

TIDSSKRIFT FOR NORSK PSYKOLOGFORENING

PSY KOL OGI

Vol.55 nr.5 2018

Bak lukkede dører

NÅ og Debatt

PSYKOLOGLEDERE

God på relasjon
- dårlig på beslutning

Aktuelt

Stillasreising

Fra praksis

ISSN 0332-6470

TIDSAM 2008-05



9 770332 647006 05

RETURUKE 24 150 NOK

PSY KOL OGI

Vol. 55 **nr. 5** 2018

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 Engevold

Sentralbord 23 10 31 30

Redaksjonsråd Marianne Hansen, Nasjonalt
kunnskapssenter om vold og traumatisk stress

Joar Halvorsen, Nidaros DPS

Catharina E. A. Wang, Universitetet i Tromsø

Omslagsillustrasjon 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

Psykologbevegelse

- **PSYKOLOGER** er i ferd med å skape et sterkt og potent privat psykologmarked, parallelt og i konkurranse med de offentlige psykologtjenestene, som mange psykologer opplever som et rigid og lite fleksibelt behandlingssystem, sier Inger-Margrete Svendsen i denne utgaven (se side 326). Hun mistenker at psykologer med visjoner for psykisk helsevern frustreres over NPM-regimet, en frustrasjon som leder til at de etablerer private psykologklinikker. Slik skaper psykologenes individuelle valg endringer i helsetjenestetilbudet, en utvikling hun mener vi bør diskutere og forholde oss til.

I uformelle samtaler forteller flere at de fornemmer noe lignende, og legger gjerne til at disse nye virksomhetene mer synes å springe ut av en metode eller terapeutisk retning enn av mer eklektiske, integrative tilnærminger. I så fall har vi en utvikling der man tar utgangspunkt i, eller selv skaper, «terapifranchiser».

Det er verken noe galt i å bygge egne virksomheter eller basere seg på spesifikke metoder. Men som Iona-Alina Cristea og John P.A. Ioannidis nylig beskrev i *JAMA Psychiatry* (11. april), har psykososiale intervensjoner de samme interessekonfliktene som vi finner innenfor medisinen. Det kan handle om at fagpersonene selv eier utdanninger som leder frem til at man sertifiseres som veileder eller behandler, at man tilbyr apper og testmateriell, eller at man er del av fagmiljøer som fremmer visse behandlingsformer. Likevel finner man at interessekonflikter i forskning på psykososiale intervensjoner sjelden oppgis.

Et privat tilbud med tydelig forankring i enkeltmetoder trenger ikke innebære noen større fare for interessekonflikter enn offentlige tilbud. Og skillet mellom det offentlige og det private er heller ikke absolutt, da det offentlige også kjøper tjenester fra de private virksomhetene, samarbeider om kurs og kompetanseheving, yter støtte som sikrer stabil drift, og – ikke minst – selv driver atskillig tjenesteutvikling i samarbeid med driftige gründere. Men både det offentlige og det private vil være tjent med større transparens. For selv om interessekonflikter ifølge Cristea og Ioannidis ikke trenger å bety at forskningen, terapeutene eller metodene har svakheter, vil transparens hjelpe oss til å forstå hvem i dette tjenestemarkedet som gjør hva, hvordan og hvorfor. ✕



Bjørnar Olsen

Sjefredaktør

bjornar@

psykologtidsskriftet.no



Likevel finner man at interessekonflikter i forskning på psykososiale intervensjoner sjelden oppgis

324



FOTO: SYNNEVE SUNDBY FALLMØR, OPPEGÅRD AVIS

IKKE GOD NOK KONTROLL

Psykologer med avtalehjemler blir ikke sett godt nok i kortene, mener avtalespesialist Erik Arentz-Hansen (bildet) i Nå-intervjuet. Se også debattinnlegg på side 366 om hvor galt det kan gå i terapirommet.

Nå og Debatt

326

ILLUSTRASJON: ASHILD JIGENS



LEDELSE UTEN INNFLYTELSE

Å være visjonær psykologleder innenfor det offentlige psykiske helsefeltet kan være frustrerende. – Lekkasjen til privat sektor må taes på alvor, mener psykologspesialist Inger-Margrete Svendsen.

Aktuelt



KULTURDIAGNOSEN ORTOREKSI

Vi kan selvsagt diagnostisere kulturen, men for en person som opplever å få livet sitt ødelagt av ortoreksi, er det liten trøst i det, skriver sosiolog Hilde Johanne Karlsen som svar på et vitenskapelig bidrag i januarutgaven.

Faglig innspill

Innhold

- 321 **Psykologbevegelse**
Leder | Bjørnar Olsen
- 324 **- Vi må tåle å bli styrt**
NÅ: Erik Arentz-Hansen | Nina Strand
- 326 **Lite rom for ledelse**
Aktuelt | Per Olav Solberg
- 332 **Stillasreising**
Fra praksis | Brynhild Helle Johansen
- 340 **Stor variasjon i bruk av psykisk helsevern i Sogn og Fjordane**
Vitenskapelig artikkel | Hans Johan Breidablik & Eivind Meland
- 350 **Menneskerettigheter og psykologi: Arbeid som forplikter**
Faglig innspill | Nora Sveaass
- 354 **Sunn, sunnere, sykest**
Faglig innspill | Hilde Johanne Karlsen
- 358 **Levende blant døde**
Fri assosiasjon | Ingrid Nyhus
- 361 **MENINGER**
Hovedinnlegg: En ansettelse til besvær | Ørjan Rasmussen (s. 362)
Debatt: Maktmisbruk (s. 366), Vitenskapsteori (s. 368)
#Metoo (s. 370), Kronisk utmattelsessyndrom (s. 371), ELTE-saken (s. 373)
- 375 **INNTRYKK**
Bokessay: I navnet, men ikke i gavnet? | Joanna Rzadzowska (s. 376)
Bokanmeldelser: Engasjerende innblikk i krigs- og katastrofepsykiatri (s. 379), Til menigheten (s. 380), Selvhjelpslitteratur for ungdom (s. 382)
- 383 **Kurskalenderen**
- 384 **Annonser**
- 392 **Stillingsannonser**



LITE KONTROLL Dårlig eller skadelig behandling er ikke så lett å oppdage. Helseforetakene burde etterspurt opplysninger som kan si om behandlingen som gis er god, ikke bare talkunnskap, mener avtalespesialist Erik Arentz-Hansen

- Vi må tåle å bli styrt

Ingen følger med på innholdet i avtalespesialistenes behandling. Bedre kontakt mellom terapeutene og de som henviser, vil gi mer trygghet for pasientene, tror Erik Arentz-Hansen.

TEKST

Nina Strand

FOTO

Synnøve Sundby Fallmyr, Oppegård avis

– På side 366 i dette nummeret forteller en tidligere pasient om mangelfull journalføring og skadelig terapi hos en avtalespesialist, noe som førte til at terapeuten mistet autorisasjonen. Hva er din kommentar?

– Manglende journalføring er brudd på helseforskriftene. Journal skal skrives etter hver time. Problemet er at hvis avtalespesialisten ikke gjør det, blir det ikke nødvendigvis oppdaget. Men dårlig eller skadelig behandling er selvfølgelig mye mer alvorlig, og dessverre ikke så lett å oppdage.

– Er det retningslinjer for hvor ofte et DPS eller fastlegen skal få tilbakemelding fra avtalespesialisten?

– Når et DPS (distriktpsykiatrisk senter) henviser pasienten til en avtalespesialist, slipper de som oftest taket i pasienten. Selv prøver jeg å få kontakt med pasientens fastlege når jeg får en pasient via DPS. Det burde vært et tettere samarbeid mellom fastlege, eventuelt DPS og avtalespesialist i løpet av behandlingen, men i dag er det ikke rutiner eller krav om slik kontakt underveis i terapien.

– Med andre ord kan det gå flere år før en avtalespesialist melder tilbake til fastlegen?

– I verste fall ja, hvis terapien varer i flere år. Samtidig er de tekniske mulighetene for samarbeid bedre og bedre, for eksempel gjennom Norsk Helsenett,

som er et digitalt og sikkert samarbeidsnettverk, så det er ikke vanskelig å få til et samarbeid.

– **Pasienten jeg nevnte innledningsvis, er bekymret for terapeuter som opererer uten ekstern kontroll. Det er altså ingen som kommer og sjekker hva du egentlig driver med her inne i terapirommet?**

– Nå er veiledning et obligatorisk ledd i spesialistutdanningen, men for de fleste av oss er det er jo mange år siden vi gjennomførte den. Som avtalespesialist er det krav til vedlikehold av spesialiteten, det innebærer en del timers kurs eller for eksempel gruppeveiledning hvert år. Selv deltar jeg i en kollegaveiledningsgruppe, det er svært nyttig. Men hvis jeg selv ikke ønsker innsyn, er det ingen utenom pasientene selv som kan avsløre malpraksis – og de er jo i en svak og sårbar posisjon.

– **Hva synes du om det?**

– Det er ikke bra nok. Helseforetakene burde hatt større grad av sikkerhet for at det utføres god behandling, ikke bare tallkunnskap med opplysninger om antall terapier og hvem som får terapi. Det er viktig å luke ut verstingene blant oss. Jeg tror at mange, for eksempel kolleger eller pasienter, kan ha reagert på psykoologen som fikk kritikk fra Helsetilsynet, uten å varsle. Det er beklagelig.

– **Men ingen fra helseforetaket som ansatte deg, følger deg opp, eller inviterer til medarbeidersamtale?**

– Nei. Den «oppfølgingen» vi har, er via Helfo (Helseøkonomiforvaltningen), men det er kun en automatisk sjekk av takstbruken, altså ingen form for kvalitetssjekk eller kontroll.

– **Du samarbeider med et bestemt legekontor som henviser pasienter til deg. Hvordan fungerer det?**

– Jeg har et tettere samarbeid med to av legene der som jeg nå møter ca. én gang i året. Hovedsamarbeidet skjer enkelt og greit gjennom henvisninger og dialog over det digitale Norsk Helsenett. I og med at vi kjenner hverandre, er det også lettere å komme med innspill om eksempelvis medikamenter og sykemeldinger. Jeg samarbeider slik også med andre leger, men det er umulig å etablere et nært samarbeid med alle de 60–80 legene i vårt område. Jeg skulle ønske jeg kunne prioritert samarbeidet med ett eller

Hvorfor NÅ?

- En tidligere pasient skriver i debattinnlegget på side 366 om manglende kvalitetssikring av avtalespesialister. Hun forteller om skadelig terapi og manglende journalføring som ikke ble oppdaget, og mener behandlingen skjer i lukkede rom.

- Avtalespesialist Erik Arentz-Hansen etterlyste i marsutgaven (side 206) bedre kommunikasjon mellom fastleger og avtalespesialister, grundig evaluering av dagens system og forsøk med nye samarbeidsmodeller.

to legekontor, og avgrense inntaket til dem. Da kunne jeg også ha testet om jeg greide å holde ventetiden nede, og sammen med legene lettere prioritere hvem som trenger hjelpen raskest.

– **Arbeidsmåten du beskriver, ligner clustermodellen, som ble lansert for rundt ti år siden – der leger samarbeider med en fast gruppe avtalespesialister?**

– Ja, det kan du jo si, men her samarbeider vi om konkrete pasienter, mens clustermodellen er mer som et møtested, og som etter min erfaring i praksis ikke fungerer. Jeg kontaktet for en tid siden Helse Sør-Øst og etterspurte evaluering av clusterordningen. Svaret var at modellen skal videreføres, meg bekjent uten at den er blitt evaluert. Det er jeg kritisk til.

– **Hvor mye autonomi har du som kliniker?**

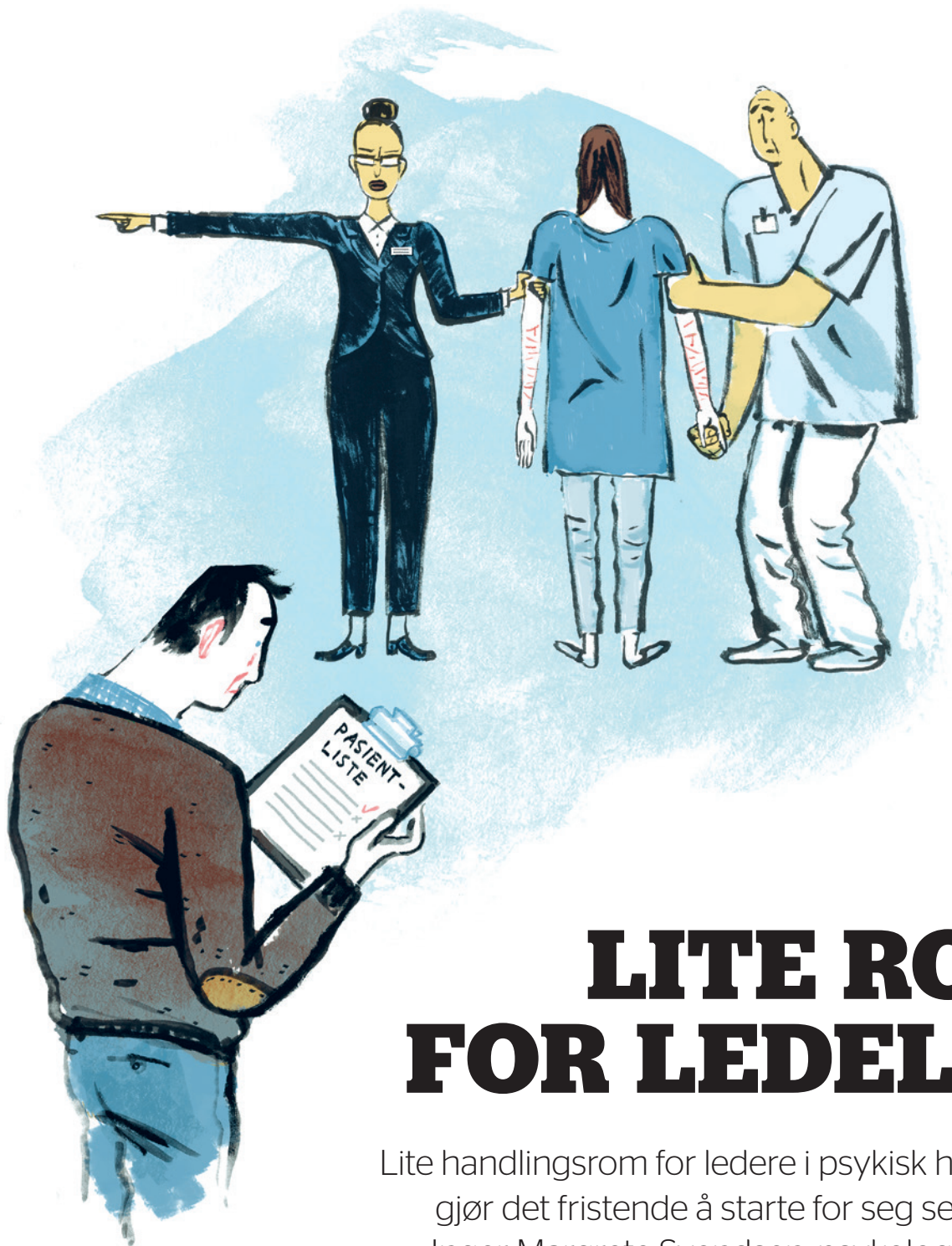
– Autonomien er stor. Den er vel kun regulert av lovverket vi jobber innenfor.

– **Er det en svakhet ved ordningen?**

– Selvstendigheten er en stor styrke, og det å ha mulighet for lengre terapier er et av suksesskriteriene. Terapi handler om å jobbe i en relasjon, og for å etablere tillit og trygghet trenger man tid og gode rammer. Men det kan ikke gå på bekostning av sikkerheten for pasientene. Fortsatt er det jo en utfordring for legene og pasientene å finne frem til oss. Jeg tror at et tettere samarbeid i et mer avgrenset opptaksområde vil kunne bedre dette. Kanskje en slik modell også lettere vil kunne avdekke malpraksis?

– **Hvorfor valgte du å være avtalespesialist?**

– Jeg mener dette er en fin ordning, både for pasientene, for samfunnet og for terapeuten. Avtalespesialistene er svært erfarne og stabile terapeuter som stort sett blir på sin post ut sin yrkeskarriere. Vi kan tilby en langt mer tilpasset behandling enn hva for eksempel DPS-ene kan gjøre, og jeg tror også at vi kan avlaste DPS-ene i langt større grad. Det er en enkel og kostnads-effektiv ordning som jeg tenker burde videreutvikles og utvides. Men med så mye ressurser som denne ordningen innebærer, er det underlig at ikke helseforetakene setter av penger til evaluering og utprøving av modeller. Og så må ikke vi avtalespesialister være så redde for å bli styrt. Når myndighetene ønsker mer kontroll, bør vi ikke sette oss på bakbeina, men delta i utforskningen av nye samarbeidsmodeller. ✘



LITE ROM FOR LEDELSE

Lite handlingsrom for ledere i psykisk helsefeltet gjør det fristende å starte for seg selv, mener Inger-Margrete Svendsen, psykologspesialist innenfor organisasjon og ledelse.

TEKST Per Olav Solberg

ILLUSTRASJON Åshild Irgens

Inger Margrete Svendsen har jobbet mye med hvordan psykologer opplever seg selv som ledere i det offentlige psykisk helsefeltet, både i BUP og i distriktpspsykiatriske sentre (DPS). Hun kobles gjerne inn når det har oppstått konflikt på arbeidsplassen, ofte knyttet til hvordan lederrollen oppleves og utøves. Hun presiserer at det hun sier i dette intervjuet, ikke er basert på forskning, men knyttet til egne erfaringer med psykologer som ledere gjennom mange år.

– Psykologledere i det offentlige opplever i mye større grad enn før krysspresset mellom byråkratiske krav ovenfra og behandlernes behov for å få til gode terapiforløp. Helt konkret kan behovet for kvantitet og gjennomstrømming komme i konflikt med kvalitet i behandlingen. Som leder må man velge hvordan man skal forholde seg til dette krysspresset, og her ser jeg flere strategier: Noen ledere konverterer til «systemet» og distanserer seg en del fra behandlernes behov for kvalitetsfokus. Andre klarer å håndtere balansen mellom kvalitet og kvantitet godt, der psykologenes behov for gode terapiforløp lyttes til og blir forstått. En tredje gruppe ledere er de som opplever at kravene ovenfra går på bekostning av deres integritet som fagpersoner. De begynner å spørre: Er det kvalitet nok i arbeidet vi gjør her? Får pasientene den hjelpen de trenger? Organiserer vi psykisk helsefeltet på en riktig måte? sier Svendsen.

Det er denne tredje gruppen ledere Svendsen mener får størst problemer med å stå i lederjobben.

– De som havner i denne posisjonen, kommer i tvil om hvordan de skal håndtere sin egen faglige integritet. Dette er ofte psykologer med visjoner for det psykiske helsefeltet. Det var kanskje derfor de ønsket lederrollen i utgangspunktet. Når de oppdager at handlingsrommet for ledelse er mye mindre enn de forventet, og at mye er definert ovenfra, blir mange frustrert og slutter. Noen starter da opp for seg selv isteden.

