fremfor noen både kan reise og besvare denne typen spørsmål. Premissene og ambisjonen er det med andre ord ingenting å si på. Problemstillingene kunne heller knapt være mer relevant for fagutøvere som jobber med mennesker i kliniske eller organisatoriske kontekster.

FRAGMENTERT

Boken er skrevet som en antologi, og har tekster på fire språk. Firespråkligheten svekker enhetsfølelsen og gjør at boken oppleves som relativt fragmentert. I noen av tekstene er strukturen noe utydelig, og en litt strammere redaktørhånd savnes. Forfatterne bruker flittig sine egne erfaringer i tekstene, men her tjener ikke alltid de personlige erfaringene hensikten om å illustrere forfatternes poeng på en god måte, og det forsterker dessuten bokens litt uryddige preg.

Noen kjernehumanistiske innsikter kommer likevel tydelig frem. I kapittelet «Om å se» kommer den essensielle kjensgjerningen at forståelse er bundet til ens egen kunnskap, og slik er altså «en bok et speil». Både profesjonsforskere og praktikere bør derfor ta mål av seg til å utvikle et rikt språk og en form å tenke om egen kunnskap og kunnskapsformer i. Boken inneholder også betimelige advarsler mot scientisme, altså mot å la seg begrense til naturvitenskapen i fagforståelse og -utøvelse.

Å LYTTE TIL URO

Kapittelet jeg hadde høyest forventninger til da jeg leste innholdsfortegnelsen, var «Uro som fenomen i profesjonsforskning». I denne teksten fremheves hvordan et ubehag fra praksissituasjoner kan danne bakgrunn for viktige forskningsspørsmål. En av de mest sentrale filosofene fra forrige århundre, Martin Heidegger, hevdet at omsorgen vår – at vi bryr oss – er noe av det mest sentrale i verdensforholdet vårt. Hvis vi da tenker at uro er betinget av denne omsorgen, kan evnen til å lytte til uroen gi innsikt i viktige problemstillinger.

Sjangermessig befinner boken seg mellom lærebok og original forskning uten at man dermed har klart å trekke ut det beste fra begge sjangrene. Mye av denne kunnskapen er etter mitt skjønn bedre presentert i andre kilder. Dessuten er en del av eksemplene hentet fra en kontekst som vil være relativt fjern for en fagutøver i psykologien. Det skorter ikke på psykologisk faglitteratur som tar for seg spekteret og forholdet mellom humanistiske metoder og profesjonsutøvelse. Idégrunnlaget er med andre ord både viktig og betimelig, men gjennomførelsen står dessverre ikke helt i stil. ✘



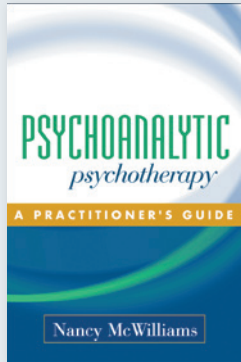
CATRINE TORBJØRNSEN HALÅS, INGJERD GÅRE KYMRE, KARI STEINSVIK (RED.)

Humanistiske forskningstilnæringer til profesjonspraksis, Gyldendal Akademisk, 2017. 272 sider

ANMELDT AV

Henrik Berg, psykolog og filosof

KLASSIKEREN



Formuleringene var så erfaringsnære, og teori og praksis var nydelig sammensveiset.

Nancy McWilliams, *Psychoanalytical Psychotherapy: A practitioner's guide*, 2004

«Psykologi er kanskje en vitenskap, men psykoterapi er en kunst» (min oversettelse). Slik lyder åpningen på Nancy McWilliams' bok *Psychoanalytical psychotherapy*, og allerede etter første setning var jeg grepet.

På psykologstudiet i Bergen var vi en fin gjeng. Det var mange diskusjoner og faglige uenigheter. Da vi skulle starte på 2. avdeling, ble det alvor. De mannlige studentene ankom fakultetet i blazer, og kvinnene var som alltid stilfulle; pasientarbeidet skulle starte. Appetitten på god klinisk litteratur var stor, og jeg husker at etter en innføringsforelesning i psykoanalytisk terapi med en kunnskapsrik og underholdende Per-Einar Binder var det en fornøyelse å sette seg på lesesalen og lese Nancy McWilliams. Språket var så godt, formuleringene så erfaringsnære, og teori og praksis var nydelig sammensveiset. Her møtte jeg en terapeut som skrev hva hun faktisk sa og gjorde i sine terapier. Og også gjerne om hvorfor. Var det noe jeg trengte som uerfaren terapeut, så var det gode eksempler, og når jeg nå sitter med boken foran meg, får jeg lyst å lese den igjen.

Etter å ha lest denne og andre bøker av Nancy McWilliams, bestemte jeg meg for å intervju henne for *Psykologtidsskriftet* da jeg bodde i San Francisco og gjorde min hovedpraksis. Det var med stor glede jeg opplevde henne som like varm, empatisk og tilgjengelig som hun fremstår i sine tekster.

Jan-Martin Berge sender stafettpippen videre til Hektor Hovgaard

AKTUELT: NY BOK

«I remember»

Den handler like mye om alle andre som om meg, sa Joe Brainard om boka *Jeg husker*.

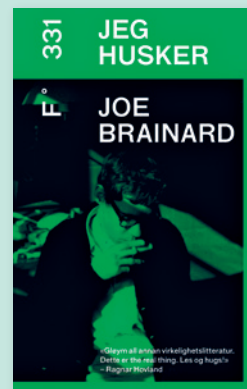
Romanen som ble utgitt første gang i 1970, utgis nå i november på Flamme forlag i norsk oversettelse ved Nils-Øivind Haagensen. Boka består av en strøm enkeltsetninger som alle begynner med «Jeg husker ...». Fortellingen i den eksperimentelle 70-talls klassikeren har en ikke-kronologisk struktur, og fungerer som «En søkende og prøvende hukommelse. Som lyset fra en fyrlykt, kan vi tenke oss, over et tilsynelatende uoverskuelig hav», skriver forlaget. Likevel skapes det et helhetlig bilde av mennesker som vises gjennom sine omgivelser.