PARALLELLE HELSETJENESTER

– *Det er det som skjer?*

– Jeg synes jeg ser tilløp til dette, ja. Særlig i de store byene ser man hvordan private psykologklinikker dukker opp i større grad enn før, og jeg tenker det blant annet har sammenheng med denne frustrasjonen over at det i praksis kan være svært vanskelig å utøve ledelse i de offentlige tjenestene. Jeg tror ikke vi i tilstrekkelig grad har tatt inn over oss denne kjensgjerningen og mulige sammenhengen. Psykologer er i ferd med å skape et sterkt og potent privat psykologmarked, parallelt og i konkurranse med de offentlige psykologtjenestene, som mange psykologer opplever som et rigid og lite fleksibelt behandlingssystem. Når man ikke opplever at det finnes handlingsrom til å skape kraftfulle, offentlige tjenester, blir dette konsekvensen. Vi skaper et parallelt privat behandlingssystem uten å se at det er det vi holder på med, mener Svendsen.

Bakteppet for Svendsens synspunkter er et offentlig helsevesen der New Public Management (NPM) er ledestjernen: mer detaljstyring, mer dokumentasjon, mer rapportering. Selv om dette i seg selv er en villet politisk utvikling, tror ikke Svendsen man har tatt innover seg konsekvensene:

– Det er vanskelig å se at flere private psykologtjenester er en villet politisk konsekvens av NPM-regimet i psykisk helsefeltet. Det er nok noe som skjer uten at vi er det helt bevisst, hverken politikere eller andre. Poenget er at psykologer tar individuelle valg som i sin tur fører til endringer på samfunnsnivå. Denne utviklingen skjer uten en tydelig, offentlig debatt om hva som kan bli konsekvensene. For mange oppleves ikke det å jobbe

– Når psykologer oppdager at handlingsrommet for ledelse er mye mindre enn de forventet, og at mye er definert ovenfra, blir mange frustrert og slutter

Inger Margrete Svendsen

»



PSYKOLOGFLUKT? Inger-Margrete Svendsen opplever at flere psykologledere slutter i det offentlige for å starte egen virksomhet. Foto: Privat

– Når ting blir vanskelig, går psykologledere i akkurat de samme fellene som andre ledere: Man blir mindre lydhør, går mer i forsvar og blir mer lukket i kommunikasjonen

Inger Margrete Svendsen

i det offentlige – med krav om høy gjennomstrømming – som forenelig med psykologrollen. I et privat psykologmarked uten offentlig støtte får man bedre tid til å drive med behandling, men da er det de som har råd til å betale, som får hjelp. Det er en interessant utvikling, og noe vi er nødt til å diskutere og forholde oss til.

– *Tilbake til ledelse i psykisk helsevern: Betyr det du sier her, at mange psykologledere som blir igjen i psykisk helsevern, er lite visjonære og for opptatt av drift.*

– Jeg ser i hvert fall at en del psykologer, når de beveger seg opp i lederhierarkiet, mister litt av sin psykologfaglige forankring. Man blir mer opptatt av administrasjon og å få ting til å gå rundt, enn til å påvirke fagfeltet sitt. Medarbeiderne kan oppleve at de blir fjerne, og at de blir mindre opptatt av fag og problemstillinger knyttet til behandling, sier Svendsen.

– *Psykologledere er faglige ledere med mye kunnskap. Er det en fare for at slike ledere blir for opptatt av sine egne faglige kjepphester, som kan gå på tvers av de ansattes egen integritet og kliniske skjønn?*

– Jeg ser absolutt den faren, og jeg har ved et par anledninger hjulpet organisasjoner der dette har vært en problemstilling. Dette handler om å forvalte faget på en klok måte som leder. Det er uten tvil en styrke at man har en leder som selv er psykolog. Da har man en faglig relevant samtalepartner, og man kan få i gang svært gode fagdiskusjoner som kan berike hele organisasjonen. Men det forutsetter en åpen leder som ikke er opptatt av å få de andre til å tenke på samme måte som en selv. Ofte er problemet et annet: at lederen ikke føler det er tid til gode, faglige diskusjoner – det går utover å få behandlet nok pasienter. Det er lett å miste fokus på hva som gjør medarbeiderne motivert.

– *Gitt begrensningene i det offentlige psykisk helsefeltet, hvordan kan man likevel klare å forvalte lederrollen på en meningsfull og god måte?*

– Jeg tenker du må være lydhør, både ovenfra og nedenfra. Du bør klare å holde stresset som kommer fra overordnede, på armlengdes avstand og ikke minst være bevisst på hva du lufter med dine medarbeidere, og hva som tilhører den mer ensomme delen av lederrollen. Jeg har opplevd mange psykologer som ikke er gode nok til å skille her. Å være god på relasjon er selvsagt viktig, og her er jo psykologer generelt flinke. Men psykologer er også mennesker. Når ting blir vanskelig, går psykologledere i akkurat de samme fellene som andre ledere: Man blir mindre lydhør, går mer i forsvar og blir mer lukket i kommunikasjonen, for å nevne noe. Ofte er man ikke så god til å trekke veksler på den kunnskapen man besitter. Et paradoks her er at en del psykologledere ikke tar seg tid til veiledning. Samtidig er det nettopp veiledning som kunne gjort en forskjell når ting blir vanskelig. Hadde de prioritert dette, tror jeg helsetjenestene hadde hatt mindre behov for å kontakte personer som meg for å hjelpe til når ting blir vanskelig, avslutter Inger Margrete Svendsen.

HVA SIER FORSKNINGEN?

Svendsen snakker ut fra sin egen erfaring gjennom å ha møtt mange psykologledere. Men hva sier forskningen om hvordan psykologer fungerer som ledere?

I Norge er svært lite gjort på dette feltet, trolig fordi formell psykologledelse er så vidt nytt. Før 2002 fantes det ikke psykologer i formelle lederstillinger i psykisk helsevern eller ved norske sykehus og sykehusavdelinger. Det var leger og sykepleiere som hadde denne typen jobber. I 2001 bestemte imidlertid Stortinget at det skulle innføres såkalt enhet-

lig ledelse ved norske sykehus. Ordningen kom på plass 1. januar 2002. I praksis betydde dette at man åpnet opp for andre profesjoner enn leger i lederstillinger, som psykologer og sosionomer, for å nevne noen. I praksis betyr dette at formell psykologledelse ikke er mer enn 16 år gammelt. Per i dag er rundt 335 av Psykologforeningens medlemmer ledere på overordnet nivå med lønns- og personalansvar.

Per A. Straumsheim, til daglig spesialrådgiver i Norsk psykologforening, har sammen med kollegaer gitt ut en vitenskapelig artikkel med tittelen «Takle utfordringer eller tukle med relasjoner? Psykologers forutsetninger for god ledelse». Artikkelen baserer seg på kvalitative intervjuer med et knippe psykologer i lederstillinger (åtte stykker), samt intervjuer med noen psykologer med erfaring med ledelsesutvikling.

– Psykologer opplever selv at de er gode på relasjonsorientert ledelse. Kombinert med god kognitiv kapasitet og faglig ekspertise kan dette gi psykologledere et fortrinn i lederposisjoner. Men relasjonsfokuset kan gå på bekostning av system- og organisasjonsforståelse. Psykologer står i fare for å bli svake ledere når det handler om styrings- og endringsoppgaver i lederrollen.

– *De har beslutningsvegring, altså?*

– Det er en annen måte å si det på. Studien vi har gjort, er svært liten og begrenset, og handler om psykologers egen rapportering. Dermed kan vi ikke komme med for bastante konklusjoner. Vi vet for eksempel svært lite om hvordan ansatte opplever psykologer som ledere, det er noe vi skal gå videre med i oppfølgingen av denne studien.

– *I studiens konklusjon anbefaler dere å utforme lederutviklingstiltak for psykologer. Da er det på system- og beslutningsnivå du tenker man må legge inn hovedstøtet?*

– Psykologer trenger å bli trent på kunnskap som er relevant for å drive god ledelse. I profesjonsutdanningen er det mye kunnskap som er relevant for ledelse, men det hjelper ikke å ha god relasjonell kompetanse hvis du bare har trening i å drive med terapi. Det er jo ikke det en leder skal holde på med. Det kreves en forståelse av organisasjon og system, av hvordan beslutninger blir tatt, og kunnskap om økonomistyring, for å nevne noe.

– *Det ligger en kritikk av profesjonsutdanningene i det du sier her? Du mener ledelse bør sterkere inn i utdanningen?*

– Jeg tenker at utdanningene må ta høyde for at psykologrollen er i stadig endring. Både kommunepsykologrollen og psykologforeningens satsing på forebygging for barn og unge fordrer en annen type psykolog i tillegg til den rene terapeuten, der fokus blir mer å lage systemer som virker forebyggende og helsefremmende. Det trenger man noen lederredskaper for å få til, og dette bør gjenspeiles i utdanningen.

– *Formell ledelse er relativt nytt for psykologer. Kan lederrollen gå på tvers av og komme i konflikt med den sterke psykologidentiteten?*

– Det kan nok være en problemstilling. En av informantene i studien sa at fra å oppleve seg som en behandlingshelt for pasientene, ble han som leder medarbeidernes skurk. Psykologrollen har tradisjonelt handlet om å være en hjelper som bygger gode relasjoner til pasientene sine, og som får mye tilbake i kraft av dette. Som leder må man derimot ta en del ubehagelige beslutninger som kan gå utover medarbeidere, det er en helt annen rolle som nok kan virke fremmed og langt unna den sterke psykologidentiteten. Som leder må man noen ganger ta raske beslutninger og skjære gjennom ut fra begrenset informasjon. Det er en svært annerledes måte å tenke på sammenlignet med terapeutrollen, avslutter Straumsheim.



MYE UGJORT Per A. Straumsheim er en av få norske forskere som har sett på hvordan psykologer opplever seg selv som ledere. Foto: Per Olav Solberg

– Psykologer står i fare for å bli svake ledere når det handler om styrings- og endringsoppgaver i lederrollen

Per A. Straumsheim

Les også om hvordan psykolog-
utdanningene prioriterer ledelse
på de neste sidene.



MER LEDELSE På Psykologisk institutt ved Universitetet i Oslo vil studentene som begynner på profesjonsstudiet til høsten, oppleve mer fokus på forebygging og systemarbeid. Foto: Fartein Rudjord

UNIVERSITETENE:

Ledelse prioriteres ulikt

Profesjonsutdanningene svarer ulikt på om ledelse er en del av dagens utdanning. Men alle evaluerer hvordan ledelse skal prioriteres i utdanningen framover.

TEKST

Per Olav Solberg

PER A. STRAUMSHEIM etterlyser i intervjuet på forrige side mer fokus på ledelse i profesjonsutdanningene, i takt med en endret psykologrolle der systemkunnskap og forebygging står sentralt i tillegg til behandling. Hvordan prioriteres dette temaet i dag?

– Vi har arbeids- og organisasjonspsykologi som et eget emne ved profesjonsstudiet ved NTNU. Innbakt i dette emnet ligger forståelsen av ledelse, skriver professor ved instituttet i Trondheim Odin Hjemdal i en e-post til Psyko-

logtidsskriftet. Samtidig er de i en evalueringsfase knyttet til hele utdanningen:

– Både profesjonsstudiet og de øvrige studieprogrammene ved Institutt for psykologi evalueres. Vi har med eksterne i denne evalueringen for å sikre god samfunnsrelevans. Ledelse vil være ett av elementene i evalueringen sammen med flere andre, skriver Hjemdal videre.

Ved Psykologisk institutt ved Universitetet i Tromsø er ikke ledelse en del av dagens profesjonsutdanning i det hele tatt:

– Ledelse som eget fag har vi ikke på profesjonsstudiet per i dag, men det er et av temaene i organisasjonspsykologi, i tillegg til organisasjonsforståelse. De studentene som er interessert i organisasjonspsykologi, herunder ledelse, systemforståelse og organisasjon, kan selv velge å skrive semesteroppgave og hovedoppgave om temaet. Vi har erfart en økende interesse for dette de senere årene, skriver Eva Therese Næss, førstelektor ved Institutt for psykologi ved Universitetet i Tromsø i en e-post.

– For tiden arbeides det med nasjonale retningslinjer for profesjonsutdanningen i psykologi, og der drøfter vi viktigheten av ledelse og den nye psykologrollen. Dette vil derfor komme på banen på ulike måter fremover, skriver Næss videre.

Det Næss sikter til, er Nasjonale retningslinjer for helse- og sosialfagutdanningene (RETHOS), der nye retningslinjer for psykologutdanningene også utredes. 9. mai skal det være en høringskonferanse om temaet.

Dekan ved Psykologisk fakultet ved Universitetet i Bergen Bente Wold er også opptatt av den pågående RETHOS-høringen:

– Dette er jo noe RETHOS jobber med, og vi tror at ledelse av helseorganisasjoner vil bli prioritert som en del av overordnede lærings- og utbyttebeskrivelser på programnivå for psykologutdanningen, skriver Wold. På spørsmål om ledelse prioriteres i dagens utdanning, svarer hun kort, men bekreftende:

– Ledelse som fag er en del av profesjonsutdanningen ved fakultetet.

Trine Waaktaar, professor og utdanningsleder ved Psykologisk institutt i Oslo, er opptatt av hvordan psykologrollen er i endring, og hvordan utdanningene må tilpasse seg:

– PSI vedtok i januar i år et nytt profesjonsprogram i psykologi som skal implementeres fra høsten 2018. Her har vi i betydelig grad økt innslaget av arbeid med helsefremming, forebygging og systemarbeid. I tillegg vil emner på både bachelor- og masterprogrammet i arbeids- og organisasjonspsykologi bli valgbare for de på profesjonen som ønsker mer organisasjon og ledelse. Systemarbeid er jo samtidig noe vi antar vil komme enda sterkere gjennom det tverrdepartementale arbeidet med nye retningslinjer for helse- og sosialfagene (RETHOS) som foregår i disse dager. Både tidligere stortingsmeldinger og tjenestene selv melder om for lite fokus på systemforståelse og tverrfaglig samarbeid og om endringsarbeid via andre i alle profesjonsutdanningene. Ledelse er også et naturlig tillegg for profesjonsprogram i psykologi, ettersom mange psykologer vil komme ut i ledende stillinger ganske raskt etter endt utdanning. I den grad disse temaene kommer som nye nasjonale læringsutbyttebeskrivelser, vil alle de fire universitetene måtte gjennomgå og om nødvendig tilpasse sine profesjonsutdanninger i tråd med dette, skriver Waaktaar.

Per i dag er det lite ledelse ved profesjonsutdanningen i Oslo:

– Vi tilbyr i dag et eget masterprogram i arbeids- og organisasjonspsykologi. Ledelsesfag er ikke en del av profesjonsprogrammet i psykologi på noen annen måte enn som et emne i gruppeledelse samt som del av et emne om rolle- og profesjonsforståelse tidlig i programmet, ifølge Trine Waaktaar. ✘

Aktuelt

Overforbruk er en myte

Bare én av fire 13-17-åringer som får en depresjonsdiagnose for første gang, behandles med antidepressiva, viser ny forskning.

Økningen i bruk av antidepressiva, særlig blant unge jenter, ser hovedsakelig ut til å skyldes at flere jenter går til lege og blir diagnostisert med depresjon. Det viser en ny studie fra Folkehelseinstituttet (FHI).

– En del medieoppslag har skapt inntrykk av at leger i svært stor grad behandler depresjon hos unge jenter med antidepressiva som eneste behandling. Vår studie viser at dette ikke er tilfelle, sier Marte Handal, seniorforsker ved Folkehelseinstituttet på FHIs nettsider.

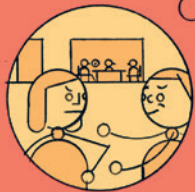
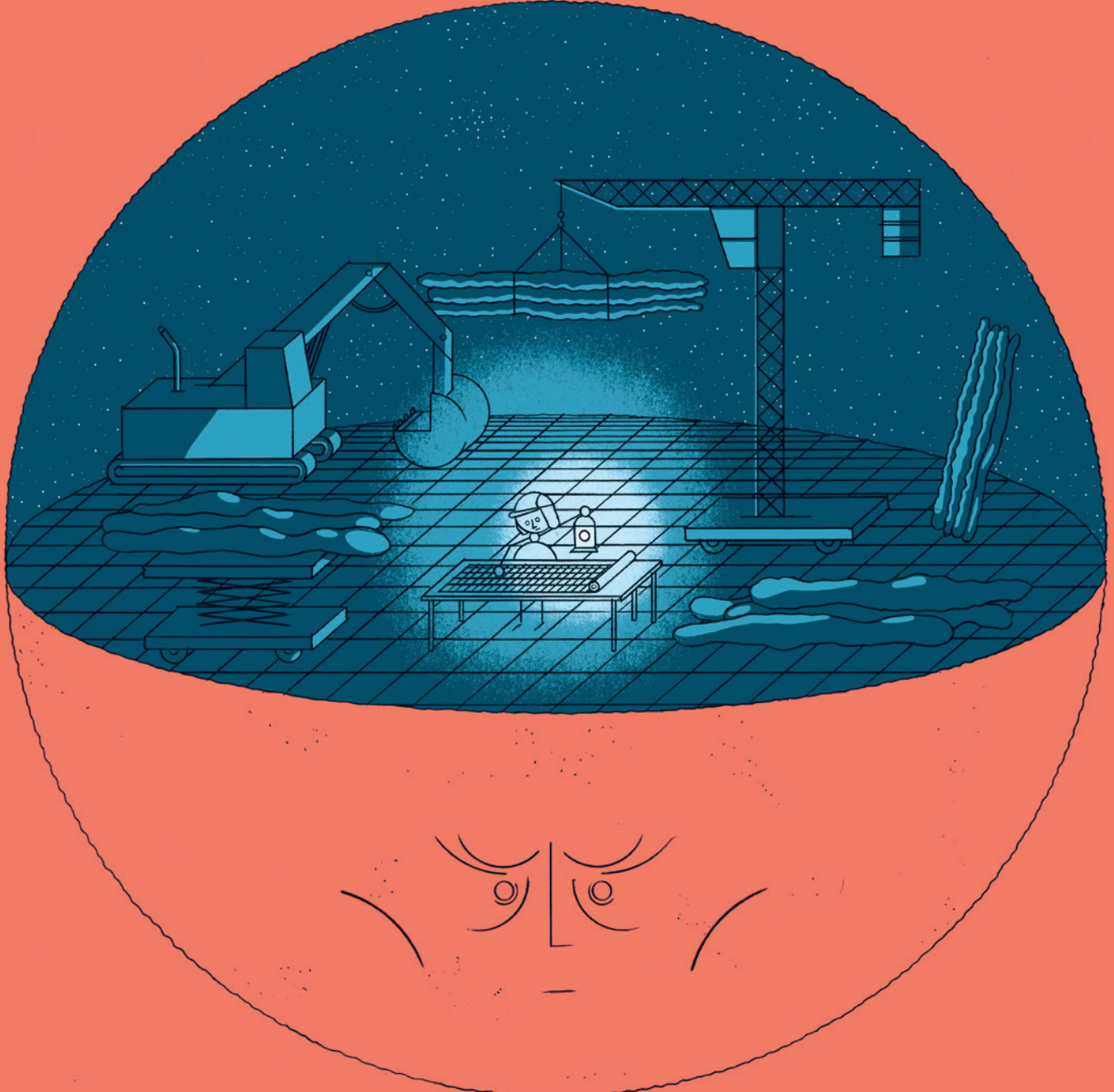
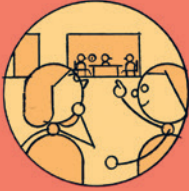
– Det at flere blir diagnostisert med depresjon kan skyldes at flere ungdommer i befolkningen er deprimert nå enn tidligere, men det kan også ha flere andre forklaringer, sier forskeren.

Hun mener at mer kunnskap om psykisk sykdom, mer åpenhet og mindre stigma, samt at flere unge jenter kontakter lege, kan være slike mulige forklaringer.

Forskerne i studien har brukt data fra Reseptregisteret, Norsk Pasientregister og KUHR (data fra primærhelsetjenesten) i perioden 2010–2015. Studien viser også at det er de som sliter med svært alvorlig depresjon og de som har annen psykisk lidelse i tillegg til depresjon, som blir behandlet med antidepressiva. Studiet viser også at antall unge jenter som ble diagnostisert med depresjon for første gang, nesten har doblet seg fra 2010 (ca. 900 jenter) til 2014 (ca. 1700 jenter).

Kilde: <https://www.fhi.no/nyheter/2018/hver-fjerde-ungdom-med-forstegangsdepresjon-behandles-med-antidepressiva/>

Psykologtidsskriftet



Stillasreising

For å make å stå i rusfrihet over tid, må psykologen hjelpe pasienten til å utvikle bærende psykiske strukturer, som hjelper å organisere og regulere stress og ubehag.

SOM PSYKOLOG i en rusinstitusjon har jeg erfart hvor fort gjort det er å miste tålmodigheten med pasientene, og at vår empatiske evne lett settes på prøve. Resultatet kan bli krav, grenser og sanksjoner uten støtte i et psykologfaglig perspektiv. Når pasienten er avhengig av «å ville det selv» for å omprioritere eller utsette egne behov, vil en «indre styrende posisjon» være avgjørende (Deci & Ryan, 2000). I arbeidet med pasientens utviklingsoppgaver knyttet til det indre liv, kan det å søke støtte i teori være en hjelp til å opprettholde forståelse og empatisk engasjement i pasienten.

OMBYGGING

Utvikling av indre psykiske strukturer, som hjelper oss å organisere våre opplevelser, følel-

ser og tanker på en måte som skaper oversikt og sammenheng, involverer komplekse og sammensatte mentale og relasjonelle prosesser. Dette vil jeg illustrere gjennom to pasienthistorier og utdrag fra et semistrukturert intervju jeg hadde med dem. Møtet med deres historie og kamp for å mestre et liv i rusfrihet har berørt meg og betydd mye i min egen faglige utvikling. De stimulerte min faglige interesse for å undersøke hvilke underliggende utviklingsprosesser som må til for å ta valget om rusfrihet og make å stå ved dette valget over tid.

Denne type «ombygging» av selvet tar tid. Men et dempet tempo og en empatisk tilnærming – med alt hva det innebærer av forståelse, samhörighet og medfølelse – kan fremme mentale modningsprosesser og der-

TEKST

Brynhild Helle
Johansen, Haukeland
universitetssjukehus,
Avd. for Rusmedisin/
Seksjon Askøy –
kvinneteamet

KONTAKT

brynhild.helle.johansen
@helse-bergen.no

ILLUSTRASJON

Åge Peterson





Det som fikk henne til å ville fortsette å være rusfri, var at hun begynte «å like det hun utviklet seg til»

med en nødvendig utvikling av selvet. Nettopp behandling i institusjon kan gi rom for slike viktige og nødvendige utviklingsprosesser i pasientens liv. Begge pasientene i denne artikkelen var i en livssituasjon de opplevde som uholdbar da de kom til vår institusjon. De klarte ikke å «hjelp seg selv» ved hjelp av de mestringsstrategiene de hadde tilgjengelig. Men ved å få falle til ro i institusjonens utviklingsstøttende miljø fant de en mulighet til å realisere drømmen om et rusfritt liv. Selv etter flere år med rusfrihet er dette fortsatt en kamp. Men i dag har de begge en indre «styrende enhet» der et mer konsolidert kjerne-selv fasiliteter selvreguleringsprosessen (Karterud & Monsen, 1997). I møtet med situasjoner som før var ensbetydende med rus, kan de nå ta valg som er helsefremmende og støtter en videre positiv utvikling.

Første gang jeg møtte Alma, trodde jeg ikke at en slik utvikling var mulig for et menneske med hennes bakgrunn og livssituasjon.

ALMA

Alma ble dopet og misbrukt seksuelt fra hun var 4 år. Moren brukte pengene hun fikk for å selge datteren, til egen rus. Oppveksten ble en endeløs rekke av institusjoner og nye overgrep. For omtrent fem år siden ble hun funnet bevisstløs ute i byen. Hun hadde da vært rusmisbruker i 45 år.

49 år gammel ble hun innlagt i Avdeling for Rusmedisin.

Hun hadde tre barn som barnevernet hadde hatt omsorg for, og fem barnebarn. Hun var uten bolig og frastjålet alt. Vekten var 45 kg for den 165 cm høye kvinnen uten tenner. Hun hadde panikkangst og fornektet sitt rusproblem. For selv om hun mente hun hadde full kontroll over rusen, visste hun ikke hva en rusfri hverdag innebar. I det hele tatt var hun i svært dårlig fysisk og psykisk forfatning da hun ankom avdelingen.

I avdelingen ble viktige elementer i behandlingen å etablere døgnrytme, faste gjøremål og aktiviteter. Dette utgjør samtidig avdelingens hverdagsstruktur. Aktivitetstilbudet består av fysisk aktivitet, gruppeterapi, støttesamtaler, pasientundervisning, uttrykks- og musikkterapi samt tilberedning av mat – alt satt i system etter en fastlagt plan.

For Alma var denne struktureringen vanskelig, og i det semistrukturerte intervjuet fortalte

hun om hvordan det var for henne å innarbeide og leve etter en slik fastlagt dagsplan.

– Det var veldig rart og tøft i begynnelsen. Jeg forstod vel egentlig ikke hvorfor jeg skulle leve etter en timeplan. Det å holde avtaler var veldig vanskelig. Kun om det var snakk om å hente tabletter og lignende holdt jeg avtalen; det var *det* som var viktig for meg. Ellers var alt veldig nytt og vanskelig for meg.

Den første «utviklingsoppgaven» for en ruspasient er gjerne å finne en struktur i hverdagen. Alma sov hele dagen, nektet å delta i noe som helst av avdelingens program, var medikamentkrevende og klaget på smerter overalt i kroppen. Hun sier selv at hun «var svært langt nede og tungt avhengig».

For avdelingen var dette en krevende fase, og mange mente at Alma måtte skrives ut, siden hun ikke fulgte programmet. I denne regressive fasen kunne postens sinne mot Alma ødelagt videre muligheter for behandling. Hvis vi skulle bistå hennes videre modning, måtte vi som post «overleve» hennes regrediering til dette mer umodne utviklingsstadiet. Å holde ut hennes regresjon uten å presse henne inn i strukturene var avgjørende. Vi lente oss på Winnicotts tanker om at det var mulig å igangsette utviklingsprosesser så lenge vi klarte å møte pasienten der hun var. Teorien bidro til at vi bedre klarte å stå i denne tidsvis frustrerende fasen, og vi klarte å sette ned tempoet og romme Almas væren bedre. Hennes rusfrihet ble også et tydelig signal om at hun var i en konstruktiv prosess, selv om hun ikke klarte å delta i behandlingsprogrammet ved avdelingen. Vi måtte bare vente til hun var klar for neste skritt. Skulle det derimot ha kommet frem at hun ruset seg i denne fasen, burde vi – etter mitt syn – avbrutt behandlingstilbudet. Min begrunnelse er at rus ikke fremmer indre utviklingsprosesser i slike situasjoner, men snarere bare forsterker mønsteret fra før innleggelsen.

Etter å ha vært i avdelingen i 18 måneder kom Alma i en fase der traumeminnene var overveldende for henne. Hun kjempet for å unngå å bli overveldet av mareritt og fryktelige minner, og den konstante indre uroen opplevdes uutholdelig for henne. Det gjorde at hun både var urolig og klaget mye. I individualsamtalene var dette de viktigste temaene for henne,

og i etterkant fortalte hun hvordan samtalen hjalp henne: «Jo mer nøktern jeg ble, jo mer nyttig var det for meg. Når jeg hørte meg selv snakke, hørte jeg hva jeg selv sa, det var ikke bare det vonde inni meg.» Ordene hjalp henne til å få avstand til følelsene, og slik fikk hun et redskap til å mestre og sortere følelsene.

Empati, ubetinget positiv anerkjennelse og ekthet var viktige verktøy i mitt møte med Alma, og jeg nærret etter hvert stor beundring for det arbeidet hun gjorde for å holde seg rusfri, noe jeg da også ofte roste henne for. Det gjorde derfor inntrykk da hun sa at hun ikke likte at jeg roste henne, og at jeg burde unngå bekræftende utsagn. For Alma var ros forbundet med overgrepserfaringer, og min ros utløste en indre stemme i henne som sa: «Hva vil hun med meg»? Etter denne samtale var jeg nøye med å ikke følge min intuitive «trang» til å rose henne, men heller la henne få bestemme og slik støtte hennes utvikling av autonomi. På denne måten kunne utviklingen skje i hennes tempo og på hennes premisser. Min opplevelse av hva som ville vært ekte og empatisk i øyeblikket, ble derfor lagt til side. Å holde tilbake rosen slik at den ikke invaderte henne, viste seg i etterkant å være en klok avgjørelse.

Gruppeterapi er en viktig del av avdelingens behandlingstilbud. I intervjuet spurte jeg derfor om hvordan gruppeterapien påvirket henne, og hun fortalte:

– I begynnelsen forstod jeg ikke hvorfor jeg måtte være med. Det var rart for meg å sitte og snakke åpent i en gruppe om meg selv. Jeg var ikke i en gruppe for å få venner. Etter hvert fikk jeg veldig god nytte av det. Nesten alt jeg har lært her, er gjennom gruppeterapi.

Alma våknet gradvis opp til avdelingens behandlingstilbud, slik at hun med tid kunne ta i bruk stadig mer av tilbudet.

Mens hun var hos oss, søkte hun også om legemiddelassistert behandling (LAR). De brukte lang tid på å behandle søknaden, og hun opplevde en voksende uro som ble nær uholdbar i denne perioden. Da svaret kom, var det i form av et avslag. Men hun aksepterte det. For meg forteller det at vårt langsomme, rommende arbeid over tid hadde gitt henne selvreguleringsstrategier som var så robuste at hun ikke lenger følte seg avhengig av medisiner for å håndtere sitt indre liv.

TILBAKEFALL

Under hele behandlingsforløpet var Alma redd for tilbakefall. Hun fryktet at hun ikke ville klare å komme ut av rusen om hun skulle havne der igjen. Et eksempel på hvordan hun forebygget tilbakefall handlet om et tannlegebesøk. Etter et år i institusjonen skulle hun trekke de få stubbene hun hadde i munnen, og få satt inn proteser. Alma fikk Paralgin forte under det første tannlegebesøket. Da hun returnerte til avdelingen, var hun fortvilet og redd. Hun var blitt så «trigget» av følelsen tablettene ga, og var redd for at hun kunne begynne å ruse seg igjen på bakgrunn av den sterke rusopplevelsen hun fikk. Opplevelsen vekket lengselen etter det som hadde vært godt med rusen. Hun ville på ingen måte ta flere Paralgin forte. Derfor måtte vi sørge for at resepten umiddelbart ble fjernet. Hun stolte ikke på seg selv nå det gjaldt å ha mulighet til enkelt å kunne få fatt i slike tabletter.

Hun fortalte at hun tidligere i livet alltid gledet seg til somatiske inngrep, for da fikk hun «lovlig rus». Mange rusmisbrukere har også opplevd

tilbakefall etter medisinske inngrep, ettersom de da har fått lindret smerten med morfinpreparater. I avdelingen ble Alma møtt på sin frykt for tilbakefall, og resepten ble fjernet, og hun ble hjulpet med Ibus, Paracet og trøst, og ikke minst: anerkjennelse for sitt valg. Igjen et eksempel på viktigheten av å møte pasienten der pasienten er, og støtte utviklingstrinnene pasienten tar. Men dette var også et eksempel på Almas beslutsomhet overfor valget hun hadde tatt vedrørende rus.

OPPFØLGING ETTER UTSKRIVNING

I dag har Alma vært rusfri bortimot seks år. Etter utskrivning har vi hatt jevnlig kontakt med henne gjennom re-innleggelse, «brukerstyrt seng» og polikliniske samtaler. Hun har også hatt et stående tilbud om deltagelse i uttrykksterapi, noe hun har brukt innimellom. I en av samtalen vi hadde, spurte jeg om hun nå kunne ta imot ros. Hun svarte at det fortsatt var vanskelig, men at hun samtidig kjente at hun trengte det. Jeg ble rørt da hun sa dette. For det fortalte meg om et stort utviklingsmessig skritt i retning av å se egne behov og kunne tillate seg å ta imot noe «nærende», selv om hun fortsatt måtte forsere en indre mostand for å klare å ta imot ros. Det fortalte meg at hun nå var i stand til å vurdere det hun fikk, som bra eller ikke bra, før hun bestemte seg for om det var noe hun ville «ta til seg» eller «spytte ut igjen».

Skal vi danne oss et bilde av prosessen som har skjedd, kan vi se det i lys av Winnicotts teori om modning (1971). Han hevdet at utvikling bæres av et potensial hos barnet som modnes når omgivelsene er gunstige. Ved at omgivelsene tilpasser seg barnets behov, blir barnet i stand til mentalt å gjenfinne det som blir tilbudt, slik at det stemmer overens med egne behov. En erfaring blir til en erkjennelse som styrker barnets fornemmelse av seg selv. Alma kan nå tåle ambivalens og har utviklet et indre system som kan vurdere om noe er bra eller dårlig. Hun trenger ikke lenger å kategorisere virkeligheten i svart-hvitt og hun kan holde ut nyanser og ambivalens. Ros klarte hun nå å tåle uten å bli redd. I tillegg klarer hun å skille mellom fortid og nåtid, en viktig kvalitet for å fungere adekvat i nåtiden. Hennes indre verden kan romme mer og på den måten forholde seg mer realistisk og fleksibelt til virkeligheten. Å mestre dette tok mange år med rusfrihet og terapi. »

I intervjuet mente hun at støtten fra døtrene og det å få lov til å være i avdelingen hadde vært utslagsgivende for å komme ut av rusmisbruket. Men det som fikk henne til å ville fortsette å være rusfri, var at hun begynte «å like det hun utviklet seg til». Dette nøkkelutsagnet viser hvordan hun har utviklet seg fra innsiden og ut, og forteller at vi i teorien fikk hjelp til å gi mening til Almas situasjon og slik fikk dempet tempoet vårt. Slik fikk hun mulighet til å bli en hun liker og trives med å være. Dette stemmer overens med det jeg mener er psykologiens hovedbidrag i rusfeltet, nemlig å holde fast på at vi har et indre liv, og dette livet må gis rom og utviklingsmuligheter.

Vi skal forlate Alma og møte Åsta, en annen av våre pasienter. Hennes historie er ganske annerledes, men likevel ser vi mange av de samme utviklingsprosessene.

ÅSTA

Åsta vokste opp i en tilsynelatende resurssterk og velfungerende familie, omgitt av mange søsken og med en god mor. Men far drakk, og Åsta bar på mye angst helt fra barnsben av, en angst som kom til uttrykk gjennom tvangstanker og handlinger, og da særlig telling. Alt ble talt: vindusruter, heller, trær, stoler ...

Tross dette hadde hun fått til mye i livet sitt, selv om alt var preget av brudd: Flere avbrutte utdanninger lå bak henne, akkurat som mange jobb- og parforhold. Men ett forhold holdt hun fast ved: forholdet til barnet sitt; det betydde alt for henne.

Gjennom hele livet hadde hun brukt atskillig alkohol. Kosedrikking, kalte hun det. Men da hun var midt i 40-årene, var alkoholbruket blitt til alvorlig avhengighet. Hun klarte ikke lenger å fungere i dagliglivet, og dagene var preget av planlegging både knyttet til å få fatt i alkohol og til å skjule inntaket. Den psykiske helsen ble preget av mer angst, uro og redsel, og hun kjente selv at dette ikke gikk lenger, ikke minst fordi hun hadde ansvar for en tenåring. Hun søkte hjelp ved akuttposten ved legevakta, og etter en stabiliseringsperiode kom hun til vår avdeling.

Ved ankomst til vår kvinneavdeling var hun forvirret og slet med angst. I tillegg til avhengighetsproblemet slet hun også med mye tvang. Vi så en indre uro som kom til uttrykk gjennom irritasjon, urolig adferd og stadige henvendelser til personalet. Dette vekket både irritasjon og sinne hos de ansatte, men gjennom veiledning fikk vi etablert en teoretisk ramme for å forstå Åstas atferd. Ikke minst hjalp Winnicotts forståelse og begreper oss til å finne den nødvendige tålmodigheten, noe som gjorde det enklere for de ansatte å romme Åsta.

Livet i avdelingen

Åstas liv i avdelingen var ganske annerledes enn Almas. Hun var klar på at både hennes rusproblem og hennes psykiske helseplager var alvorlige ved innleggelse på avdelingen. Ikke klarte hun å ivareta sine økonomiske forpliktelser, like lite som foreldreoppgavene ble ivaretatt. Og utdannelsen seilte sin egen sjø når dagene gikk med til å innta alkohol for å unngå abstinens.

Etter hvert som hun kom ut av abstinensen og opplevde at kroppen frisknet til, ble hun urolig, frustrert og sint. Hun hadde et stort behov for kontroll og var utålmodig etter å få orden på alle de løse trådene i livet sitt: Alt skulle skjje umiddelbart. Å hjelpe henne med å falle til ro, ta en ting av gangen og akseptere at ting tok tid, ble en utfordring for avde-

lingen. I etterkant fortalte hun at nettopp det å lære seg å «ta én ting om gangen» var blant hennes viktigste utfordringer.

- Det at jeg hadde et nettverk av fagfolk rundt meg, ga meg trygghet. Det er mange overveldende følelser som oppstår i en avrusingsperiode. Den aller viktigste faktoren i mitt opphold var at jeg stadig ble mer ærlig om mitt forbruk og hvordan jeg skulle jobbe videre med et mer reflektert syn på meg selv.

Åsta forteller her om viktigheten av å holde fast ved det indre livet og utviklingsprosessene der, særlig viktigheten av evnen til nyansert tenkning og å avstå fra bortforklaringer og løgn for å kunne oppnå en reel utvikling fra et umodent til et mer modent selv.

Behovet for kontroll førte til at Åsta også ønsket å bestemme over alt og alle, inkludert sine medpasienter. Disse klaget over at de følte seg overvåket og styrt av Åsta. Personalgruppen måtte derfor både romme Åstas uro, medpasientenes irritasjon og egen irritasjon. Igjen var det i Winnicotts begreper vi fant støtte til å bevare den nødvendige tålmodigheten. Klarer vi å møte pasienten der hun er, slipper hun å bruke energien på et forsvar som mest av alt sementerer eksisterende indre strukturer. I stedet kan vi støtte utviklingsprosesser som gir vekst og endring.

Under behandlingsoppholdet var fysisk aktivitet viktig for Åsta, og hun erfarte at mye av hennes uro ble dempet av å være med på den faste turen pasientene går etter frokost. Hun erfarte også at uroen tiltok i perioder da hun ikke var i aktivitet.

Institusjonsbehandling omfatter mange elementer som sammen kan ha betydning for pasientens mulighet for helhetlig utvikling. I intervjuene svarte begge at alle elementene hadde betydning for behandlingsresultatet. Begge dro nytte av gruppeterapien, og Åsta fortalte hvordan det å gi av seg selv gjorde at hun kunne dra veksler på medpasientenes erfaringer. Det betydde at hun kunne lære av mennesker med mange av de samme utfordringene som hennes egne, og det gjorde henne mer bevisst på hvordan hun kunne møte egne utfordringer. Mer generelt er vår erfaring at gruppeterapi bidrar til økt bevissthet om at atferdsendring er nødvendig, og at det i stor grad skjer gjennom speiling fra andre. Dette bidrar gjerne til å styrke motivasjonen for endring.