Da han holdt på med boka, sa forfatteren: «I am way, way up these days over a piece I am still writing called *I Remember*. I feel very much like God writing the Bible. I mean, I feel I am not really writing it but that it is because of me that it is being written. I also feel that it is about everybody else as much as it is about me. And that pleases me.»

Boka mangler ikke fans blant andre forfattere. En av dem er Paul Auster, som har kommentert Brainards hovedverk slik: «In simple, forthright, declarative sentences, he charts the map of the human soul and permanently alters the way we look at the world. *I Remember* is both uproariously funny and deeply moving. It is also one of the few totally original books I have ever read.» På omslaget av den norske versjonen sier Ragnar Hovland det slik: «Gløym all annan virkelighetslitteratur. Dette er the real thing. Les og hugs!»

Dette til tross har boka fortsatt et beskjedent publikum i Norge. Men i augustutgaven av *Psykologtidsskriftet* ble vi presentert for kunstneren Ida Christensens prosjekt, der hun inspirert av Brainard hadde samlet inn korte tekster om barns minner om foreldrenes skilsmisse.

Psykologtidsskriftet



JOE BRAINARD

Jeg husker (Flamme forlag, 2017), Oversatt av Nils-Øivind Haagensen, Design av Aslak Gurholt



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 eller tlf. 23 10 31 33.

NOVEMBER

Reduksjon og kvalitetssikring av tvangsmiddelbruk på institusjon for døgnopphold

Oslo, 7. november

For mer informasjon og påmelding
[www.psykologforeningen.no/kurs og utdanning](http://www.psykologforeningen.no/kurs-og-utdanning)

Rus- og avhengighetspsykologi

Oslo, 9.–10. november

For mer informasjon og påmelding
[www.psykologforeningen.no/kurs og utdanning](http://www.psykologforeningen.no/kurs-og-utdanning)

Psykologen som sakkyndig i ulike rettsinstanser, sivil og strafferett

16.–17. november 2017

For mer informasjon og påmelding
[www.psykologforeningen.no/kurs og utdanning](http://www.psykologforeningen.no/kurs-og-utdanning)

Valgfritt program i Eldrepsykologi

30. november–1. desember 2017

For mer informasjon og påmelding
[www.psykologforeningen.no/kurs og utdanning](http://www.psykologforeningen.no/kurs-og-utdanning)

JANUAR

Organisasjon og ledelse: Forutsetninger for ledelse

Oslo, 10.–11. januar

For mer informasjon og påmelding
[www.psykologforeningen.no/kurs og utdanning](http://www.psykologforeningen.no/kurs-og-utdanning)

Systembasert arbeid med familier

Oslo, 24.–25. januar

[www.psykologforeningen.no/kurs og utdanning](http://www.psykologforeningen.no/kurs-og-utdanning)

Få gode verktøy til å behandle personlighetsforstyrrelser

Bli med på toårig sertifiseringsprogram i skjematapi

Utdanningen starter opp i mars 2018, og består av totalt 8 moduler.

Norsk Psykologforening har godkjent utdanningen med 144 timer vedlikeholdsaktivitet i spesialistutdanningen.

Skjematerapi er en integrativ psykoterapimodell som kombinerer elementer fra tilknytningsteori, psykodynamisk terapi, gestaltterapi, emosjonsfokuset terapi og kognitiv atferdsterapi. Forskning viser at skjematapi er meget godt egnet i forhold til behandling av personlighetsforstyrrelser. Skjematerapi er videre en evidensbasert terapitilnærming i forhold til kompliserte psykiatriske tilstander som rusavhengighet, spiseforstyrrelser, angstlidelser og depresjoner.

Søknadsfrist:

1. februar 2018. Søknad skal sendes via hjemmesiden www.kognitiv.no eller www.psykologbehandling.no.

For kostnader, program, påmelding og mer info:

www.kognitiv.no (se under fagnettverk) eller www.psykologbehandling.no/utdanning



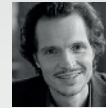
Remco van der
Wijngaart



Erlend Aschehoug



Marit Olsen



Poul Perris



Neele Reiss



Friederike Vogel



Joan Farrell



Ida Shaw



Spørsmål:

Kursleder Erlend Aschehoug
e-post: erlend@psykologbehandling.no
telefon: 412 14 518.

Arrangeres av:

Norsk Forum for Skjematerapi i samarbeid med
Norsk Forening for Kognitiv Terapi

PSYKOLOGSENTER I OSLO ønsker å tilknytte seg psykolog som kan jobbe 1–3 ettermiddager/kvelder i uken. Interessante arbeidsopp. Konkurransedyktig honorar. post@helplink.no



Grunnutdanning i EMDR

Eye Movement Desensitization and Reprocessing

Trinn 1 Oslo 9.–11. januar 2018

Trinn 1 Trondheim 7.–9. mai 2018

Trinn 2 Oslo 29. nov.–1. des. 2017

Trinn 2 Bergen 5.–7. mars 2018

Kursholder: Psykolog Bjørn Aasen,
EMDR Europe Approved Trainer

Påmelding og nærmere informasjon:
www.emdrutdanning.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

Ved bestilling av individuelle stempler – kontakt: aage@adprofil.no



Skjematerapi - nytt spesialiseringsprogram i psykoterapi

Bli med på internasjonalt sertifiseringsprogram i skjematerapi.
Godkjent av Norsk Psykologforening.

Oppstart 14. - 16. mars 2018 i Oslo

Hva er skjematerapi?

Skjematerapi er en integrativ psykoterapimodell som kombinerer elementer fra tilknytningsteori, psykodynamisk terapi, gestaltterapi, emosjonsfokuseret terapi og kognitiv atferdsterapi. Forskning viser at skjematerapi er godt egnet når det gjelder behandling av personlighetsforstyrrelser, depresjon, angst, spiseforstyrrelser og rusavhengighet.