I de individuelle samtalene opplevde Åsta å få satt ting i system. Hun ble bevisst på fremskrittene med å mestre rus, og hun fikk hjelp til å rette blikket mot det som var viktig å jobbe videre med. For Åstas del var stress noe som bidro til å gjøre henne sårbar, og da kom gjerne symptomer i form av uro og utålmodighet, og hun fikk igjen behov for å kontrollere andre – bevisstgjøring rundt dette var viktig.

I ettertid mente Åsta at kontrollbehovet i denne fasen av behandlingen hadde gitt henne store utfordringer, og ført til at det oppstod mange konflikter. I dag opplever hun seg mer tålmodig, både i møtet med andre mennesker og med seg selv. Gjennom å romme henne ble hennes evne til å romme andre bygd, derfor var personalets evne til å opprettholde tålmodighet i møtet med Åsta så avgjørende for hennes mulighet til utvikling.

Tilbakefall

I Åstas utvikling finner vi likheter med Prochaska og DiClementes (1992) modell for endring: endringsstigen. I deres modell ses tilbakefall som potensielt viktig læring for personen, en viktig påminnelse for både henne og oss da hun etter tre måneder på avdelingen var på date med en gammel flamme. Da jeg i forkant tok opp den kommende daten i gruppen, ble hun sint. Dette var privat, ikke noe hun ønsket å diskutere verken med meg eller gruppen. Dagen etter daten returnerte hun til oss med 0,5 i promille. Avdelingens holdning er at all rus er en offentlig sak, og det er derfor obligatorisk å ta opp slike hendelser, blant annet i gruppen. Her kom det frem at Åsta hadde planlagt «sprekken» da det for henne var en umulighet å ha samvær med en mann uten alkohol. Mange av de andre kvinnene i gruppen fortalte at de hadde problemer med seksuelt samvær om de ikke ruset seg, og derfor var det mange som mente de ikke kunne ha kjæreste hvis de skulle forbli rusfri. Åsta kom i kontakt med ukjente risikofaktorer hos seg selv, og dette ble viktig læring for henne. Hun er fortsatt enslig, og tryggheten hun trenger for å gå inn i et forhold, tar tid å bygge opp. Sammenhengen mellom seksualitet og selvaksept forteller også at utvikling ofte skjer fra innsiden og ut. Selvakseptering har stor betydning for å mestre samspill med andre uten rus.

Oppfølging etter utskriving

Åsta var i avdelingen i ni måneder, og totalt har hun nå vært rusfri rundt fire år. Hun har hatt gjeninnleggelse og har ved en anledning tatt i bruk «brukerstyrt seng». I dag opplever hun at det er godt å kunne gå på skole, se TV og ta vare på relasjonen til barnet sitt. Det er dette som nå utgjør hennes sosiale hverdag, selv om det oppleves vanskelig å ha et alkoholproblem i et samfunn der man eksponeres for alkohol i så mange sammenhenger. Ennå blir hun veldig trigget av kombinasjonen «kos og vin», det er sårt å ikke kunne ha et normalt forhold til alkohol. På tross av dette står hun fortsatt i rusfrihet, for hun vil ikke tilbake i «rusens grep».

TEORIBRUK I EN PRAKTISK HVERDAG

Prochaska og DiClementes (1992) teori om endring er viktig i rusfeltet. På bakgrunn av denne teorien vakte det uro i meg da Alma sa hun ikke trodde hun ville makte å bli rusfri om hun skulle få et tilbakefall. Trolig var hennes underliggende problem dypereliggende modningsvan-



Dette underbygger viktigheten av å utvikle et rommende miljø i avdelingen, fremfor å henfalle til krav, grenser og sanksjoner når tålmodigheten settes på prøve



sker, slik at hennes vei til rusfrihet ble styrt av andre prinsipper enn det denne teorien beskriver. Åsta, derimot, hadde nytte av sitt tilbakefall og den selvinnvikten hun da fikk.

Winnicotts utgangspunkt er at det finnes et grunnleggende menneskelig behov for å være forbundet med andre. Utviklingen bæres av et potensial hos barnet, og dette potensialet modnes når omgivelsene er gunstige. Det er altså ikke omgivelsene som former barnet, men en støttende omverden som setter det i stand til å realisere sitt potensial (Winnicott, 1971). I denne teoretiske referanserammen finner jeg mye støtte for den behandlingen vi gir i avdelingen.

Et annet viktig prinsipp hos Winnicott er at utvikling skjer gjennom utviklingsprosesser, og ikke ved imitasjon. Imitasjon gir et skinn av modning, men underbygger ikke fremvekst av indre bærende strukturer. Utvikling og modning tar tid, og mens utviklingen finner sted, må foreldreprerentantene, med andre ord behandlingspersonalet, ta ansvar. Om foreldrefigurene abdiserer, stopper de underliggende prosessene som fører til modning opp (Winnicott, 1971).

Dette underbygger viktigheten av å utvikle et rommende miljø i avdelingen fremfor å henfalle til krav, grenser og sanksjoner når tålmodigheten settes på prøve. Dette er helt i tråd med Rogers (1989), som understreket at når du føler at du er uakseptabel, er det vanskelig å endre seg. Men når du opplever aksept for den du er, får du større frihet til å endre deg. Dette var et viktig og avgjørende aspekt i behandlingen av begge pasientene, tror jeg. I avdelingens arbeid med å opprettholde et empatisk engasjement i pasientens utviklingsprosess har Winnicotts teoretiske forståelse vært betydningsfull.

Uten den teoretiske referanserammen som fungerer som et «kart» over fasene pasienten gjerne går gjennom, kan pasienten bli oppfattet som ikke å ville samarbeide, men snarere motarbeider behandlingsprogrammet. Da kommer gjerne også spørsmålet om utskrivelse opp, slik det også gjorde med Alma. Faglig bevissthet og teoretisk støtte kan bidra til større ro og mindre irritasjon hos ansatte, og dette ga den nødvendige tålmodigheten til å videreføre Almas behandling. Heller ikke Åsta unnslett personalets irritasjon, da knyttet til hennes krevende atferd. Ved å gå til teorien fikk vi en bedre forståelse av hvordan vi kunne romme hennes kav i den tiden det tok for henne å utvikle nødvendige indre strukturer får å kunne romme seg selv og egen uro.

I WHO's (Verdens helseorganisasjon) definisjon heter det at «psykisk helse» er «en tilstand av velvære der individet kan realisere sine muligheter, kan håndtere normale stress-situasjoner i livet, kan arbeide på en fruktbar og produktiv måte og har mulighet til å bidra overfor andre og i samfunnet» (Ahokas, 2016). Å utvikle indre bærende strukturer som regulerer stress og ubehag, er avgjørende for å makte å stå i rusfrihet over tid (Kogan & Carter, 1996).

De politiske føringene er for tiden at behandling skal skje poliklinisk. I dagens rusbehandling satses det på ambulant og poliklinisk virksomhet. Dette kan bidra til at vi når flere personer, og også at vi får verktøy som er riktige for en del rusmisbrukere. Samtidig er det viktig at vi ikke glemmer de som faktisk trenger langvarig og tett oppfølging for å komme ut av rusmisbruket. For disse pasientene er det viktig at vi kan tilby den tålmodigheten og roen en institusjon kan representere.

Både Alma og Åsta mente at den støtten institusjonen ga, var avgjørende for å bli rusfri. ✕

LITTERATUR

- Ahokas, U.-M. (2016). Hva er god psykisk helse? I Aasan, R. (red.), *Psykisk utviklingshemming og psykisk helse — grunnleggende tema om utviklingshemming og psykisk helse*. NAKU (Kompetansemiljø om utviklingshemming).
- Deci, E.L. & Ryan, R.M. (2000). The «what» and «why» of goal pursuits: Human needs and Self-determination of Behavior». *Psychological Inquiry* 11(4), 227–268.
- Kogan, N. & Carter, A.S. (1996). Mother–infant reengagement following the still-face: the role of maternal emotional availability in infant affect regulation. *Infant Behavior and Development*, 19, 359–370.
- Karterud S. & Monsen, J.T. (red.) (1997). *Selvpsykologi: Utviklingen etter Kohut*. Ad Notam Gyldendal.
- Prochaska J.O., DiClemente C.C., Norcross J.C. (1992). In search of how people change. Applications to addictive behaviors. *American Psychologist*, 47, 1102–14.
- Rogers, C.R. (1957). The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. *Journal of Consulting Psychology*, 22, 95–103.
- Winnicott, D.W. (1971). *Playing and reality*. Routledge Classics, Volume 86, 2nd ed. Opprinnelig publisert i 1971 hos Tavistock Publications Ltd.

PSY KOL OGI

#Psykekommunevalg2019

Kjære leser!

Fram mot kommunevalgene i 2019 ønsker vi å vite mest mulig om hvordan psykisk helsevern fungerer i din kommune.

Vi ønsker at du skriver til Psykologtidsskriftet og svarer på dette:

- 1) Hva fungerer i din kommune?
- 2) Hva fungerer ikke?
- 3) Hva er ditt forslag til politikerne for å gjøre psykisk helsevern bedre?

Skriv en tekst på maks 2000 tegn. Tekstene vil publiseres utover høsten og fram mot kommunevalget neste år.

Send til meninger@psykologtidsskriftet.no

VITENSKAPELIG ARTIKKEL

TIDSSKRIFT FOR NORSK PSYKOLOGFORENING 2018 S. 340-349 FAGFELLEVDERT

HANS JOHAN BREIDABLIK, Helse Førde, Fag- og utviklingsavdelinga og
EIVIND MELAND, Institutt for global helse og samfunnsmedisin, Universitetet i Bergen
KONTAKT hans.johan.breidablik@helse-forde.no

STOR VARIASJON I BRUK AV PSYKISK HELSEVERN I SOGN OG FJORDANE

Innbyggjarane sin bustad-kommune spelar ei viktig rolle for i kva grad pasientar med same lidingar får tenester frå spesialisthelsetenesta eller ikkje. Også omfanget av hjelpa fra spesialisthelsetenesta, varierer frå kommune til kommune.

Lik tilgang på helsetenester, uavhengig av bakgrunn og bustad, er eit sentralt prinsipp i norsk helsevesen. Likevel syner både tidlegare forskning og etablering av ulike «Helseatlas» at geografiske skilnader er framstående, også i Noreg («Helseatlas.no»; Suren et al., 2013). Kartleggingar av områdevariasjon viser variasjon i medisinsk praksis, og at helsetenester i stor grad er ulikt fordelt både internasjonalt og i Noreg (Corallo et al., 2014; McPherson et al., 1982; Wennberg, 2010). »

ABSTRACT

Great variations in the utilization of psychiatric services in Sogn og Fjordane

The objective of this study was to examine variations between municipalities concerning outpatient treatment in child/adolescent and adult psychiatric services in Sogn og Fjordane. Data was collected during the years 2012-2015, and the authors estimated age and gender-adjusted rates for patients with predefined diagnoses, for the associated consultations and for the referrals for each municipality. There were striking variations within consultation rates, from 0 to 384 per 1000 inhabitants in adult psychiatric services, and from 0 to 499 in the child- and adolescent services. The correlation between number of referrals and consultation rates was 0,72 ($p < 0,001$) in the latter. Further, a significant association between travel time and the patient rates in the adult psychiatric services but not in child- and adolescent services was revealed. According to these results, inhabitants in the county of Sogn og Fjordane do not utilize psychiatric services in an equally entitled manner, and variations in referral rates from primary care may be an important explanation for this inequality. In order to reduce such improper variations, we need to discuss and agree on basic assessment indicators for referrals from primary to secondary care, and on how to best organize the shared responsibility between primary and secondary care in these matters.

Keywords: outpatient treatment, consultation rates, practice variations, psychiatric services



Stor variasjon utover naturlege lokale ulikskapar i sjukelegheit kan tyde på at både over- og underbehandling skjer parallelt

Det er usemje om det optimale nivået for dei ulike tenestene. Stor variasjon utover naturlege lokale ulikskapar i sjukelegheit kan tyde på at både over- og underbehandling skjer parallelt, og utan at aktørane er seg bevisst dette.

Også på område der ein har utvikla retningslinjer for diagnostikk finn vi stor variasjon. Det er relevant å stille seg spørsmålet om variasjonane skuldast lokale og skiftande kulturar mellom medisinsk personell (Suren et al., 2013; Wennberg, 2010). Kulturforskjellar er vist i Noreg når det gjeld tersklar for utskriving av sovemiddel og angstdempende medisinar (Bjorndal & Fugelli, 1989). Det tek tid å endre slike kulturar og gjere tenestene meir vitskapleg funderte med tanke på diagnostikk og behandling, og det er ikkje sikkert om det let seg gjere (Prior, Guerin, & Grimmer-Somers, 2008). I USA har John Wennberg vist at der er like store lokale variasjonar mellom akademiske senter og universitetssjukehus som mellom andre institusjonar i helsetenesta. Slike variasjonar går «under radare» for det medisinsk forsvarlege (Wennberg, 2010).

I Noreg er det berre nokre studiar som har undersøkt variasjon i tilvisings-, diagnose- og behandlingspraksis (Forde, Bredablik, & Ogar, 2011; McPherson et al., 1982; Suren et al., 2013). Dei fleste studiane som har undersøkt variasjon innanfor geografiske område, har i hovudsak påvist skilnader innanfor ulike somatiske behandlingsformer og forbruk i spesialisthelsetenesta (Corallo et al., 2014; McPherson et al., 1982). Dokumentasjonen tyder på at vi har ein tilsvarende geografisk variasjon også innanfor psykisk helsevern, sjølv om forskinga her er mindre omfattande (Bjorndal & Fugelli, 1989; Suren et al., 2013). Førekost av utviklingsforstyringar og nevrologiske sjukdommar hos barn i norske fylker viste store forskjellar i diagnostikk av ADHD og autisme, og mindre variasjonar når det galdt nevrologiske sjukdomar. Forfattarane konkluderte med at det er grunnlag for å stille spørsmål om helsevesenet i Noreg oppnår målsetjinga om likeverdig og sikkert helsetilbod. Samdatarapport 16/2017 skriv i innleiinga: «Variasjonene blir ofte større når vi studerer spesifikke pasientgrupper, typer behandling eller aldersgrupper enn når vi ser på variasjoner i tenestene samlet» (Samdata 16/2017).

Ei vanleg forklaring på store forskjellar i handsamingspraksis er at tilbod av tenester frå spesialisthelsetenesta er forskjellig. Den rolla som primærhelsetenesta spelar som tilvisar, er i liten grad fokusert. Lokale variasjonar og kulturar for kva problem ein vil handsame sjølve, og når ein meiner eit problem er så stort at ein ber om hjelp frå spesialisthelsetenesta, må sannsynlegvis spele ei rolle. Kulturforskjellar i spesialisthelsetenesta si evne til samarbeid og ansvars plassering av oppgåver til primærhelsetenesta kan også vere viktige (Watts, Shiner, Klauss, & Weeks, 2011; Wennberg, 2010).

På bakgrunn av dette var føremålet med studien å undersøkje

- 1) kommunevise variasjonar av pasient- og konsultasjonsratar knytt til sentrale diagnosegrupper innan det psykiske helsevernet for vaksne (PHV) og barne- og ungdomspsykiatrien (BUP)
- 2) variasjonen mellom dei ulike distriktpsikiatriske sentera (DPS)
- 3) i kva grad der var samanheng mellom tilvisingshyppigheit frå primærhelsetenesta og omfanget av behandling som vart gjeve av spesialisthelsetenesta for born og unge i fylket
- 4) om reisetida til næraste DPS var assosiert med pasientratane i PHV og BUP

METODE

Datakjelder

Helse Førde sitt opptaksområdet omfattar rundt 110 000 innbyggjarar, fordelt på 26 kommunar. Innbyggjartala i kommunane varierer frå rundt 800 til nærare 13 000, med eit gjennomsnitt på om lag 4200. Gjennomsnittleg reisetid til næraste DPS er 60 minutt, og varierer mellom 10 og 205 minutt.

Basert på innspel frå sentrale aktørar i dei aktuelle fagmiljøa i BUP og PHV vart data henta frå elektronisk pasientjournal (EPJ) rapportar (D-6817 og D-6813) for eit utval diagnosegrupper henta frå den elektroniske pasientjournalen (DIPS) for fireårsperioden 2012–2015. Einskilddiagnosar frå ICD-10 vart grupperte inn i kliniske diagnosegrupper. Diagnosegruppene som vart nytta i undersøkinga, var i BUP (med tilhøyrande diagnosekodar): hyperkinetiske forstyrningar – ADHD (F90), åtferdsforstyrningar (F91) og angstlidingar i barndommen (F93).

For vaksne nytta vi følgjande diagnosegrupper (med tilhøyrande diagnosekodar): psykoselidingar (F20–29), bipolare lidingar (F30–31), depressive lidingar (F32–39) og personlegdomsforstyrningar (F60–69). Vi valde hyppig førekommande diagnosar i ein tidsperiode på fire år for å auke validiteten av funna våre. Følgjande variablar vart trekte ut frå rapportane som grunnlag for analysane: polikliniske konsultasjonar, hovuddiagnose, alder og kjønn, NPR-nummer, primærttilvising og bustadkommune. I tillegg berekna vi reisetider frå kommunesentra til det tilhøyrande DPS. Tilvisingsdiagnosar var ikkje mogeleg å ekstrahere på konsistent vis.

Analysar og resultatpresentasjonar

Basert på data frå fireårsperioden vart det konstruert alders- og kjønnsjusterte ratar pr. 1000 innbyggjarar for talet på tilvisingar (tilvisingsratar) og utførte polikliniske konsultasjonar (konsultasjonsratar) knytt til dei ulike diagnosegruppene og for talet på unike pasientar som var behandla (pasientratar). Vi registrerte alle innkomne primærttilvisingar (tilvisingsratar) og samla mengde konsultasjonar innan BUP i perioden uavhengig av diagnose. Alders- og kjønnsjusteringane nytta direkte standardisering og norsk standardbefolkning slik det er tilrådd i læreverket i epidemiologi (Rothman, 2012). For å avgjere om der var klinisk relevante for-

skjellar mellom tilvisingsratane mellom kommunane, rekna vi 95 % konfidensintervall (KI) på desse ratane, der vi nytta folketalet mellom 0 og 17 år i kvar kommune som N i utreknin-gane.

Det psykiske helsevernet i Sogn og Fjordane er desentralisert og inndelt i tre DPS. Resultata vart illustrerte som figurar, der kvart DPS fekk ein unik bokstav (A-C) og kvar kommune som sokna til kvart DPS, eit tal som vi kombinerte med bokstaven for det tilhøyrande DPS-et. Pasientratane vart ordna etter aukande verdi og dei tilhøyrande konsultasjonsratane med punkt som var bunde saman av ei linje med innlagt lineær trendlinje. I den siste figuren erstatta vi pasientratane med tilvisingsratar.

Statistikk

Vi berekna korrelasjonar mellom pasientratar og konsultasjonsratar, og mellom tilvisingsratar og konsultasjonsratar ved hjelp av Pearsons korrelasjonskoeffisientar, med tosidige testar og tilhøyrande p-verdi. Vi nytta Excel versjon 2013 til figurframstillingar, konstruksjon av lineære trendlinjer og korrelasjonsanalysar. For å avgjere om der var klinisk relevante forskjellar mellom tilvisingsratane mellom kommunane, rekna vi 95 % konfidensintervall på desse ratane. Vi nytta SPSS (versjon 23) til dette og til lineære regresjonsanalysar for å undersøke assosiasjonane mellom pasientratar og reisetida til næraste DPS.