Hvordan fungerer utdanningen?

Spesialiseringprogrammet i psykoterapi består av totalt 264 timer med undervisning og egenerfaring. Det tilbys 80 timer veiledning i utdanningen. Foreleserne er nasjonale og internasjonale ressurspersoner med kompetanse i de aktuelle temaene. Les mer om utdanningen på psykologbehandling.no/kurs.

Forelesere i sertifiseringsprogrammet

Joan Farrell og Ida Shaw, Truus Kersten, Poul Perris, Kristine Dahl Sørensen, Marit Olsen, Remco van der Wijngaart, Scott Kellogg, Neele Reiss og Friederike Vogel, Erik van den Brink og Erlend Aschehoug.

Program for undervisningsmodulene (modul 1-14)

- o Modul 1: Innføring i skjematerapi. Generelt om personlighetsforstyrrelser og differensialdiagnostikk.
- o Modul 2: Kasusformulering i skjematerapi.
- o Modul 3: Modusarbeid i skjematerapi.
- o Modul 4: Skjematerapi ved emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse.
- o Modul 5: Empatisk konfrontasjon.
- o Modul 6: Ferdighetstrening i skjematerapi 1.
- o Modul 7: Visualiseringsteknikker og modusdialog ved bruk av stoler i skjematerapi.
- o Modul 8: Ferdighetstrening i skjematerapi 2.
- o Modul 9: Skjematerapi ved cluster C personlighetsforstyrrelser.
- o Modul 10: Egenerfaring og selvrefleksjon som metode i skjematerapi.
- o Modul 11: Skjematerapi ved ulike former for avhengighet og aggresjonsproblematikk.
- o Modul 12: Hvordan styrke sunn voksen modus ved hjelp av øvelser i oppmerksomt nærvær og medfølelse?
- o Modul 13: Transformational Chairwork.
- o Modul 14: Skjematerapi for par.

Søknadsfrist:

1. februar 2018. Søknad skal sendes via hjemmesiden www.kognitiv.no eller www.psykologbehandling.no.

For kostnader, program, påmelding og mer info:

www.kognitiv.no (se under fagnettverk) eller www.psykologbehandling.no/utdanning

Spørsmål:

Kursleder Erlend Aschehoug, e-post erlend@psykologbehandling.no, tlf 412 14 518.



Arrangeres av:

Norsk Forum for Skjematerapi i samarbeid med Norsk Forening for Kognitiv Terapi

Utdanningen er godkjent av:



International Society of Schema Therapy ISST & Norsk Psykologforening



**Den 5. Nordiske Miljøterapiikonferansen om
Spiseforstyrrelser
19.- 20. april 2018
på Hotell Bristol i Oslo**

Frist for innsending av abstrakts til workshop:
15. desember 2017

For info om påmelding, forelesninger
og abstrakt, se under arrangement på
www.rasp.no

Påmelding starter 1. desember 2017



Ønsker du å annonsere i Psykologtidsskriftet?

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

UTGAVE	UTGIVELSE	BESTILLINGSFRIST
12/17	1. desember	17. november
1/18	2. januar	14. desember
2/18	1. februar	18. januar

KLINISK BRUK AV HYPNOSE VED ANGST, DEPRESJON, STRESS OG SMERTER

Læring og bruk av metoden.

Oslo, 25.-26. januar 2018,
påmeldingsfrist 22. desember

Godkjent for spesialitetene.

Kursansvarlig: Dr. Gunnar Rosén, tlf. 900 39 441,
Gunnar@hypnoseforeningen.no

For program, info og påmelding
se www.hypnoseforeningen.no



NORSK
PSYKOLOG
FORENING

Stipend – Psykologer i ledelse

Norsk psykologforening deler ut tre stipender til
lederutdanning til en samlet sum på kr 75 000.
Stipendene er et stimuleringsmiddel til å få flere
psykologer i ledelse.

Stipend kan søkes for å dekke utgifter
i forbindelse med lederutdanning/
lederkvalifisering. Ett av stipendene kan gis til
anvendt forskning / kunnskapsakkumulering
om psykologer og ledelse.

Søkere må være medlem av Norsk
psykologforening. Kvinner oppfordres til å søke.

Gjør kort rede for hva det søkes støtte til og
tentativ karriereplan. Vedlegg CV med oversikt
over utdanning, arbeidserfaring, tillitsverv, med
mer. De som tildeles stipend sender i løpet av
2018 en kort redegjørelse for hvordan pengene
er benyttet.

Søknad sendes Norsk psykologforening
v/ Tone S. Naglestad, p.b. 419 Sentrum, 0103 Oslo,
e-post tone.s.n@psykologforeningen.no

Søknadsfrist 1. desember 2017.



Norsk psykologforening
Pb 419 Sentrum, N-0103 Oslo



Klinisk helsepsykologi

Den 3. nasjonale konferansen

12.–13. mars 2018

Somatisk sykdom kan gi psykologiske og sosiale belastninger som forsterker lidelsen for pasienten. Vi trenger en helsetjeneste som ser psyke og soma i sammenheng. Det kan klinisk helsepsykologi bidra med.

Hjertelig velkommen til den 3. nasjonale konferansen om helsepsykologi.

Programmets fire hovedtemaer:

- **Sykdommer i mage/tarm.** Psykologiske intervensjoner ved tarmlidelser hos barn, unge og voksne
- **Psykologisk behandling av søvnvansker.** Egen sesjon for behandling av søvnforstyrrelser hos ungdom
- **Samtaler ved livets slutt – en oppgave for psykologen?** Psykologens rolle i palliativ behandling
- **Stressrelaterte tilstander hos barn og unge.** Psykologens rolle på somatiske barne- og ungdomsklinikker

Innholdet vil bli praksisnært med mulighet for å fordype seg i tema i parallelsesjoner. Det vil også bli satt fokus på psykologens rolle som klinisk helsepsykolog på ulike arenaer.

Kongressen søkes godkjent som fritt spesialkurs og vedlikeholdsaktivitet.

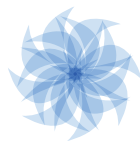
Sted og dato: Oslo, 12.–13. mars 2018

Påmeldingsfrist: 29. januar 2018

Medlemspris: kr 3 400

Kursnr.: 922-18

Påmelding via www.psykologforeningen.no/kurs og utdanning



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



FJALER KOMMUNE

-eit ope samfunn

PPT

PEDAGOGISK PSYKOLOGISK TENESTE FOR
YTRE SOGN OG -SUNNFJORD



Psykolog/psykologspesialist

Tenker du at det kan vere fint å ha ein gjevande jobb der du får moglegheit til å gjere ein forskjell for barn og unge, og har interesse av å samarbeide tverrfagleg? Då er det kanskje deg vi søkjer til ei 100 % fast stilling som psykolog i PP-tenesta.

PPT-regionen Ytre Sogn og -Sunnfjord har 11,5 fagstillingar og kontorplassering i Fjaler, men arbeidsstad kan diskuteras. PP-tenesta har eit tett fagleg samarbeid, faste møtedagar på skulane og i barnehagane, og jobbar både på individ- og på systemnivå.

Arbeidsoppgåvene vil vere utgreiingar og sakkunnige vurderingar av barn og unge med særskilte opplæringsbehov, samt konsultasjon, rettleiing og rådgjeving i einskildsaker.

For meir informasjon sjå våre heimesider www.fjaler.kommune.no eller ta kontakt med leiar i PPT Berit L. Bjørnsen på telefon 95255939 eller e-post berit.louise.bjornsen@hoyanger.kommune.no

Søknadsfrist: 5. november 2017

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

Helse Nord-Trøndelag

**Klinikk for psykisk helsevern og rus,
Sykehuset Namsos**

Seksjon psykososer og seksjon poliklinikk
har ledig følgende stillinger:

Psykologspesialist / psykolog

- 100 % stilling ved seksjon psykososer ledig fra 01.01.2018
- 100 % stilling ved seksjon poliklinikk ledig fra d.d.

Referansenr. for begge stillingene er 3588337329.

Nærmere opplysninger om stillingene fås ved henvendelse til: Seksjonsleder seksjon psykosose Camilla Monslaup Fosslund, tlf. 74 21 57 86 eller seksjonsleder seksjon poliklinikk Sigrun Bertnum, tlf. 74 21 54 98 / 975 69 154.

Søknadsfrist: 12. november 2017

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

Helgelandssykehuset HF består av sykehusenheter i Mo i Rana, Mosjøen og Sandnessjøen med hovedkontor i Mo i Rana. Gjennom å sette pasienten i sentrum, og med god samhandling med omgivelsene, skal helseforetaket sikre trygge og framtidsette sykehustjenester basert på kvalitet, trygghet og respekt. De tre lokalsykehusene har tilsammen cirka 1350 årsverk, og foretaket gir lokalsykehusstilbud til de cirka 78 000 innbyggere på Helgeland.

Helgelandssykehuset Sandnessjøen

Psykologspesialist/psykolog

Barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk

BUP Sandnessjøen er tverrfaglig sammensatt og har totalt åtte ansatte. Som psykolog får du gode muligheter for spesialisering og faglig utvikling, og være med på å sette preg på avdelingen både faglig og personlig.

Du får arbeide selvstendig, med høy grad av påvirkning på egen arbeidshverdag innenfor gitte rammer. Ditt ord og din mening vil ha betydning, og du får jobbe som generalist, men også mer spesialisert inn mot hva du er mest interessert i og god på.

Kontakt: Avdelingsleder Gunnar Holmvik, tlf. 476 20 801, e-post: gunnar.holmvik@helgelandssykehuset.no

Søknadsfrist: 19. november 2017

Mer om stillingen og link til elektronisk søknadsskjema finner du på helgelandssykehuset.no under «Jobb hos oss»





EIDSKOG KOMMUNE

Eidskog kommune ligger like ved grensen til Sverige, Charlottenberg (15 km). Det er kort avstand til større byer og sentra. Kongsvinger (23 km), Gardermoen (90 km) Oslo (110km). Eidskog har ca 6250 innbyggere, sysselsetter ca 460 årsverk. Eidskog kommune er mest kjent for Magnor glassverk, Hans Børli, Sootkanalen og Morokulien. Vi har flott natur med gode muligheter til friluftsliv.

Kommunepsykolog

Eidskog kommune ønsker et lavterskeltilbud for alle. Vi søker nå etter en psykolog i 100 % stilling som skal jobbe med voksne innen psykisk helse og rus. Vi har fra før en kommunepsykolog som arbeider med barn og unge.

De viktigste samarbeidspartene blir: psykisk helsetjeneste, ruskonsulent/miljøarbeidere, spesialisthelsetjenesten, fastleger, arbeidsplasser og Nav.

Organisatorisk er stillingen lagt til helse sammen med psykisk helsetjeneste, der det er et sterkt engasjement og høy kompetanse.

Arbeidsoppgaver:

- Individuelle konsultasjoner og behandling
- Utredning og differensialdiagnostiske vurderinger
- Undervisning/veiledning av brukere, pårørende og ansatte
- Tverrfaglig samarbeid
- Systemarbeid og forebyggende helsearbeid

Kvalifikasjoner:

- Autorisert psykolog
- Erfaring med klinisk arbeid med voksne og rus, gjerne med klinisk fordypning i voksenpsykologi eller rus
- Erfaring med veiledning av og samarbeid med andre faggrupper
- Erfaring med forebyggende helsearbeid en fordel
- Søker må ha sertifikat og benytte egen bil. Det vil bli gitt kjøregodtgjørelse etter gjeldene satser når kommunens egne leasingbiler ikke kan brukes.