Etikk

Prosjektet vart førelagt Personvernombodet i Helse Førde og Regional etisk komité (REK). Konklusjonen til REK var at prosjektet var eit kvalitetssikringsprosjekt, og tilråding frå Personvernombodet vart gjeve. Prosjektet var også presentert for brukarutvalsrepresentant knytt til psykisk helsevern i Helse Førde, som har gjeve godkjenning til gjennomføring og publisering. Publisering av resultata er ikkje venta å gje belastningar for einskildpasientar, då alle analysar og presentasjon av resultat er anonyme og presenterte på gruppenivå, der òg kommunane og DPS er anonyme.

RESULTAT

I tabell 1 har vi gitt ei oversikt over funna med tal, ratar og minimums- og maksimumsverdiar for dei ulike utfallsmåla i fylket.

»

Tabell 1. Tal og ratar for barn og vaksne pasientar og konsultasjonar og tilvisingar innan barne og ungdomspsykiatrien, samla for Sogn og Fjordane over dei fire åra 2012–2015.

Diagnose-grupper	Tal		Ratar	
	Pasientar, N (min-maks)	Konsultasjonar, N (min-maks)	Pasientar per 1000 innbyggjarar, min-maks	Konsultasjonar per 1000 innbyggjarar min-maks
Vaksne				
Psykoseliding (F20–29)	245 (0–43)	10 645 (0–1902)	0–4	0–249
Bipolar lidning (F30–31)	290 (1–44)	6 843 (3–1534)	1–5	1–213
Depressiv lidning (F32–39)	1 213 (2–161)	20 197 (3–2689)	2–16	4–384
Personlegdoms- forstyrning (F60–69)	214 (1–36)	7 290 (1–2171)	0–5	0–384
Barn				
ADHD (F90)	333 (1–41)	5 425 (1–713)	6–31	6–477
Åtferdsforstyrning (F91)	70 (0–12)	1 247 (0–229)	0–8	0–259
Angstlidning (F93)	232 (0–29)	3 758 (0–462)	0–21	0–499
Primær-tilvisingar for barn	2 358 (12–313)	57 397 (200–7976)	41–137	560–4177

Pasientrate og konsultasjonsrate for diagnosegrupper i BUP

Tabell 1 og figur 1 viser ein variasjon frå 6 til 31 for pasientratar knytte til ADHD-tilstandar (F90), og konsultasjonsratane varierte mellom 6 og 477 konsultasjonar per 1000 barneinnbyggjarar. Tabell 1 og figur 2 viser at diagnosegruppa angstlidningar (F93) varierte mellom 0 og 499 konsultasjonar, og pasientratane varierte mellom 0 og 21 pasientar per 1000 barneinnbyggjarar.

Det er også gjort tilsvarende analyser for diagnosegruppa åtferdsforstyrningar (F 91), som syner variasjonar i konsultasjons- og pasientratane mellom 0 og 259 og mellom 0 og 8 pasientar per 1000 barneinnbyggjarar i perioden. Korrelasjonen mellom pasient- og konsultasjonsratar var 0,48 ($p=0,02$) for angstlidningar og 0,71 ($p<0,001$) for åtferdsforstyrningar.

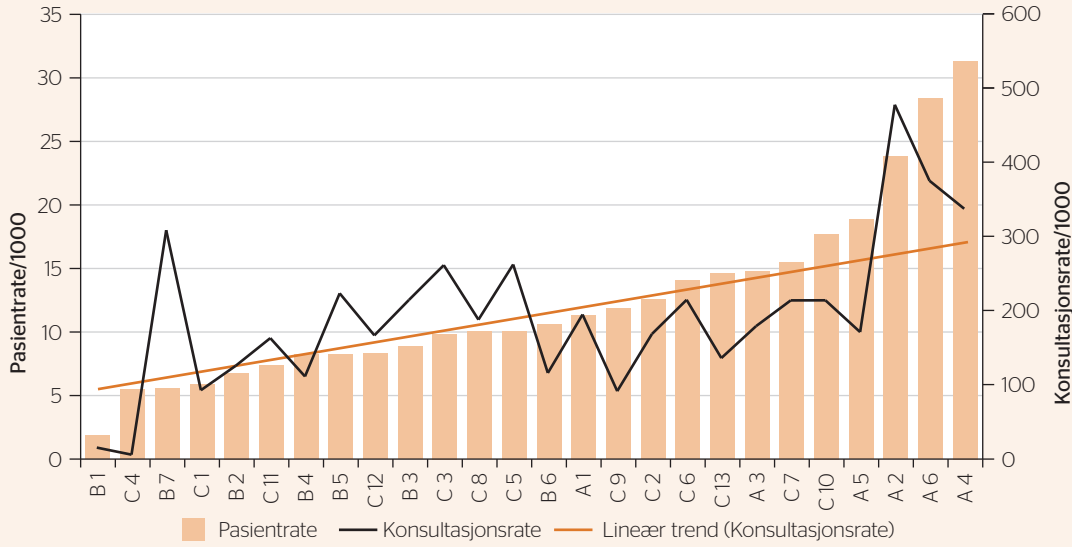
Pasientrate og konsultasjonsrate for diagnosegrupper i PHV

Innan PHV undersøkte vi fire diagnosegrupper. Tabell 1 og figur 3 viser at konsultasjonsratane for depressive lidningar varierte mellom 4 og 384 konsultasjonar og tilsvarende mellom 2 og 16 for pasientratane. I tabell 1 og figur 4 viser vi konsultasjonsratane for alvorlege sinnslidningar hos vaksne (F20–29) med variasjon frå

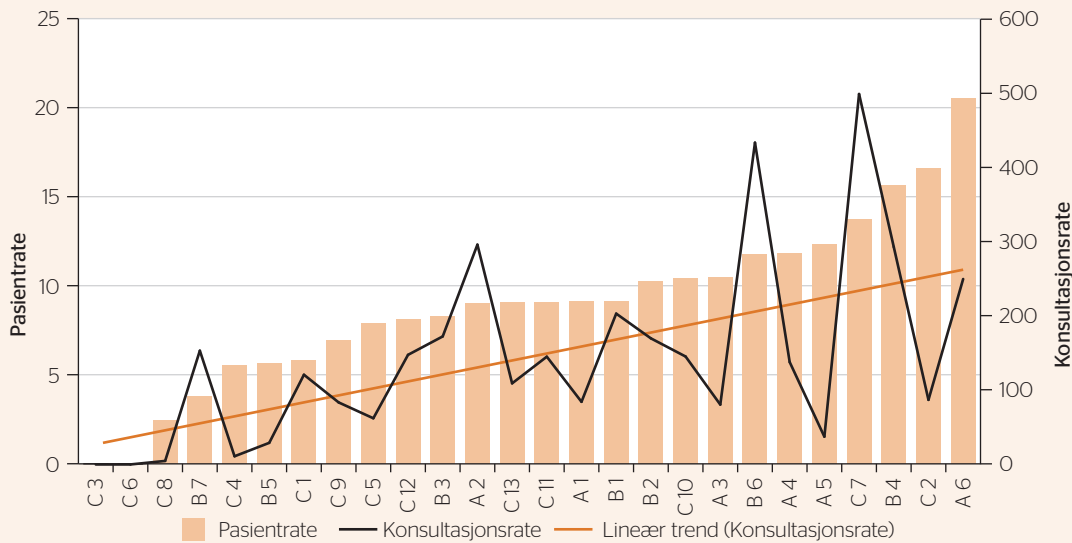
0 til 249 konsultasjonar per 1000 innbyggjarar, og variasjon i pasientratane frå 0 til 4 pasientar per 1000 innbyggjarar. For bipolare lidningar (F 30–31) varierte konsultasjonsraten mellom 1 og 213, medan pasientratane varierte mellom 1 og 5 pasientar per 1000 innbyggjarar. For personlegdomsforstyrningar (F 60–69) fann vi tilsvarende mønster. Korrelasjonen mellom pasient- og konsultasjonsratar varierte med korrelasjonskoeffisientar mellom 0,36 ($p=0,08$) for psykoselidingar og 0,84 ($p<0,001$) for depressive lidningar.

Samanheng mellom total tilvisingsrate og konsultasjonsrate i BUP

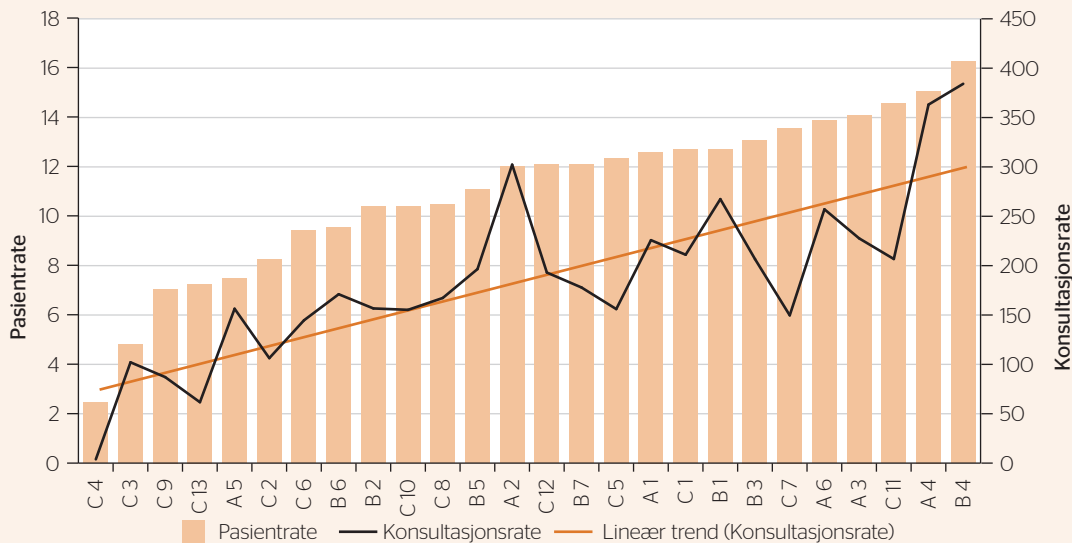
Figur 5 viser samanhengen mellom totaltalet av konsultasjonar knytte til alle diagnosetypar og totaltalet primærtilvisingar til BUP i den same fireårsperioden. Konsultasjonsraten varierte mellom 560 og 4177 per 1000 barneinnbyggjarar, medan tilvisingsraten varierte mellom 41 og 137 primærtilvisingar per 1000 barneinnbyggjarar. Korrelasjonen mellom tilvisingsraten og konsultasjonsraten var høg, 0,72. ($p<0,001$). Vi undersøkte i kva grad der var overlappende 95 % KI mellom tilvisingsratane frå kvar kommune. Dei fire kommunane med lågast tilvisingsratar hadde KI som ikkje overlappa med seks kommunar i det øvste sjiktet av tilvisings-



Figur 1 Kjønn- og aldersjusterte pasientrater og konsultasjonsrater per 1000 barneinnbyggjar i dei ulike kommunane i Sogn og Fjordane knytt til hovuddiagnosegruppe F90 (ADHD) i perioden 2012-2015 (A, B og C står for områdeinndelingane av det psykiske helsevernet med tilhøyrande siffer for opptakskommunar). Lineær trendlinje for konsultasjonsratar er lagt inn.

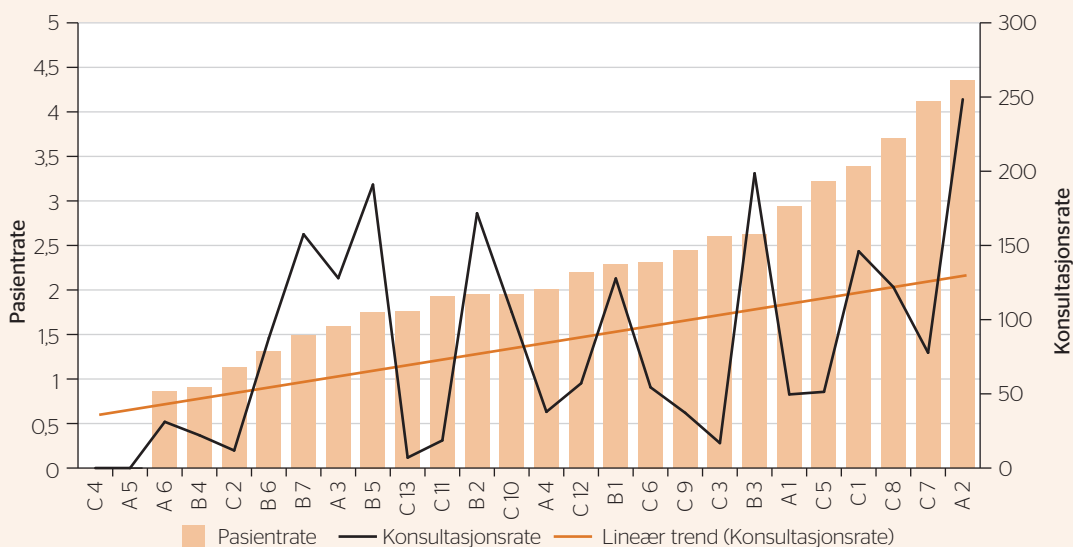


Figur 2 Kjønn- og aldersjusterte pasientrater og konsultasjonsrater per 1000 barneinnbyggjar i dei ulike kommunane i Sogn og Fjordane knytt til hovuddiagnosegruppe F93 (angstliding) i perioden 2012-2015 (A, B og C står for områdeinndelingane av det psykiske helsevernet med tilhøyrande siffer for opptakskommunar). Lineær trendlinje for konsultasjonsratar er lagt inn.

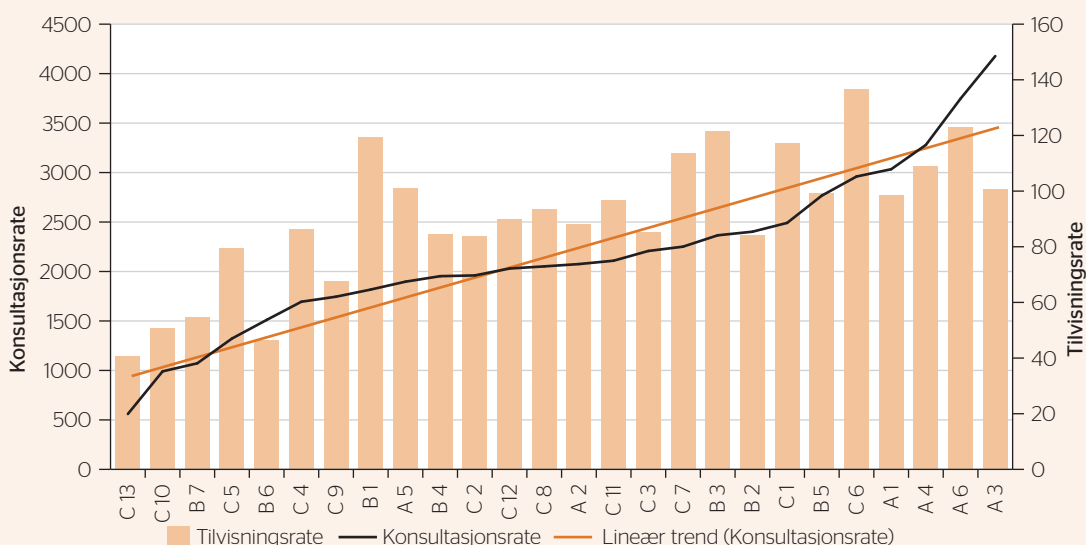


Figur 3 Kjønn- og aldersjusterte pasientrater og konsultasjonsrater per 1000 vaksne innbyggjarar i dei ulike kommunane i Sogn og Fjordane knytt til hovuddiagnosegruppe F32-39 (depressive lidningar) i perioden 2012-2015 (A, B og C står for områdeinndelingane av det psykiske helsevernet med tilhøyrande siffer for opptakskommunar). Lineær trendlinje for konsultasjonsratar er lagt inn.

Figur 4 Kjønn- og aldersjusterte pasientratar og konsultasjonsratar per 1000 vaksne innbyggjarar i dei ulike kommunane i Sogn og Fjordane knytt til hovuddiagnosegruppe F20–29 (psykose-lidingar) i perioden 2012–2015 (A, B og C står for områdeinndelingane av det psykiske helsevernet med tilhøyrande siffer for opptakskommunar). Lineær trendlinje for konsultasjonsratar er lagt inn.



Figur 5 Forholdet mellom tilvisingsratar samla for alle problemstillingar til BUP, og tilhøyrande konsultasjonsratar per 1000 barneinnbyggjarar for Helse Førde i perioden 2012–2015 (A, B og C er dei tre områdeinndelingane av det psykiske helsevernet med tilhøyrande siffer for opptakskommunar). Lineær trendlinje er lagt inn for konsultasjonsratar.



ratar. Konfidensintervallet for kommune B7 var 37–77, medan det lågaste intervallet for dei seks kommunane med høgaste tilvisingsratar var 90–140 i kommune C7. Dei andre 16 kommunane hadde overlappende KI.

Fordelinga på dei tre DPS-ane

Når pasientane vert delt inn etter dei tre DPS-områda (A, B og C), varierte konsultasjonsraten frå 306 til 496 per 1000 barneinnbyggjarar. Pasientraten varierte frå 19 til 33 pasientar per 1000 barneinnbyggjarar (figur er ikkje tatt med). Pasientraten hos DPS-områda B og C låg på om lag same nivå, medan DPS-områda A og B hadde om lag same nivå på konsultasjonsraten. Ratane viste at DPS B hadde nær

50 % fleire konsultasjonar for same pasienttal som DPS A for dei same diagnosegruppene i BUP.

Assosiasjonar mellom pasientratar og reisetid

Vi undersøkte i kva grad reisetida til det lokale DPS-et hadde samanheng med pasientratane, ved hjelp av ujusterte og justerte lineære regresjonsanalysar (justert for kommunestorleik og i BUP også for tilvisingsrate). I BUP fann vi ingen signifikant samanheng med ujustert og justert standardiserte regresjonskoeffisientar på høvesvis $-0,30$ ($p 0,14$) og $-0,41$ ($p 0,11$). I PHV fann vi ein sterk og høgsignifikant samanheng med koeffisientar på $-0,71$ ($p < 0,001$) og $-0,65$ ($p 0,002$).

DISKUSJON

Diagnosegrupperingane vi har undersøkt, viser markerte variasjonar i pasientratar og konsultasjonsratar mellom kommunane i Sogn og Fjordane. Der er også varierende samsvar mellom pasientrate og konsultasjonsrate frå kommune til kommune, sjølv om korrelasjonskoeffisientane viste moderate til sterke assosiasjonar med verdiar frå 0,36 til 0,84. Vi fann større samsvar mellom dei tre DPS-a i fylket, sjølv om eitt av dei gav 50 % fleire konsultasjonar for det same pasienttalet som eit anna DPS med tilsvarende diagnoser. Resultata viste også stor variasjon, men ein klar samanheng mellom totalnivået av primærtilvisingar inn til BUP og utførte konsultasjonar frå den same tenesta i perioden. Reisetida spelar ei viktig rolle i PHV, men ikkje i BUP.

Den geografiske variasjonen tyder på at innbyggjarane sin bustadkommune spelar ei viktig rolle for i kva grad pasientar med same lidningar får tenester frå spesialisthelsetenesta eller ikkje, og omfanget av hjelpa som spesialisthelsetenesta gjev, varierer også frå kommune til kommune. Det er ei målsetting at den samla dekningsgraden for BUP sine tenester skal dekkje 5 % av barnebefolkninga. Sjølv om denne målsettinga samla sett er nådd i fylket (Direktoraetet for e-helse 2017), sikrar det ikkje at behovsdekninga blir likeleg fordelt.