Personlig egenskaper:

- Engasjement og interesse for arbeid innen psykisk helse/rus
- Selvstendig og trygg på utøvelse av faget
- Gode kommunikasjons- og samarbeidsevner
- En god veileder for brukere og ansatte
- Du er nytenkende og ser muligheter
- Beherske norsk skriftlig og muntlig godt
- Fleksibel i forhold til arbeidsoppgaver
- God etisk praksis i forhold til arbeidskollegaer og brukere

Vi tilbyr:

- 100 % fast stilling
- Varierte arbeidsoppgaver
- Delta på nettverkssamlinger i regi av NAPHA
- Lønn etter avtale
- Mulighet for å være med på å utvikle tjenesten
- Nyoppussede, moderne lokaler
- Personlig egnethet vektlegges

Tiltredelse for stillingen: Etter avtale

Arkivsaksnummer: 17/2988

Søknadsfrist: 15.11.2017

Spørsmål vedrørende stillingen kan rettes til fagleder psykisk helsetjeneste:
Sidsel Trovåg, tlf: 404 36 844 / 62 83 38 74

Kommunen ønsker at søkere benytter seg av elektroniske søknader via kommunens hjemmeside. Husk påfør saks id.

Søkere som ønsker å være unntatt offentligheten må begrunne dette særskilt. Begrunnelsen vil bli vurdert i forhold til offentlighoven. Hvis det, etter kommunens vurderinger, ikke foreligger en særskilt grunn, vil søkerlisten bli offentliggjort. Søker vil i et slikt tilfelle bli kontaktet på forhånd.

Ønskjer du å bidra i eit distriktpsykiatrisk senter i vekst?

Øyane DPS har ledig fast stilling som Psykologspesialist/psykolog

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

Vi har ledig 100% stilling som psykologspesialist/psykolog ved psykose- og rehabiliteringspoliklinikken for snarleg tilsetjing. Som psykologspesialist vil ein vere ein viktig medspelar i vidareutviklinga av eit godt tilbod til psykosepasientane i opptaksområdet. Tilbodet skal styrkjast og utvidast i samarbeid med kommunane. Det er etablert familie- og psykoedukative grupper og det blir arbeidet med utvikling av dagbehandling som alternativ til døgnbehandling

Kontakt: Klinikkdirktør Raymond Eeg Føllesø, tlf. 48016901 eller Ass. klinikkdirktør Anne Seim Grønningsæter, tlf. 90778943
Referansenr.: 3591993477 **Søknadsfrist:** 30.11.2017

Kronstad DPS har ledig fast stilling som Seksjonsleiar ved Allmennpoliklinikk Årstad

Allmennpoliklinikk Årstad som har ansvaret for bydelane Årstad og Ytrebygda. Det er 20 tilsette i poliklinikken og vi er organisert i 3 behandlarteam, leia av spesialistar. Vi tek imot tilvisingar frå fastlegar, legevakta, sjukehus og private spesialistar, og vi samarbeider tett med andre einingar i Kronstad DPS.

Vi søker etter ein engasjert, ansvarleg og løysingsorientert leiar som ønskjer å vidareutvikle og leie den polikliniske verksemda i Kronstad DPS. Vi ser helst at du er lege- eller psykologspesialist, du er fagleg engasjert og opptatt av leiarskap. Du er interessert i fagutvikling og vert motiverert av å arbeide i eit miljø med høg fagleg kompetanse. Det er viktig for deg at poliklinikken og Kronstad DPS sine ressursar blir forvalta til det beste for pasientane.

Kontakt: Klinikkovertlege Lars Onsrud eller Klinikkdirktør Randi-Luise Møgster på telefon 55956000
Referansenr.: 3584829260 **Søknadsfrist:** 19.11.2017



HELSE BERGEN

Haukeland universitetssjukehus

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

Avdeling for rusmedisin har ledig
100% fast stilling som



Nevropsykolog

Avdeling for rusmedisin består av seks seksjonar, tre døgnseksjonar: (Tertnes, Askøy og Floen), ein Forskningsseksjon, ein LAR seksjon og ein poliklinikk. Den utlyste stillinga er i AFR poliklinikk.

Poliklinikken held til i moderne lokale i Bergen Sentrum. Poliklinikken er tverrfagleg bemanna med psykiatrar, ein spesialist i rusmedisin, psykologar med spesialitetar i rus, vaksne, familie og barn, kliniske sosionomar, spesialsjukepleiarar og klinisk vernepleiar. Fleire har vidareutdanning innan kognitiv terapi, gruppebehandling, familierterapi mm. Til saman er det ca 50 årsverk knytt til poliklinikken.

Poliklinikken er organisert i fem team, to psykiatriske ungdomsteam (PUT), eit team vaksne, eit vurderingsteam og eit team fleksibel. Vi har og eit "drop out team" med fire erfaringskonsulentar og eit "jobb først" team (ips) er knytt opp til poliklinikken.

Nevropsykolog vil arbeide med utgreiing og behandling av rusavhengige, der det er mistanke om nevropsykologiske problemstillingar. Ei anna viktig oppgåve vil vere konsultasjon internt i AFR og eksternt til andre samarbeidspartnarar.

Interessert?

Kontakt Seksjonsleiar Svanhild Mellingen, telefon 99264156
Ref.nr. 3593365344 - **Søknadsfrist:** 19.11.2017



HELSE BERGEN

Haukeland universitetssjukehus

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

PSY
KOL
OGI

SØKER DU JOBB?

Ønskjer du å lese stillingsannonserne fra Psykologtidsskriftet raskest mulig? Vi sender deg gjerne oversiktlisten som du kan sjekke på Internett. Alle stillingsannonserne som trykkes i Tidsskriftet finner du også på [www.psykologtidsskriftet.no/ Stillingsannonser](http://www.psykologtidsskriftet.no/Stillingsannonser)

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



Barne-, ungdoms- og familieetaten, region sør

TFCO-teamet i Drammen søker

Psykolog/familieterapeut/ ungdomsterapeut

til en fast stilling som psykolog/familieterapeut/ungdomsterapeut i 100 % fast stilling. Vi tilbyr grundig opplæring i metoden, og du vil få ukentlig veiledning i det kliniske arbeidet.