Vi fann samanheng mellom avstand til dei distriktpsikiatriske sentera i vertskommunar og pasientratar i slike kommunar bare for sjukdomar i PHV. Slik samanheng er òg dokumentert for bruk av legevakt (Raknes, Morken, & Hunskar, 2014). For sjukdomar som vart handsama av BUP, fann vi ingen slik samanheng, men her såg vi at tilvisingspraksis frå kommunane er ein sentral faktor for å forklare variasjonar i konsultasjonsratane. Spesialisthelsetenesta synes i liten grad å jamna ut ugrunna variasjon i tilvisingar av pasientar frå primærhelsetenesta.

Vi har påvist klinisk relevante forskjellar i pasient- og konsultasjonsratar når det gjeld til eksempel ADHD. Våre funn samsvarer godt med ein nasjonal kartleggingsstudie (Suren et al., 2013) og med funn som viser at primærlegar har forskjellig terskel for når dei tyr til medikamentell behandling av same tilstand (Bjorndal & Fugelli, 1989; Suren et al., 2013). Vi tar dette som eit uttrykk for at den eksterne validiteten av studien var tilfredsstillande. Vi fann ikkje at diagnoser med ein sterk biologisk årsakskomponent hadde mindre variasjonar enn andre

psykiske lidningar, slik Suren og medarbeidarar viste (Suren et al., 2013).

Vi har òg dokumentert klinisk relevante forskjellar i tilvisingsratar mellom dei ulike kommunane. I internasjonal litteratur har ein hatt stor merksemd mot ulikskap mellom behandlarkulturar i spesialisthelsetenesta (Corallo et al., 2014; McPherson et al., 1982). Vi har vist at fastlegane er viktige for å forstå variasjon i spesialisthelsetenesta ved at dei er tilvisarar til denne helsetenesta. I internasjonal litteratur er det dokumentert at der er ulik kunnskap om og fokus på psykiske lidningar i allmennpraksis, og at det varierer både innan og mellom land (Chan & van Weel, 2008). Den lokale tilvisingskulturen får på dette viset ei viktig rolle.

Denne studien kan ikkje gi svar på kva som former den lokale tilvisingskulturen. ADHD hos born er ei lidning der norma formulert i den nasjonale faglege retningslinja, tilseier utgreiing i spesialisthelsetenesta (Helsedirektoratet 2014/2016), og det kan tenkjast at dette kan vere eit insentiv til å auke tilvisingspraksis mellom fastlegar som ikkje har fokus på eller kompetanse innan psykisk helsevern. Det er også vist i ein studie frå USA at det ofte er personalet ved skulane som er dei første som reiser spørsmål om ADHD-diagnose (Sax & Kautz, 2003), og dette samsvarer med erfaringar begge forfatarane har hatt som skule- og fastlegar.

Vi fann ein sterk samanheng mellom tilvisingsratar og faktisk ressursbruk i form av konsultasjonsratar. Derfor meiner vi at kunnskap om tilvisingskulturar er viktig for å styrka forståinga av variasjonar i korleis spesialisthelsetenester nyttas.

Det er ikkje eit eksklusivt fenomen for psykiatrien at sjukdomsdiagnoser er sosiale konstruksjonar av symptom og teikn som også førekjem i varierende grad hos normalbefolkninga. I psykiatrien er det tydeleg at der er uklare grenser mellom dei sjuke og dei normale, og symptom og teikn vert språkleg formidla i eit sosialt samspel der læring og forventningar spelar ei stor rolle (Batstra & Frances, 2012).

Opplysningar frå fagmiljøa tyder på at få av tilvisingane til psykisk helsevern i Sogn og Fjordane vert avviste. Pasientar som først er tilviste frå kommunane, får med stort sannsyn utgreiingstilbod i spesialisthelsetenesta. Dette kan tyde på at spesialisthelsetenesta i mindre grad enn ein kunne ønske, tek ansvar for å vurdere og prioritere tilvisingar slik at det også kan vere

>>



Utfordringane kan neppe løysast utan gjennom auka merksemd på samhandling mellom primær- og spesialisthelsetenestene

med og jamne ut geografiske forskjellar. Sjølv om vi ikkje veit kva som er optimal konsultasjonsrate for dei ulike pasientgruppene, er det også tydeleg at det er ulike kulturar i dei ulike DPS-a når det gjeld behandlingssintensitet.

Ulike botemiddel har vært foreslått for å redusere ugrunna praksisvariasjon og overdiagnostikk. John Wennberg foreslår organisatoriske og finansielle løysingar som gjer primærhelsetenesta til ansvarleg for spesialisthelsetenesta gjennom såkalla *managed care* og *health trusts*, for gjennom dette å redusere ulikskapar i lokale kulturar hos spesialistane (Wennberg, 2010). Vi har vist at primærhelsetenesta sannsynlegvis er ein minst like sterk generator av uheldig praksisvariasjon som spesialisthelsetenesta. Andre foreslår å leggje større vekt på funksjonsvurderingar som grunnlag for tilvisingsindikasjonar (Batstra & Frances, 2012). Med eit slikt utgangspunkt kunne primærhelsetenesta og spesialisthelsetenesta i større grad samarbeidd slik at pasientar med avgrensa funksjonstap vart handsama i primærhelsetenesta og spesialisthelsetenesta vart nytta der funksjonstapet var stort. Då måtte òg retningslinjer som baserer seg på sjukdomsdiagnosar, vore endra til i større grad å vektleggja funksjon (Helsedirektoratet 2014/2016).

Avgrensingar ved undersøkinga

Artikkelen dokumenterer stor praksisvariasjon, og vi er på det reine med at det er eit spørsmål om skjøn om denne er for stor og/eller ugrunna. Ved analyser i små pasientpopulasjonar kan det vere vanskeleg å uttale seg sikkert om variasjonane mellom kommunane er tilfeldige eller ikkje. Vi har ikkje teke med konfidensintervall på alle estimata våre. Sjølv om desse er overlappande i det midtre sjiktet, er dei det ikkje for kommunane i dei ytre endane av fordelingane for dei største diagnosegruppene. Vi har òg forsøkt å motverke effekten av tilfeldig variasjon med å velje diagnosegrupper med flest pasientar, m.a. depressive lidningar i PHV (F32–39) og hyperki-

netiske forstyrringar i BUP (F90), og data frå ein fireårs tidsperiode. Materialet omfattar berre pasientar frå Sogn og Fjordane som er behandla i Helse Førde. Pasientar som er behandla i andre helseføretak eller i private tilbod, inngår ikkje.

Omfanget av private tilbod er avgrensa i fylket, og det er også låg grad av bruk av naboføretak innan psykisk helsevern. Det kan likevel spele ei viss rolle for mindre randkommunar, særleg sør i fylket. Sjølv om vi manglar opplysingar om dette, meiner vi at «pasientlekkasjar» til naboregionar eller til private aktørar er lite utbredt i fylket. Studien er avgrensa til polikliniske konsultasjonar for desse diagnosegruppene og tek ikkje med heildøgnbehandling, som det vil vere fleire av innan dei meir alvorlege sinnslidingane. Dette kan påverke funna meir enn «lekkasjar». I vaksenspsykiatrien vil òg nokre pasientar ha poliklinisk behandling ved sjukehuset i Førde sjølv om dei høyrer til andre DPS.

Sjølv om kodepraksis kan vere av noko varierende kvalitet slik det kjem fram av nasjonale kvalitetsindikatorar på området (Direktoratet for e-helse 2017), skil ikkje kodepraksis i Helse Førde seg negativt frå resten av landet. Det er difor lite truleg at det skulle vere systematiske avvik knytt til dette som kan forklare variasjonen.

Konklusjon

Studien synleggjer utfordringar knytt til ulikskap i korleis helsetilbodet nyttast for dei moderat til alvorleg psykisk sjuke i fylket. Utfordringane kan neppe løysast utan gjennom auka merksemd på samhandling mellom primær- og spesialisthelsetenestene. Kunnskap om samhandlingsprosessar knytt til tilvising til spesialisthelsetenesta er mangelfull. Det nyleg oppretta nasjonale Helseatlas har som intensjon å auke denne kunnskapen, men vi vil òg trenge diskusjonar og einighet om ansvarsdelinga mellom primær- og spesialisthelsetenesta og om grunnlaget for indikasjonsvurderingar for tilvisingspraksis. ✘

SLUTTNOTER

1. Forfatarane oppgjev ingen interessekonflikar. Forfatterbidrag: *Hans Johan Breidablik*: idéskapar, samarbeid om framskaffing av data og skriving av tekst. *Eivind Meland*: Kritisk gjennomgang og oppretting av manus, statistiske analyser og innspel med omsyn til referansar og fortolking av resultat.
2. Takk til Marte Bale og Glenn Øvrevik Kjerland for nyttige innspel på artikkelutkast. Takk òg til klinisk psykolog Christian Moltu, PHV, og leiar for barne- og ungdomspsykiatriske tenester i Helse Førde og psykiater og fagsjef Trond Aarre, som alle har bidrege med faglege innspel i prosjektet.

REFERANSAR

- Batstra, L., & Frances, A. (2012). Diagnostic inflation: causes and a suggested cure. *Journal of Nervous and Mental Disease, 200*(6), 474–479. doi:10.1097/NMD.0b013e318257c4a2
- Bjorndal, A., & Fugelli, P. (1989). Can regional differences in consumption of tranquillizers and hypnotics be explained by variations in general practitioners' threshold of prescribing? A methodological study. *Scand Journal of Primary Health Care, 7*(2), 67–71.
- Chan, M., & van Weel, C. (2008). *Integrating mental health into primary care: a global perspective*. Geneva and London: World Health Organisation, WONCA.
- Corallo, A. N., Croxford, R., Goodman, D.C., Bryan, E.L., Srivastava, D., & Stukel, T. A. (2014). A systematic review of medical practice variation in OECD countries. *Health Policy, 114*(1), 5–14. doi:10.1016/j.healthpol.2013.08.002
- Direktoratet for e-helse 2017. Registrering av diagnoser i psykisk helsevern for barn og unge. Hentet 14.03.17, fra Direktoratet for e-helse https://helsenorge.no/kvalitetsseksjon/Sider/Kvalitetsindikatorer-rapporter.aspx?kiid=Hovedtilstand_PHBU
- Forde, O.H., Bredidablik, H.J., & Ogar, P. (2011). Truar skilnadene i tilvisingsratar målet om likeverdige helsetenester? [Do differences in referral rates threaten the goal of equity in health care?]. *Tidsskrift for Norsk Legeforening, 131*(19), 1878–1881. doi:10.4045/tidsskr.10.1450
- Helseatlas.no. Hentet 14.03.17, fra SKDE <http://www.helseatlas.no/>
- Helsedirektoratet 2014/2016. ADHD/Hyperkinetisk forstyrrelse – Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging (2014/2016). Hentet 14.03.17, fra Helsedirektoratet <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/adhd>
- McPherson, K., Wennberg, J.E., Hovind, O.B., & Clifford, P. (1982). Small-area variations in the use of common surgical procedures: an international comparison of New England, England, and Norway. *New England Journal of Medicine, 307*(21), 1310–1314. doi:10.1056/NEJM198211183072104
- Prior, M., Guerin, M., & Grimmer-Somers, K. (2008). The effectiveness of clinical guideline implementation strategies – a synthesis of systematic review findings. *Journal of Evaluation in Clinical Practice, 14*(5), 888–897. doi:10.1111/j.1365-2753.2008.01014.x
- Raknes, G., Morken, T., & Hunskar, S. (2014). Reisetid og avstand til norske legevakter [Travel distance and the utilisation of out-of-hours services]. *Tidsskrift for Norsk Legeforening, 134*(22), 2151–2155. doi:10.4045/tidsskr.14.0443
- Rothman, K.J. (2012). *Epidemiology: An Introduction* (2nd edition ed.). Oxford: Oxford University Press.
- Samdata 16/2017: Hovedresultater SAM-DATA spesialisthelsetjenesten 2012–16. Hdir; økonomi og analyse. Ansv.: Beate Margrethe Huseby. Oslo.
- Sax, L., & Kautz, K.J. (2003). Who first suggests the diagnosis of attention-deficit/hyperactivity disorder? *Annals of Family Medicine, 1*(3), 171–174.
- Suren, P., Bakken, I.J., Lie, K.K., Schjølberg, S., Aase, H., Reichborn-Kjennerud, T., ... Stoltenberg, C. (2013). Fylkesvise forskjeller i registrert forekomst av autisme, AD/HD, epilepsi og cerebral parese i Norge [Differences across counties in the registered prevalence of autism, ADHD, epilepsy and cerebral palsy in Norway]. *Tidsskrift for Norsk Legeforening, 133*(18), 1929–1934. doi:10.4045/tidsskr.13.0050
- Watts, B. V., Shiner, B., Klauss, G., & Weeks, W. B. (2011). Supplier-induced demand for psychiatric admissions in Northern New England. *BMC Psychiatry, 11*, 146. doi:10.1186/1471-244X-11-146
- Wennberg, J.E. (2010). *Tracking medicine. A researcher's quest to understand health care*. Oxford, New York: Oxford University Press.

Aktuelt

Kvinner og menn i utakt

Menn fosser fram mot ledelse. Kvinners karriereløp går langsommere, ifølge norske forskere.

I Tidsskrift for samfunnsforskning nr.2 som kom i april, publiserte Tom Colbjørnsen (Handelshøyskolen BI) og Knud Knudsen (Universitetet i Stavanger) sin studie av kvinner og menns karrierevei frem mot lederstillinger. De to har fulgt et representativt utvalg norske ledere fra 1999 til 2011. Funnene viser at menn starter på et høyere stillingsnivå og investerer mer tid i lederjobben, men at kvinner som blir stående i lederkarrieren, siden kan lykkes med å ta igjen noe av mennenes forsprang. Høy utdanning og jobb i privat sektor er viktige karrieredrivere for kvinner, mens det for menn ser ut til å handle om å komme godt ut i starten og være villig til å jobbe lange dager. Kvinnelige ledere som befant seg tidlig i karrieren i 2011, hadde et mer gunstig utgangspunkt for videre karriere enn de som startet ut tolv år tidligere.

– Selv om kvinnelige ledere starter på et lavere stillingsnivå og investerer mindre tid i jobben, knapper de inn forspranget i løpet av karrieren, sier Knud Knudsen, til forskning.no. Han tror en årsak til kjønnsforskjellene kan være at kvinner bruker mer tid på barn og familie enn mennene gjør, men at dette jevner seg ut etter hvert som behovene i familien avtar. Men dette har ikke forskerne spurt lederne selv om.

Psykologtidsskriftet

MENNESKERETTIGHETER OG PSYKOLOGI:

Arbeid som forplikter

Det var en milepæl da Psykologforeningen for 20 år siden etablerte et eget menneskerettighetsutvalg. Den gang som nå er målet å arbeide for at «psykologisk fagutøvelse skal ivareta grunnleggende menneskerettigheter.»

NORA SVEAASS

Menneskerettighets-
utvalget i Norsk
Psykologforening

Menneskerettigheter har en nær og naturlig forbindelse til psykologifaget og psykologisk fagutøvelse. Ikke minst når vi ser på retten til verdighet og integritet og på beskyttelse mot krenkelser, diskriminering og vold. Og videre: barns rett til utdanning og et liv med foreldre, kvinners rett til likebehandling og alle menneskers rett til liv og til best oppnåelige helse.

FORPLIKTET

Til tross for dette har psykologi og menneskerettigheter lenge levd parallelle liv, og psykologers rolle i arbeidet med å fremme menneskerettigheter og beskytte mot brudd på disse har vært lite påaktet i faget. Det var derfor en milepæl da Norsk psykologforening for 20 år siden etablerte et eget menneskerettighetsutvalg (MRU). Utvalgets mål var å tydeliggjøre hvordan psykologisk kunnskap og psykologers virke er knyttet til menneskerettighetene slik disse kommer til uttrykk i FNs menneskerettighetskonvensjon. Vi er nødt til å vite hva Norge som land har forpliktet seg til internasjonalt

gjennom ratifisering av sentrale konvensjoner, og hva dette betyr når det gjelder å oppfylle disse rettighetene i praksis.

I mange tilfeller står nettopp vi som psykologer sentralt i arbeidet med å realisere disse rettighetene, enten det dreier seg om arbeid med barn som mishandles, enslige mindreårige asylsøkere som ikke får beskyttelse, mennesker med psykiske lidelser som medisineres under tvang eller legges i belter, kvinner som utsettes for seksuell vold, eller mennesker som sitter for lenge i varetekt eller i isolasjon som disiplinærstraff. Psykologer er ofte der slike rettighetsbrudd skjer, og vi har da et ansvar for å vite, forstå og handle.

Denne forpliktelsen ble lang tydeligere etter hvert som overvåkningsmekanismene, først og fremst traktatorganene, spesialrapportører o.l., ble etablert og dialogene mellom internasjonale, regionale og nasjonale mekanismer og institusjoner kom i stand og fikk stadig større oppmerksomhet og rolle. Det betyr også at menneskerettighetene er noe langt mer enn ideelle målsettinger; de representerer forpliktelse som



et land må følge i praksis, vel vitende om at internasjonale organer vil kunne kritisere myndigheter som unndrar seg eller ikke tar disse forpliktelsene på alvor. Dette var et viktig utgangspunkt for utvalgets arbeid, og er fortsatt det viktigste budskapet ut til norske psykologer.

På den tiden Menneskerettighetsutvalget ble etablert, fantes det flere psykologforeninger rundt om i verden med egne etikkutvalg, men den norske foreningens menneskerettighetsutvalg var det første i sitt slag. Etter dette har mye skjedd. Viktige initiativ er tatt internasjonalt, ved at European Federation of Psychological Associations (EFPA) har fått sitt eget «Board of human rights and psychology» med mål å styrke menneskerettigheter i organisasjonsarbeid. Da Den europeiske psykologkongressen ble arrangert i Oslo i 2009, ble det etablert et «menneskerettighetsspor». Dette er en egen del av programmet som utelukkende rommer presentasjoner og diskusjoner som dreier seg om menneskerettigheter og psykologi, og sporet er i dag et fast innslag ved disse konferansene.

Et kort historisk tilbakeblikk rammer inn arbeidet vi har gjort i løpet av disse tyve årene, og de målene som ble satt av og for Menneskerettighetsutvalget.

BAKTEPPET

Flere internasjonale politiske hendelser på 1990-tallet tydeliggjorde forholdet mellom politikk og psykologi på en måte som stimulerte til etableringen av et menneskerettighetsutvalg. De latinamerikanske militærdiktaturene hadde falt, og lidelsene til alle menneskene som var

PLIKT Psykologisk fagutøvelse skal ivareta grunnleggende menneskerettigheter. – Det betyr at vi må være villig til å se kritisk på egen aktivitet og tåle at våre faglige valg og strategier blir vurdert ut fra et menneskerettighetsperspektiv, skriver Nora Sveaas. Bildet er tatt i forbindelse med Human Rights Week ved Universitetet i Essex, hvor studentene hvert år med kritt skriver artikler fra FNs Verdenserklæring om menneskerettigheter på ulike språk. Foto: University of Essex.





Menneskerettighetene er noe langt mer enn ideelle målsettinger; de representerer forpliktelser som et land må følge i praksis

blitt torturert, hadde opplevd år med forfølgelse og at familiemedlemmer var drept eller forsvunnet, kom for en dag. Psykologer engasjert i dette arbeidet beskrev sine erfaringer og fortalte om konsekvensene av diktaturenes vold og undertrykking. De krevde rettsoppgjør og at noen skulle stilles til ansvar for sine handlinger. Et fravær av dette ville være å betrakte som en forlengelse av forfølgelse og tortur. Den latinamerikanske kampen mot straffefrihet ble hørt internasjonalt og bidro til utviklingen av internasjonale systemer for rettferdig oppgjør med de ansvarlige for alvorlige menneskerettighetsbrudd, og da ikke bare ut fra et juridisk perspektiv, men også ut fra et psykologisk helingsperspektiv. I denne perioden ble tribunalene som etterforsket og dømte krigsforbrytelsene både i det tidligere Jugoslavia (ICTY) og Rwanda (ICTR) etablert, begge som midlertidige domstoler etter initiativ av FN, mens arbeidet med å få på plass Den internasjonale straffedomstolen (ICC) ble intensivert og kunne vedtas i 1998.

Både virksomheten til de latinamerikanske psykologene og arbeidet med å utvikle tribunalene understreket med all mulig tydelighet de psykologiske dimensjonene i de politiske konfliktenes. Systematiske voldtekter av kvinner i krigen på Balkan gjorde at seksuell vold i krig for første gang ble anerkjent som forbrytelse mot menneskeheten. I Rwanda lå ekstrem diskriminering og ydmykelser til grunn for det som skulle bli et folkemord; en brutal historie som dreide seg om hvordan avhumanisere fienden og skape hatbilder. Og i begge disse to krigene så man at frende drepte frende; at sameksistens kunne gå over til massedrap. Men etter krigen kom kravene om forsoning og fred. Krav om psykologisk bistand til krigsofrene ble reist, blant annet med utgangspunkt i FN-konvensjoner, og det internasjonale samfunnet krevde støtte til dem som vitnet om forbrytelsene. Alt dette satte sentrale psykologiske temaer på dagsorden.

I Sør-Afrika hadde en ekstrem apartheidstat styrt i mange år, men i 1990 ble verdens mest kjente politiske fange, Nelson Mandela, satt fri. En ny æra begynte, og i 1994 ble han valgt til president. For første gang ble en «Sannhets og forsoningskommisjon» nedsatt. Her var tanken at både offer og overgriper skulle fortelle om det som hadde skjedd, og at det i dette lå en mulighet for tilgivelse. Dette satte sterke psykologiske prosesser i sving. Mange valgte å stå frem med

sine historier, og vitnesbyrdene ble kringkastet via TV. Noen ba om tilgivelse, andre fikk det, mange valgte aldri å fortelle, og prosessen ble til slutt avrundet – i manges øyne altfor tidlig. Men en modell var skapt, der betydningen av å få frem sannheten og anerkjenne og synliggjøre lidelse var utviklet. Denne modellen ble et viktig referansepunkt for senere prosesser om sannhet, forsoning og rettferdig overgang.

De mest sentrale menneskerettighetskonvensjonene falt også på plass på 90-tallet, og det ble lagt sterkere vekt på oppfølgingen av statlige forpliktelser. Retten til kompensasjon og behandling/rehabilitering til mennesker som hadde vært utsatt for tortur, var stadfestet, og arbeidet med FNs barnekonvensjon ble fullført. Arbeidet med konvensjonen om rettigheter til personer med nedsatt funksjonsevne ble påbegynt, og vedtatt i 2003.

POLITISKE PROSESSER OG MÅL I ARBEIDET

Alle disse hendelsene utgjorde viktige elementer i vårt arbeid med å utvikle Menneskerettighetsutvalget. Vi ønsket å løfte frem viktigheten av psykologers arbeid med menneskerettigheter og konsekvensene av brudd på disse. I denne prosessen skjønnte vi at kollegaer som protesterte mot overgrep og krevde folks rettigheter, selv ble forfulgt. Det gjorde det klart for oss at internasjonal solidaritet er viktig. Vi så at straffefrihet kunne medføre store psykologiske problemer for ofrene og stå i veien for bearbeiding av tap og overgrep, noe som bidro til at vi støttet opp om kravet om rettsoppgjør og rettferdig håndtering av vitner og ofre. I den sammenheng ble det internasjonale kravet om at stater må sørge for rehabilitering av torturerte en viktig rettesnor, og vi prioriterte å spre kunnskap om dette. Vi ble også oppmerksomme på at mange av våre klienter hadde rettigheter vi tidligere ikke hadde vært klar over, og at det var viktig at vi med vår kompetanse på menneskerettigheter bidro til at disse rettighetene ble respektert både nasjonalt og internasjonalt. Vi så også at psykologer selv kunne bidra til at overgrep fant sted – ikke alltid bevisst, men oftere som en konsekvens av manglende kunnskap om menneskerettigheter og hvilke følger brudd på disse kunne ha. Vi så betydningen av å løfte frem disse diskusjonene og forpliktet oss derfor til å stå frem, argumentere for og dele vår kunnskap, hele tiden med et ønske om å få til et bedre og mer gjennomført forsvar for

menneskerettigheter. Vi ble ofte minnet om at politiske prosesser alltid har psykologiske aspekter ved seg – og at en bevisstgjøring av dette kan bidra til å gi retning til den faglige kursen.

Vi har hele tiden ønsket å synliggjøre et menneskerettighetsperspektiv i psykologisk arbeid, og utvide kunnskapen om forholdet mellom menneskerettigheter og psykologi, ikke som abstrakte begreper, men konkret forankret i psykologisk virksomhet. Og vi har ønsket å kunne snakke om situasjoner der det kan være motstridende hensyn og rettigheter. I slike saker oppstår viktige faglige og fagetiske dilemmaer, særlig innenfor områder som psykisk helsevern, barnevern, diskrimineringsvern og asylfeltet.

Det å ha en menneskerettighetsforankring betyr at vi må være villig til å se kritisk på egen aktivitet og tåle at våre faglige valg og strategier blir vurdert ut fra et menneskerettighetsperspektiv. Dette er ikke alltid like opplagt og velkomment. Et slikt kritisk blikk på egen virksomhet har medført motstand både i Norge og internasjonalt. Det kan for eksempel gjelde kritikk av tvangsbruk, manglende protester når vi ser at forhold er skadelige for barn og unge, eller at vi unnlater å bruke vår faglighet til å stå opp for folks rettigheter.

Vi har ønsket å styrke psykologers evne og interesse for å delta i den offentlige debatten og kommentere forhold som strider mot menneskers rettigheter, og som ut fra vår psykologiske kunnskap kan være ødeleggende for menneskers psykiske helse. Mange temaer vil i lang tid fremover være sentrale debattsaker. For eksempel har vi en stor jobb å gjøre for å sikre at mennesker får behandling og oppfølging etter alvorlige menneskerettighetsbrudd, først og fremst tortur og mishandling, men også etter andre former for overgrep. Vi må jobbe lenge ennå med å stanse og motarbeide diskriminering av mennesker, enten det er på grunnlag av kjønn, rase, etnisitet eller seksuell identitet. I tillegg til å stride mot grunnleggende rettigheter er dette forhold som er sterkt psykologisk nedbrytende. Undervisning og formidling av slike forhold er påkrevet, og viktige oppgaver for utvalget har vært å styrke dette, både når det gjelder grunnutdanning av psykologer og innen egen spesialistutdanning. Her gjenstår en god del arbeid.

Menneskerettighetsarbeid er i seg selv tverrfaglig, og samarbeidet med organisasjoner i sivilsamfunnet har alltid stått høyt på dagsorden. Gjennom et slikt samarbeid har Norsk psykologforening kunnet få en stemme inn når det gjelder saker norske myndigheter skal ta opp i internasjonale fora, slik som i FNs Menneskerettighetsråd i Genève og i FNs Generalforsamling i New York. Og vi har kunnet bidra med å informere andre land og komiteer om forhold som kan påpekes overfor Norge, slik at de har kunnet øve press på norske myndigheter for å få til forandring.

PRINSIPP

I dag heter det i Psykologforeningens prinsippprogram: «Psykologisk fagutøvelse skal ivareta grunnleggende menneskerettigheter.» Dette er en meget viktig formulering – den ble vedtatt etter forslag fra Menneskerettighetsutvalget og understreker den så uendelig viktige sammenhengen mellom internasjonale konvensjoner, nasjonal lovgivning og daglig psykologisk arbeid. Godt psykologisk håndverk i et menneskerettighetsperspektiv er basert på respekt, refleksjon og kunnskap. Tyve år er ingen alder i denne sammenhengen – og arbeidet med å styrke respekten for menneskerettighetene er stadig like aktuelt. I dagens internasjonale situasjon er det sannsynligvis viktigere enn noen gang. ✕

RELEVANT LESNING

- Ekeløve-Slydal, G.M. (2014). *Menneskerettigheter. En innføring*. Oslo: Humanist Forlag.
- Høstmælingen, N. (2005). *Hva er menneskerettigheter?* Oslo: Universitetsforlaget.
- Røknes, O.H., Hjort, H. & Sveaas, N. (red). (2009). *Menneskerettigheter (Temanummer). Tidsskrift for Norsk psykologforening, 12.*
- Stang, E.G. & Sveaass, N. (2016). *Hva skal vi med menneskerettigheter? Betydning av menneskerettigheter i helse- og sosialfaglig arbeid*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Thune, G.H. & Stavrum, A. (2012). *Menneskerettighetene i helse- og omsorgssektoren og NAV*. Oslo: Abstrakt forlag.

Sunn, sunnere, sykest

Dersom patologisk sunnhetsløken alvorlig forringer livskvaliteten, hjelper det lite å vente på en kulturrevolusjon. Hvorvidt orthorexia nervosa bør anses som en diagnose, er fremdeles et empirisk spørsmål.

TEKST

Hilde Johanne Karlsen,
sosiolog

KONTAKT

hildekarsen79@gmail.
com

ILLUSTRASJON

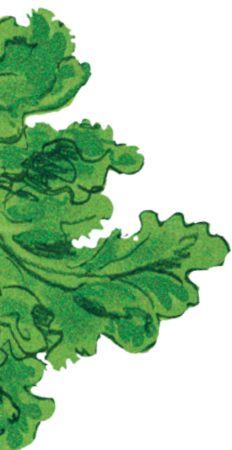
Åshild Irgens

Orthorexia nervosa (ortoreksi) beskrives gjerne som å være sykkelig opptatt av å spise sunt. I dag er ikke ortoreksi anerkjent hverken som en spiseforstyrrelse eller som en egen diagnose i ICD-10. Som tidligere alvorlig syk og mange ganger innlagt for spiseforstyrrelser har jeg blitt kjent med mennesker som forteller at de fikk sin hverdag ødelagt av fiksering på «sunn» mat og trening, og selv opplevde å lide av ortoreksi. Det er gode grunner til å forske mer på ortoreksi. Dersom tilstanden regnes som en egen type spiseforstyrrelse, vil det kunne ha konsekvenser for behandlingsformene som tilbys.

Som sosiolog med doktorgrad i profesjonsvitenskap, og samtidig med mange års personlig erfaring med spiseforstyrrelser, finner jeg skjæringsfeltet mellom sosiologi og psykologi interessant. Det var derfor med stor interesse jeg leste artikkelen «Orthorexia nervosa – En samfunnsdiagnose for vår tid?» av Liv Lohne-Knudsen og Ole Jacob Madsen i januarutgaven av *Psykologtidsskriftet*. I artikkelen formuleres to forskningsspørsmål, nemlig 1) *om ortoreksi kan betraktes som samfunnsdiagnose for vår egen samtid*, og 2) *om ortoreksi kan kategoriseres som en sykdom, og fortjener status som en psykiatrisk diagnose*. Svarene på de to forskningsspørsmålene ser ifølge artikkelforfatterne ut til å bli et «kanskje» og et «nei», med andre ord at ortoreksi kanskje kan kalles en kulturdiagnose, og at tilstanden ikke fortjener status som en psykiatrisk diagnose.

Jeg anerkjenner at Lohne-Knudsen og Madsens (2018) rasjonale ikke er å utdefinere ortoreksi som en psykiatrisk diagnose, men snarere å reflektere over fremveksten av ortoreksi som en mulig kulturdiagnose. Allikevel, refleksjonene tilkjennegir noen betraktninger omkring «sunnhet» og diagnoser som er problematiske, all den tid det er mennesker og ikke kulturen selv som trenger hjelp. Dersom det er snakk om patologisk adferd som alvorlig forringer livskvaliteten, hjelper det lite å vente på en kulturrevolusjon. Jeg vil her diskutere tre tema, nemlig: (1) om vi har nok empirisk kunnskap til å avskrive ortoreksi som en

res to forskningsspørsmål, nemlig 1) *om ortoreksi kan betraktes som samfunnsdiagnose for vår egen samtid*, og 2) *om ortoreksi kan kategoriseres som en sykdom, og fortjener status som en psykiatrisk diagnose*. Svarene på de to forskningsspørsmålene ser ifølge artikkelforfatterne ut til å bli et «kanskje» og et «nei», med andre ord at ortoreksi kanskje kan kalles en kulturdiagnose, og at tilstanden ikke fortjener status som en psykiatrisk diagnose.



psykiatrisk diagnose, (2) om ortoreksi kan forstås både som en kulturdiagnose og en psykiatrisk diagnose, og 3) implikasjoner av det å ekskludere mennesker med ortoreksi fra den mer generelle psykiatriske diagnosen «spiseforstyrrelser».

UTILSTREKkelig EMPIRISK KUNNSKAP

Orthorexia nervosa som et navngitt fenomen er så vidt over 20 år gammelt, og forskningen på tilstanden sies å være begrenset (Bratman, 2017; Dunn & Bratman, 2016; Koven & Abry, 2015). Pålitelig og robust forskning krever gyldige operasjonaliseringer. Det hefter imidlertid en del misforståelser ved deler av operasjonaliseringen av tilstanden.

Når Lohne-Knudsen og Madsen (2018, s. 20) først trekker frem hvordan dagens restauranter opplyser om hvem som kan spise hva, ved å gi detaljerte innholdsbeskrivelser av de ulike rettene, og deretter kaller dette en normalisering av ortorektisk adferd, kan det ses som et eksempel på det problematiske ved dagens operasjonalisering av ortoreksi. Hvis det å «ha med egen mat i middagsselskaper» (s. 21) er ortoreksi, og hvis dette blir stadig mer normalt å gjøre, så kan vi selvsagt anta, slik Lohne-Knudsen og Madsen foreslår, at ortoreksi som fenomen vil alminneliggjøres og etter hvert forsvinne som sykdomskategori. Imidlertid er det noe vesentlig som skiller tilstanden orthorexia nervosa fra det å være opptatt av å spise sunt eller følge bestemte typer kosthold, nemlig en *usunn besettelse* av sunnhet og kosthold. Bratman (2017, s. 381) understreker at sykdomsutvikling ved ortoreksi består av to faser, hvorav kun den siste fasen impliserer patologi. Mens den første fasen – å velge et sunt kosthold – er uskyldig og generelt godartet, innebærer den andre fasen en intensivering av denne atferden, slik at den tar form av en usunn besettelse. Det å sammenblande alternative kosthold med forstyrret spiseatferd er ikke bare prematurt, men feilaktig, og har alvorlige konsekvenser, hevder Bratman.

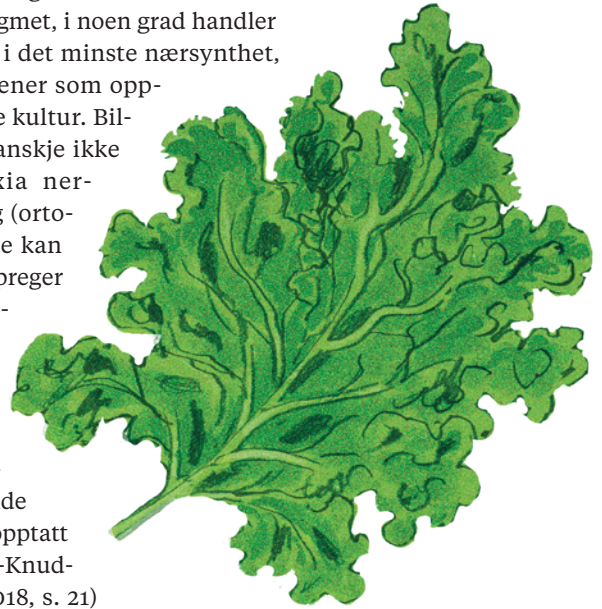
Lohne-Knudsen og Madsen (2018, s. 15) tar utgangspunkt i Ian Hackings begrep 'kulturdiagnose', og skriver at Hacking har den fordel at han «arbeider med historisk materiale der man i ettertid har innsyn i at en lidelse kan forsvinne». Et aktuelt spørsmål blir da om det å redusere ortoreksi til en form for mid-

lertidig normalitet, og ekskludere ortoreksi fra sykdomsparadigmet, i noen grad handler om blindhet, eller i det minste nærsynthet, for enkelte fenomener som opptrer i vår samtidige kultur. Billedlig talt ser vi kanskje ikke trærne (orthorexia nervosa) for bare skog (ortoreksi). En hypotese kan være at dette også preger forskere og helsepersonell, slik at vurderingen av ortoreksi som normalt og stort sett positivt for hel- sen blir fremtredende i lys av at «alle» er opptatt av sunnhet. Lohne-Knudsen og Madsen (2018, s. 21) påpeker for eksempel at «ortorektikeren ikke lenger er særlig oppsiktsvekkende i det senmoderne «ortorektiske samfunn»». Utfordringene med å skille den generelle forståelsen av «ortoreksi» fra det spesielle ved «orthorexia nervosa» knytter seg kanskje til mangelen på et klart blikk for når sunnhet beveger seg fra normalt til fatalt.

Dette bringer oss over til kritikken fra Dunn og Bratman (2016), som i sin review-artikkel av forskning på ortoreksi påpeker at det ikke eksisterer noe tilstrekkelig validert testinstrument eller klare diagnostiske kriterier for tilstanden. Mye tyder på at vi fremdeles trenger mer forskning før vi kan avgjøre om fenomenet bør få status som psykiatrisk diagnose eller ikke. Dette innebærer antakelig i første omgang å benytte og eventuelt forbedre Dunn og Bratmans (2016) testinstrument og diagnostiske kriterier, som er utviklet for å øke validitet og reliabilitet med hensyn til operasjonalisering av ortoreksi, slik at vi bedre og mer konsistent kan skille generell opptatthet av sunnhet og helse fra patologisk spise- og treningsatferd.

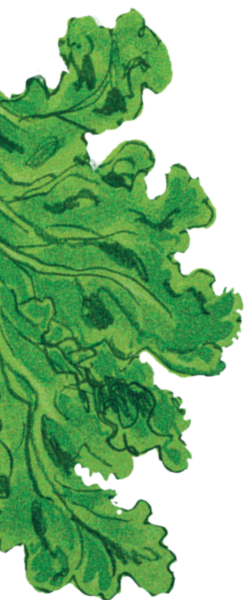
SAMTIDIG KULTURDIAGNOSE OG PSYKIATRISK DIAGNOSE

At endringer i valg knyttet til mat, trening, sunnhet og kropp kan forstås i lys av samfunnsmessige endringer, slik som senmodernitet og identitetskonstruksjon, og også er forbundet med nye typer maktforhold, er





Vi kan selvsagt diagnostisere kulturen, men for en person som opplever å få livet sitt ødelagt av ortoreksi, er det liten trøst i det



diskutert i flere sammenhenger (Foucault, 1980a, 1980b, 1991; Lohne-Knudsen & Madsen, 2018; Pylypa, 1998; Roberts, 2005; Saguy & Gruys, 2010; Sollberger, 2013; Wiklund et al., 2017). Jamfør Pylypa (1998, s. 25), som arbeider innenfor feltet medisinsk antropologi, skaper ideologien om individets ansvar for egen helse en oppfatning om at man er personlig forpliktet til å opprettholde god helse gjennom kosthold og fysisk aktivitet. Pylypa fremhever blant annet at «helsediskursen» inneholder kunnskap produsert både av legeprofesjonen og av populærdiskursen omkring helse, og den får dermed en vitenskapelig form det kan være lett å føle seg forpliktet overfor. Enkeltmenneskets overvåking, disiplinering og regulering av egen kropp forstås i sammenheng med fremveksten av bestemte diskurser i henhold til kulturelle normer om den sunne, funksjonelle og attraktive kroppen.