TFCO er en evidensbasert, tidsavgrenset og familiebasert behandlingsmetode for ungdom med alvorlige atferdsvansker, og er utviklet som et alternativ til institusjon eller annen gruppebasert plassering. Ungdommen plasseres i et behandlingshjem som mottar tett oppfølging fra behandlingsteamet. Det arbeides samtidig med familie og øvrige relevante systemer rundt ungdommen. Behandlingsteamet består av behandlingsleder, familieterapeut, individualterapeut for ungdommen, ferdighetstrener for ungdommen og behandlingshjemskonulent.

Søknadsfrist: 19.11.2017*Se fullstendig utlysning og søk stillingen på www.bufdir.no*www.bufdir.no

Barne-, ungdoms- og familieetaten, region sør

Buskerud, Vestfold og Telemark behandling ungdom, har ledig 1 fast 100 % stilling og 2 vikariater 100 % stilling som

MST-terapeut/psykolog

Barne-, ungdoms og familieetaten har egne enheter som driver med multisystemisk terapi (MST), som er en tidsavgrenset, familiebasert behandlingsmetode for ungdom med alvorlige atferdsvansker. Terapeutene jobber i hjem, nærmiljø og skole med foreldre og ungdom, der ungdommen står i fare for å bli plassert utenfor hjemmet. MST er en evidensbasert metode utviklet i USA, og implementeringen i Norge ledes av NUBU, Universitetet i Oslo.

I region sør drives det totalt 5 MST- team. Et team består av tre-fire terapeuter og en veileder som er faglig og administrativ leder av teamet. Behandlingen er tilgjengelig 24 timer i døgnet, 7 dager i uka. Tilgjengelighet er regulert gjennom egen avtale for MST-terapeuter, og er godt økonomisk kompensert. Stillingen innebærer selvstendig arbeid, fleksibel arbeidstid og kontinuerlig faglig utvikling gjennom ukentlig veiledning og regelmessige fagseminarer.

Søknadsfrist: 15. november 2017*Se fullstendig utlysning og søk på bufdir.no*www.bufdir.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/ høgskoleutdannet - DPS Lister

Det er ledig 100 % st. fast som psykolog/psykologspesialist og 100 % st. engasjement i 1 år, med muligheter for forlengelse som psykolog/psykologspesialist/annen relevant høgskole/ universitetsutdanning.

Ved vår poliklinikk vektlegger vi psykodynamisk tilnærming. Vi har spesialkompetanse på personlighetsforstyrrelser / gruppeterapibehandling.

Begge stillinger er ved DPS Lister, poliklinikk Farsund.

Opplysninger: Magne Vegge, enhetsleder, tlf. 930 47 891.

Søknadsfrist: 20. november 2017

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

Ønsker ikke kontakt med rekrutteringsbyrå/annonseselgere.

frantz.no



SØRLANDET SYKEHUS

- Trygghet når du trenger det mest

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

Kvinesdal

Psykologspesialist/psykolog - DPS Lister døgnpost

Det er ledig 100 % st. fast som psykologspesialist/psykolog med påbegynt spesialisering eller psykolog som er villig til å spesialisere seg. Psykologspesialist vil bli foretrukket. Tiltredelse etter avtale.

Stillingen kan også søkes av psykologer som ikke er spesialister. Det vil da bli lagt til rette for spesialistutdanning

Opplysninger: Avdelingssjef Anne Dorte Lyken, tlf. 411 73 873 eller Enhetsleder Britt Randi Skoglund, tlf. 916 86 099.

Søknadsfrist: 22.11.2017

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

Ønsker ikke kontakt med rekrutteringsbyrå/annonseselgere.

frantz.no



SØRLANDET SYKEHUS

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 tilgjengelig i inntil en måned. For et tillegg på kr 4 450 kan kursannonser annonsert i Psykologtidsskriftet også oppføres på www.psykologforeningen.no under «Konferanser og kurs».

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

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

Nr	Materiellfrist	Utgivelse
12	17.11	01.12

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

PRISER STILLINGSANNONSER/PROFILANNONSER:		
Format	4 farger	Sort
1/1 side	16 950	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 eller tlf. 23 10 31 33.

Helse Vest RHF (regionalt helseforetak) har det overordna ansvaret for spesialisthelsetenesta i Rogaland, Hordaland og Sogn og Fjordane. Vi eig fem helseforetak; Helse Førde, Helse Bergen, Helse Fonna, Helse Stavanger og Sjukehusapoteka Vest i tillegg til Helse Vest IKT AS. Foretaksgruppa har om lag 31 000 medarbeidarar. Spesialisthelsetenesta i regionen omfattar om lag femti sjukehus og institusjonar, og skal gi helsetenester til i overkant av ein million innbyggjarar. Driftsbudsjettet er på om lag 30 milliardar kroner.

Helse Vest RHF

100 % avtaleheimel i klinisk psykologi i Norheimsund / Kvam kommune

100 % avtaleheimel for godkjend spesialist i klinisk psykologi i Norheimsund / Kvam kommune er ledig frå 01.03.2018, eller etter avtale.

Sentrale moment i vurdering av søkjarane vil mellom anna vere:

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

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

Avtalespesialisten skal bidra til at Helse Vest kan oppfylle «sørge for»-ansvaret. Det inneber mellom anna at avtalspesialisten utfører 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 Voss DPS NKS Bjørkeli om oppgåvedeling og for å sikre gode pasientløp. Avtalspesialisten skal også i et visst omfang kunne ta imot pasientar som blir tilvist frå Voss DPS NKS Bjørkeli. 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.



TØNSBERG KOMMUNE
BARN OG UNGE
PP-TJENESTEN

Ledige stillinger i PP-tjenesten:

17/13055: 50 % fast stilling som psykolog fra 01.03.18. Denne kan evt. kombineres med inntil 50% engasjement.

17/13057: 100 % fast stilling som ped.psyk.rådgiver fra 01.03.18.

PP-tjenesten er en del av virksomhet Barn og unge.

Søkere må ha utdanning som cand.psychol, cand. paed.spec., cand.ed. eller tilsvarende. Den tilsatte må disponere egen bil i tjenesten. Lønn etter avtale.

Arbeidsoppgavene vil omfatte utredning av barn og unge og oppfølging i barnehage og skole både på individ- og systemnivå. Det vil være mulighet for samtaler og forebyggende behandling.

PP-tjenesten er et tverrfaglig kontor med et godt fag- og arbeidsmiljø.

Nærmere opplysninger om stillingen kan fås ved henvendelse til:

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

Søknadsfrist: 12.11.17

Se fullstendig utlysing på

www.tonsberg.kommune.no – ledige stillinger.



Sarpsborg
kommune

PSYKOLOG

– Enhet forebyggende tjenester

Stillingen er knyttet opp mot et familiesenter, se fullstendig utlysningstekst på www.sarpsborg.com/ledigstilling

Søknad sendes elektronisk via www.sarpsborg.com/ledigstilling innen 16.11.2017.

NORSK PSYKOLOGFORENING

SENTRALSTYRET

President

Tor Levin Hofgaard

tor@psykologforeningen.no
23 10 31 30

Visepresidenter

Rune Frøyland

rfroey@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

ragnhildkstroke@gmail.com
414 21 366

Ingvild Gregersen

ingvildg@gmail.com
957 27 801

Arnild 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

Karen Maria Dreier

Ludianos
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

Ragnhild Ese

ragnhild.es@gmail.com
920 11 528

Nord-Trøndelag

Tirill Sten Ingebrigtsen

tirillst@gmail.com
407 23 159

Nordland

Iris Anette Søderholm

irisanette@gmail.com
909 34 857

Oppland

Iver Sørli Røhr

iversr@gmail.com
916 35 382

Oslo

Inger Marie Andreassen

ingermarieandreassen@
hotmail.com
992 33 966

Rogaland

Elise Constance Fodstad

ecgr@sus.no
930 07 971

Sogn og Fjordane

Karen-Merete Bruland

karen-merete.bruland@
bufetat.no
991 08 520

Sør-Trøndelag

Morten Thorsen

morten.thorsen@nav.no
73 43 81 80

Telemark

Birgitte Lindøe

birgitte.lindoe@
borgestadklinikken.no
473 83 123

Troms

Elisabeth Growen Borch

elisabeth@njaal.net
988 75 422

Vest-Agder

Ann Birgithe S. Eikhom

abseikhom@gmail.com
971 29 052

Vestfold

Anne-Kristin Imenes

anne.kristin.imenes@
gmail.com
907 55 410

Østfold

Øyvind Nordhus

nordhus@me.com
911 61 779

FAGETISK RÅD

Svanhild Mellingen, 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

Ingvild Gregersen,

nestleder, tlf. 957 27 801

Bjarte Bønes Bruntveit,

Spekter-helse, tlf. 909 98 052

Birgit Aanderaa, Spekter-

helse, tlf. 917 12 983

Inger Marie Andreassen,

KS, tlf. 924 28 703

Bjørn Arne Øvrebo, Stat,

tlf. 982 49 732

Helene Kindle-Skau, Virke/

HUK, tlf. 924 28 703

Grete Schau, Privatpraksis,

tlf. 909 19 372

Torstein Winger, Oslo

kommune, tlf. 415 80 567

Hanne Indregard Lind,

Helse Sør-Øst, tlf. 948 05 153

FORHANDLINGS- UTVALG FOR PRIVAT PRAKSIS

Rune Frøyland, leder,

e-post rfroey@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

Lars Ravn Øhlckers, leder,
e-post larsravnohlckers@gmail.com, tlf. 908 81 250

Familiepsykologi

Trine Eikrem, leder, e-post trine.eikrem@bufetat.no, tlf. 466 16 566

Psykologisk arbeid med rus og avhengighetsproblemer

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

Eldrepsykologi

Lise Næss, leder, e-post lisenaes@online.no, tlf. 55 90 06 63

Psykoterapi

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

Voksenpsykologi

Ivar Elvik, leder, e-post ivarelvik@gmail.com, tlf. 454 74 400

Nevropsykologi

Jan Egil Stubberud, leder, e-post jan.stubberud@hotmail.com, tlf. 951 04 217

Psykologisk habilitering

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

Arbeidspsykologi

Anette Høye Dye, leder, e-post anette@psykologbistand.no, tlf. 928 24 338

Samfunn- og allmennpsykologi

Kjersti Hildonen, leder, e-post khi@lorenskog.kommune.no, tlf. 907 85 288

Organisasjonspsykologi

Rudi Myrvang, leder, e-post rudi.myrvang@gmail.com, tlf. 906 03 355

Klinisk helsepsykologi

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

GODKJENNINGS-UTVALGET

Ole André Solbakken, leder, e-post: o.a.solbakken@psykologi.uio.no, tlf. 913 75 496

ANKEUTVALGET FOR SPESIALISTSAKER

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

FAGUTVALG FOR RETTSPSYKOLOGI OG SAKKYNDIGHET

Annika Melinder, leder, e-post a.m.d.melinder@psykologi.uio.no, tlf. 930 80 618

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

MENNESKERETTIGHETSUTVALGET

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 Sognnæs, leder, e-post jogeir61@gmail.com, tlf. 918 16 155

SEKRETARIATET

Tlf. 23 10 31 30
Ole Tunold, generalsekretær
Karsten Karlsøen, kommunikasjonssjef og myndighetskontakt, e-post karsten@psykologforeningen.no, tlf. 976 11 591
Per Halvorsen, webredaktør, e-post per.halvorsen@psykologforeningen.no

Administrasjonsavdeling

Linda T. Grønås, administrasjonssjef, e-post linda@psykologforeningen.no

Toril Dyrhovd, nestleder, e-post toril@psykologforeningen.no

Forhandlingsavdeling

Christian Zimmermann, forhandlingssjef
Joakim Solhaug, nestleder
Kontakt forhandlingsavdelingen@psykologforeningen.no

Fagpolitisk avdeling

Andreas Høstmælingen, fagsjef, e-post andreas@psykologforeningen.no
Aina Fraas Johansen, nestleder, e-post aina.f.j@psykologforeningen.no

Utdanningsavdeling

Bjørnhild Stokvik, utdanningssjef, e-post bjornhild@psykologforeningen.no
Eva Danielsen, nestleder, e-post eva@psykologforeningen.no
Kontakt kurs@psykologforeningen.no

NORSK PSYKOLOGFORENING

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

For mer informasjon, se www.psykologforeningen.no

TIDSSKRIFT FOR NORSK PSYKOLOGFORENING

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

FAGLIGE MED-ARBEIDERE I PSYKOLOG-TIDSSKRIFTET

Trine Anstorp, Regionalt ressurscenter om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging
Kjersti Arefjord, Universitetet i Bergen
Eva Dalsgaard Axelsen, Universitetet i Oslo
Henning Bang, Universitetet i Oslo
Per-Einar Binder, Universitetet i Bergen
Anne Inger Helmen Borge, Universitetet i Oslo
Tim Brennen, Universitetet i Oslo
William Brochs-Haukedal, Norges handelshøyskole
Nikolai Czajkowski, Universitetet i Oslo
Knut Dalen, Universitetet i Bergen
Guðrun Dieserud, Nasjonalt folkehelseinstitutt
Fanny Duckert, Universitetet i Oslo
Atle Dyregrov, Senter for krisepsykologi

Tor-Johan Ekeland, Høgskulen i Volda
Ståle Einarsen, Universitetet i Bergen
Hege R. Eriksen, Universitetsforskning Bergen
Anders Martin Fjell, Universitetet i Oslo
Magne Arve Flaten, Universitetet i Tromsø
Rolf W. Gråwe, St. Olavs hospital
Siri Erika Gullestad, Universitetet i Oslo
Roger Hagen, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet
Odd E. Havik, Universitetet i Bergen
Anthony Hawke, Familievernkontoret i Stavanger
Asle Hoffart, Modum Bad
Arne Holte, Nasjonalt folkehelseinstitutt
Hanne Haavind, Universitetet i Oslo
Reidun Ingebretsen, Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring
Tine K. Jensen, Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress
Leif Edward Ottesen Kennair, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet
Stein Knardahl, Statens arbeidsmiljøinstitutt
Gerd Kvale, Universitetet i Bergen

Øyvind Kvello, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet
Kim Larsen, Sykehuset Østfold
Arild Lian, Bredtvet kompetansesenter
Gro Therese Lie, Universitetet i Bergen
Astri J. Lundervold, Universitetet i Bergen
June Ullevoldsæter Lystad, Oslo Universitetssykehus
Svein Magnussen, Universitetet i Oslo
Øyvind Lund Martinsen, Handelshøyskolen BI
Willy-Tore Mørch, Universitetet i Tromsø
Simon-Peter Neumer, RBUP Øst og Sør, Oslo
Geir Høstmark Nielsen, Universitetet i Bergen
Hans Nordahl, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet
Inger Hilde Nordhus, Universitetet i Bergen
Terje Ogden, Nasjonalt utviklingscenter for barn og unge (NUBU)
Ståle Pallesen, Universitetet i Bergen
Magne Raundalen, Senter for krisepsykologi
Sissel Reichelt, Universitetet i Oslo
Ivar Reinvang, Universitetet i Oslo
Astrid M. Richardsen, Handelshøyskolen BI

Jan H. Rosenvinge, Universitetet i Tromsø
Bjørn Rishovd Rund, Universitetet i Oslo
Frida Gullestad Rø, Universitetet i Oslo
Michael Helge Rønnestad, Universitetet i Oslo
Gro Mjeldheim Sandal, Universitetet i Bergen
Per Øystein Saksvik, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet
Borrik Schjødt, Haukeland universitetssykehus
Jan Skjerve, Universitetet i Bergen
Ingunn Skre, Universitetet i Tromsø
Arvid Skutle, Stiftelsen Bergensklinikkene
Lars Smith, Nasjonalt kompetansenettverk for sped- og småbarns psykiske helse
Håkan Sundberg, Universitetet i Bergen
Frode Svartdal, Universitetet i Tromsø
Nora Sveaass, Psykologisk institutt, Universitetet i Oslo
Stephen von Tetzchner, Universitetet i Oslo
Odd Arne Tjersland, Universitetet i Oslo
Bente Træen, Universitetet i Oslo
Merete Øie, Sykehuset Innlandet HF
Simon Øverland, Universitetet i Bergen

Til bidragsyterne: Faglige bidrag sendes i redigerbar, elektronisk form (word-format) til sjefredaktør Bjørnar Olsen: bjornar@psykologtidsskriftet.no. Filnavnet skal inkludere navn på førsteforfatter. Bare ferdigstilte tekster blir vurdert. Ved oversendelse må manus være i overensstemmelse med retningslinjer og lengdekrav (psykologtidsskriftet.no, se: *Skriv for oss*). «Faglig bidrag» oppgis som e-postens tittel. E-postens hoveddel skal inneholde 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 spesialistoppagave.

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

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

Frist for innlevering av annonser:
 17.11, 14.12, 18.01, 15.02, 16.03, 17.04, 16.05,
 18.06, 18.07, 17.08, 17.09, 18.10, 16.11