Med tanke på at overnevnte trekk ved «vestlig kultur» kan endre seg eller forsvinne, er det i lys av teorier om endring i samfunnsnormer og -verdier generelt, eller senmodernitet spesielt, lite i veien for å beskrive spiseforstyrrelser som ortoreksi som «kulturbundne syndromer», kulturdiagnoser eller potensielle «forbigående mentale lidelser». Samtidig er det vel heller ikke noe prinsipielt i veien for å beskrive ortoreksi både som en kulturdiagnose og en psykiatrisk diagnose, dersom sistnevnte skulle bli tilfelle i fremtiden? Både anorexia nervosa (AN) og bulimia nervosa (BN) har blitt utforsket som potensielt kulturbundne tilstander, altså som kulturdiagnoser, men begge er samtidig anerkjent som kliniske spiseforstyrrelser. Keel og Klump (2003) har for eksempel gransket utbredelsen av AN og BN på tvers av vestlig og ikke-vestlig kultur, fra 500-tallet og frem til i dag. Konklusjonen deres er at BN, men ikke AN, ser ut til å være et «kulturbundet syndrom». De begrunner konklusjonen med at det ikke ser ut til å finnes nedtegnelser av BN utenfor nyere tids vestlige kulturer, men at slike nedtegnelser finnes for AN. Keel og Klump (2003, s. 748) understreker imidlertid at diagnostiske kriterier for AN og BN har endret seg over de ulike utgavene av DSM (dette gjelder eksempelvis BMI-grensen, men også tilfanget av nye spiseforstyrrelsesdiagnoser), slik at det å anvende dagens DSM-V for å konseptualisere AN og BN i organisering av kildesøk, i seg selv er å introdusere en sosiohistorisk bias.

IMPLIKASJONER FOR HELSEHJELP

Vi kan selvsagt diagnostisere kulturen, men for en person som opplever å få livet sitt ødelagt av ortoreksi, er det liten trøst i det. For dersom ortoreksi ikke er en spiseforstyrrelse og heller ikke tilhører noen annen type psykiatrisk kategori, så finnes det ingen verdige trengende «ortorektikere». De vil tilhøre «de normale», altså en form for utgruppe for psykiatrien som felt. Her fungerer ICD-10 (og DSM V) som en portvakt for inngang til den andre gruppas ressurser. Man har ingen diagnose, ergo har man i mindre grad rett på nødvendig psykisk helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten, og spesialisthelsetjenesten har i mindre grad plikt til å yte en slik hjelp. Videre, dersom ortoreksi faktisk er en egen type spiseforstyrrelse, og ikke bare en potensielt midlertidig kulturdiagnose, vil det kunne ha viktige konsekvenser både for den syke og for behandlerne. Til forskjell fra BN og AN assosieres ikke ortoreksi med fiksering på kroppsvekt, derfor kan det tenkes at lidelsen vil behøve tilpassede former for terapi (Bratman, 2017; Segura-Garcia et al., 2015). Segura-Garcia og kolleger (2015, s. 165) påpeker for eksempel at kognitiv atferdste-

rapi (KAT), som ofte brukes for å nedregulere fiksering på kroppsvekt i behandling av spiseforstyrrelser, ikke nødvendigvis er den best egnede terapien for ortoreksi. Bratman (2017, s. 384) understreker imidlertid at vekt og kropps fett i dagens samfunn er så tett sammenvevet med helse og sunnhet at kriteriet om manglende fiksering på vekt er problematisk. Kanskje er det derfor av mindre betydning for behandlingen enn antatt.

AVSLUTTENDE KOMMENTAR

Ortoreksi, slik det i dag omtales, eksisterer som fenomen på et kontinuum av tilstander fra sunn atferd med rom for nytelse til patologisk interesse for sunn kost som fikserer på renhet (Segura-Garcia et al., 2015, s. 162). Jamfør Bratman er det imidlertid ikke sunnhetssøken, men «an intensification of that pursuit into an unhealthy obsession» (2017, s. 381) som skiller den generelle oppfatningen om sunnhet fra den patologiske tilstanden orthorexia nervosa. For å avgjøre om sunnhetssøkende adferd er blitt til ortoreksi, trenger vi å enes om hvor sunnhet slutter og sykdom starter. Dunn og Bratmans (2016) forslag til diagnostiske kriterier for orthorexia nervosa bør testes i bredere omfang både innenfor og på tvers av kulturer. Inntil videre tyder den sparsomme mengden forskning på ortoreksi på at det ennå er et empirisk spørsmål hvorvidt tilstanden fortjener status som en egen type psykiatrisk lidelse. Dersom ortoreksi etter hvert får status som en egen lidelse, er det lite i veien for at den kan forstås både som kulturbundet og som en psykiatrisk lidelse, slik som ved bulimi. Å ikke anerkjenne ortoreksi som en psykiatrisk diagnose kan tenkes å føre til en forverring, komplisering og forlengelse av et eventuelt sykdomsforløp hos mennesker som opplever å lide av denne tilstanden. ✕

Aktuelt

ELTE-utdannede frustrerte over Psykologforeningen

Medlemmer i Norsk psykologforening med psykologutdanning fra ELTE-universitetet i Ungarn savner støtte fra sin egen fagforening, som har brukt rundt 600 000 kroner på ELTE-studentenes sak.

TEKST Øystein Helmikstøl

– **DET ER MANGE** som er frustrerte over Norsk psykologforening. De har stolt blindt på Helsedirektoratet, uten å sjekke fakta. Det er synd at Psykologforeningen ikke har gjort sine egne undersøkelser. Det burde man kunne forvente at en fagforening gjorde på vegne av sine medlemmer.

Det sier Alexander Lundgreen, som er aktiv i kampen for ELTE-utdannedes rettigheter. Han har også klaget saken inn for ESA, som nå undersøker om Norge bryter EØS-avtalen ved å nekte ELTE-utdannede lisens.

Det er i dag 132 personer med psykologutdanning fra ELTE som er medlemmer i Norsk psykologforening. 21 av disse er autoriserte psykologer. 11 er på lisens. 74 er altså ferdig utdannet, men har hverken lisens eller autorisasjon.

STØTTE

ELTE-utdannede har ifølge Lundgreen fått god støtte hele veien fra Psykologiforbundet. Mange ELTE-utdannede er medlemmer i både Psykologiforbundet og Norsk psykologforening, sier han. Han er glad for at Psykologforeningen har betalt rundt 20–25 prosent av advokatutgiftene på 2,5 millioner kroner for sine medlemmer for å klage på vedtak fattet av Helsedirektoratet, men mener at fagforeningen burde gjort mer.

– I Aftenposten siterte de fagpanelet som har utredet utdanningen på oppdrag fra Helsedirektoratet på at ELTE-utdannede ikke har nevropsykologi i utdanningen. Dette er ren faktafeil. Alle har hatt nevropsykologi, og det ville de funnet ut av dersom de hadde undersøkt saken selv. Det finnes en rekke slike eksempler.

SØKSMÅL

Det er studenter og ferdig utdannede som er rammet av en praksisendring fra Helsedirektoratet, som nå ifølge Lundgreen vil ta ut søksmål mot staten.

– Staten har ikke gitt oss vår rett til lisens som psykolog, som vi mener at vi har juridisk grunnlag for å få ut fra EØS-regelverket. Derfor tar vi ut et gruppesøksmål.

PASIENTSIKKERHET

Kjernen i ELTE-saken er ifølge Psykologforeningens president Tor Levin Hofgaard hvorvidt studentene er kvalifiserte for lisens.

– Vurderingen av dette har ikke, og skal ikke, Psykologforeningen ha en rolle i. Psykologforeningen må forholde seg til de forvaltningsmyndighetene som godkjenner alt helsepersonell i Norge, skriver Hofgaard i en e-post.

Han skriver videre at det er hensynet til pasientsikkerhet og opprettholdelse av faglige standarder som er det Psykologforeningen har vært opptatt av i denne saken.

Psykologforeningen har brukt rundt 600 000 kroner på ELTE-studentenes sak, får Psykologtidsskriftet opplyst.

Se hele svaret fra Tor Levin Hofgaard på side 373.

Levende blant døde

Ingen sender blomster til den som sørger over en tapt gud.

INGRID NYHUS,
prest i Paulus og
Sofienberg menighet,
Oslo

ILLUSTRASJON
Pixabay.com/
Psykologtidsskriftet

MED TO HENDER løftet i været lyste presten velsignelsen over oss. Det var semesterstart ved Det teologiske menighetsfakultet. Kapellet var fylt opp av forventningsfulle prestestudenter i år også. Kunne de se det på meg? At jeg ikke hørte til her lenger? Jeg kan jo ikke bli prest likevel. Jentene på benkeraden foran gjorde korsets tegn med rutinerte bevegelser. Mitt kors ble klønete nå også, som om hånden min tvilte på tegnet. Kanskje var det en følge av depresjonen; jeg tvilte på alt nå. Alle steiner måtte vendes, og alle vendingene gjorde vondt. Hadde jeg i det minste vært agnostiker, ville jeg vel ikke tatt det så tungt, dette som handlet om å forstå Gud, kanskje forsvare Gud. Men jeg hadde aldri vært ateist, aldri agnostiker heller, og derfor kjentes det tvingende nødvendig å forstå den Gud jeg nå en gang trodde på, enda jeg ikke ville det, for det ville nok vært mye lettere å ikke tro så mye på Gud, ikke tenke så mye på Gud, men det kunne jeg ikke. Det klarte jeg ikke.

Forsamlingen reiste seg på nytt etter hint fra liturgen. Jeg bladde opp i salmeboka idet pianisten stemte i. Utgangssalmen la seg over den blå følelsen: Gud var borte. Borte var fargene på trærne, borte var menneskenes varme, borte

var ordenes mening, og borte var båndet som forbant meg til verden. Var det ingen som så det på meg? Det kunne være det samme, ingen sender blomster til den som sørger over en tapt gud. Nei, min sorg manglet et lik, en grav. Da Maria fant steinen rullet bort foran gravhulen til Jesus, ble sorgen og forvirringen dobbel; ikke bare var Mesteren død, han var dessuten borte, og ingen kunne fortelle henne hvor de hadde lagt ham. I stedet spurte engelen tilbake: «Hvorfor leter dere etter den levende blant de døde?» Marias sorg hadde blitt vendt til glede, men gravens lys nådde ikke lenger frem til meg.

Det dannet seg en kø ut av kapellet og bort til auditoriet der åpningsfesten skulle fortsette. Jeg så ingen kjente fjes i mengden utenfor kapellet heller, ingen å slå følge med for å slippe å se ensom ut, og da jeg innså at ingen så etter meg heller, snek jeg meg ut og gikk hjemover i stedet. Kanskje jeg ville rekke å sove en time før jeg skulle treffe Bjørn? tenkte jeg og satte opp farten. Det var alt et halvt år siden jeg hadde sendt mail og spurt rett ut om jeg kunne få begynne i psykoanalyse hos ham. I månedsvis hadde vi drukket pulverkaffe fra små porselenskrus, mens han lyttet til den sprikende for-



tellingen om livet mitt. Drømmene mine skrev han ned på A4-ark og gjemte i et brannsikkert skap under skrivepulten. Sakte, men sikkert skulle mørket fordrives, førtifem minutter av gangen. Mandag, onsdag og torsdag.

DØDSMONOLOGEN

Det hvite kontorannekset lyste i sola da jeg åpnet porten til innkjørselen. Hjertet banket hektisk nå. Var det farlig å trosse kroppens signaler slik? Jeg så levende for meg de andre pasientene hans: hvordan hjertene deres banket som små finstemte rytmeinstrumenter som alltid holdt takten. Beholdt makten. Så for meg hvordan de andre kvinnene steg inn på kontoret og la seg på sengebenken som om det var den mest naturlige bevegelse i hele verden, så for meg at de snakket med klare stemmer om klare problemstillinger før de gikk derfra ferdigsnakka. Ferdig følt. Jeg banket på døra og ventet på klarsignalet.

– Kom inn, ropte Bjørn. Han reiste seg fra skrivepulten, brettet sammen teppet og la det på plass i fotenden av senga. Det vennlige

ansiktet gjorde meg nervøs. Jeg ville si noe voksent, gjøre inntrykk slik som de andre pasientene hans.

– Ikke se på meg, sa jeg i stedet og tylltet skjerfet rundt hodet for å skjule ansiktet mitt. Hvem var det jeg prøvde å lure? Jeg var jo ikke voksen, jeg var et barn forlatt i et meningsløst univers.

– Hva er det du er redd for at jeg skal se? spurte Bjørn.

– Jeg er gjennomsløst, svarte jeg.

– Nei, du er ikke gjennomsløst.

– Jeg får det ikke til.

– Hva er det du ikke får til? spurte Bjørn.

– Jeg vet ikke hvordan man er pasient! ropte jeg og sank lenger ned i stolen så skjerfet gled av.

Vi var ikke engang kommet halvveis ut i timen da jeg registrerte at Bjørn satt nedsunken i stolen han også, enda han hadde drukket hele kaffekoppen sin. Jeg må ha et konkret problem, tenkte jeg. Et alibi for å gå her. Så snakket jeg likegodt om alle jeg hadde kjent som nå var døde. Jeg ramset dem opp, en etter en, som om de var eksotiske planter. Aldri hadde jeg følt meg så nær dem som nå.

– Det er alltid de beste som dør, sa jeg. Alle jeg kjenner, har dødd når det er sommer. Når »



Utgangsalmen la seg over den blå følelsen: Gud var borte

det er finest og lysest. De dør når man minst venter det, la jeg til for å understreke alvor. Jeg lente meg tilbake i stolen, sliten etter dødsmonologen. Bjørn hadde ennå ikke sagt noe. Hadde han gitt meg opp? Hvis han hadde spurt meg hvor det gjorde vondt akkurat da, skulle jeg ha pekt mot et sted i brystet, mot noe som ikke handlet om de døde, men snarere om den levende mannen som satt foran meg akkurat nå.

– Hvordan har du det nå? spurte den levende.

– Jeg lurer på om du ble trist? svarte jeg, og lette etter tegn i ansiktet hans.

– Er du redd du gjør meg trist ved å snakke om dette?

– Ja, svarte jeg brydd, og så ned på hullet i sokken.

Bjørn noterte diskre på arket i fanget igjen. Nå kunne jeg telle seks uleselige stikkord. Hadde han noen formening om hvorvidt jeg kunne bli prest, mon tro? Jeg reiste meg fra stolen og la meg ned på sengebenken i stedet. Det var best å unngå blikket hans, det gjorde det så vanskelig å lyve, så vanskelig å si det som var sant. Jeg festet blikket i taket. Malingflekken liknet et øye. Det stirret tilbake, ned på meg, liksom anklagende.

– Hm, sa Bjørn fra sin sittende posisjon bak hodet mitt.

Det var en dyp lyd full av variasjoner, som jeg måtte tolke fortløpende. Denne gangen betydde lyden at han var der, at jeg var trygg. Men en dag ville han ikke lenger sitte i den brune skinnstolen og lage bekreftende lyder som skulle minne meg på at jeg hørte til i verden. En dag måtte terapien opphøre og dø. Den også. Så da sa jeg det, at tiden var en fiende som sakte, men sikkert drev oss mot adskillelse og død. Jeg gjentok meg selv, det hørte jo jeg også. Det fantes ord som ville gjentas, som et sørgelig refreng. Jeg snudde meg over på siden og så ut gjennom glassruta i døra. Utenfor var himmelen nådeløs blå. Gud var ikke der heller.

– Hvor går tankene dine nå? spurte Bjørn. Han hørtes så fjern ut der han satt dypt nedi stolen. Liksom nedsunket i sin egen trygghet, omringet av bøker som hadde gjennomskuet psyken og lidelsene. – Så trygg og fjern på det fine kontoret sitt, i den fine hagen sin, i det fine strøket sitt. Jeg vred hodet mot ham. Jeg må huske ansiktet så det ikke går tapt, tenkte jeg. Bjørn hevet øyebrynene spørrende. Bak meg

hørte jeg klokka tikke som før, og nå fikk jeg tårer i øynene enda jeg hadde bestemt meg for å være sint. Kunne det komme tilbake? Det jeg hadde mistet? Kunne egentlig mørket bli vendt til lys igjen?

– Ja, jeg tror det, sa Bjørn.

– Hvordan da? Gjennom ord? svarte jeg sarkastisk og så ham i øynene.

– Ja, gjennom ord. Og med tiden, svarte Bjørn uten å vike blikket. Det hørtes fint ut når han sa det sånn, med erfaringens tyngde. Det var så lett å tro på ham når vi satt på det lune kontoret. Sammen. Det ble taust igjen. Jeg la meg tilbake på ryggen. En strime av sol fant veien gjennom vinduet i døra og dannet en lyskjegle langs veggen og taket.

– Jeg vil ikke at du skal bli borte, sa jeg til taket.

– Jeg blir ikke borte, svarte Bjørn.

FREUD OG JESUS

Jeg snudde meg mot ham på nytt for å forsikre meg om at han var der likevel. Jo, han satt der ennå. Brystkassa hevet og senket seg i takt med pusten. Han smilte så vidt, hvis det kan kalles et smil, det der som øyne gjør iblant. Samtalen gikk i stå igjen noen minutter før tiden var ute. Det var blitt rutine. Utenfra ville vi kanskje sett ut som to språkforvirrede mennesker som tilfeldigvis var stuert sammen, i et slags sosialt eksperiment. Men det gjorde ingenting, det jeg ikke fikk til, det Bjørn ikke fikk til, for han fantes. Jeg så ham i levende live, bare en meter unna. Og hadde jeg villet det, kunne jeg lent meg over sengekanten, strakt ut hånden og tatt på kneet hans, eller kanskje hånden hans, og jeg ville kjent varmen fra hånden som hang fast i armen som hang fast i overkroppen og hjertet og pusten og ørene og stemmen som hang sammen med alle ordene og alle bøkene om kjærlighet og lidelse, Freud og Jesus, og alle de tause mellomrommene på kontoret som hang sammen med de tause mellomrommene utenfor kontoret og alt dette blå inni meg, som ikke bare var blått lenger likevel, som hang sammen med denne urolige lyskjegla i taket, akkurat nå. Jo, han fantes. Det fantes på ordentlig. De døde fikk klare seg selv, tenkte jeg, og kanskje sa jeg det høyt, eller inni meg, det der om engelen som sa at man ikke må lete etter den levende blant de døde. ❌



Maktmisbruk bak lukkede dører

Hvordan kvalitetssikre psykologer, slik at ingen trenger å oppleve det jeg gjorde?

Debatt, side 366

ILLUSTRASJONSFOTO: LUPCO SIMOKOVSKI / SHUTTERSTOCK / NTB SCANPIX



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.

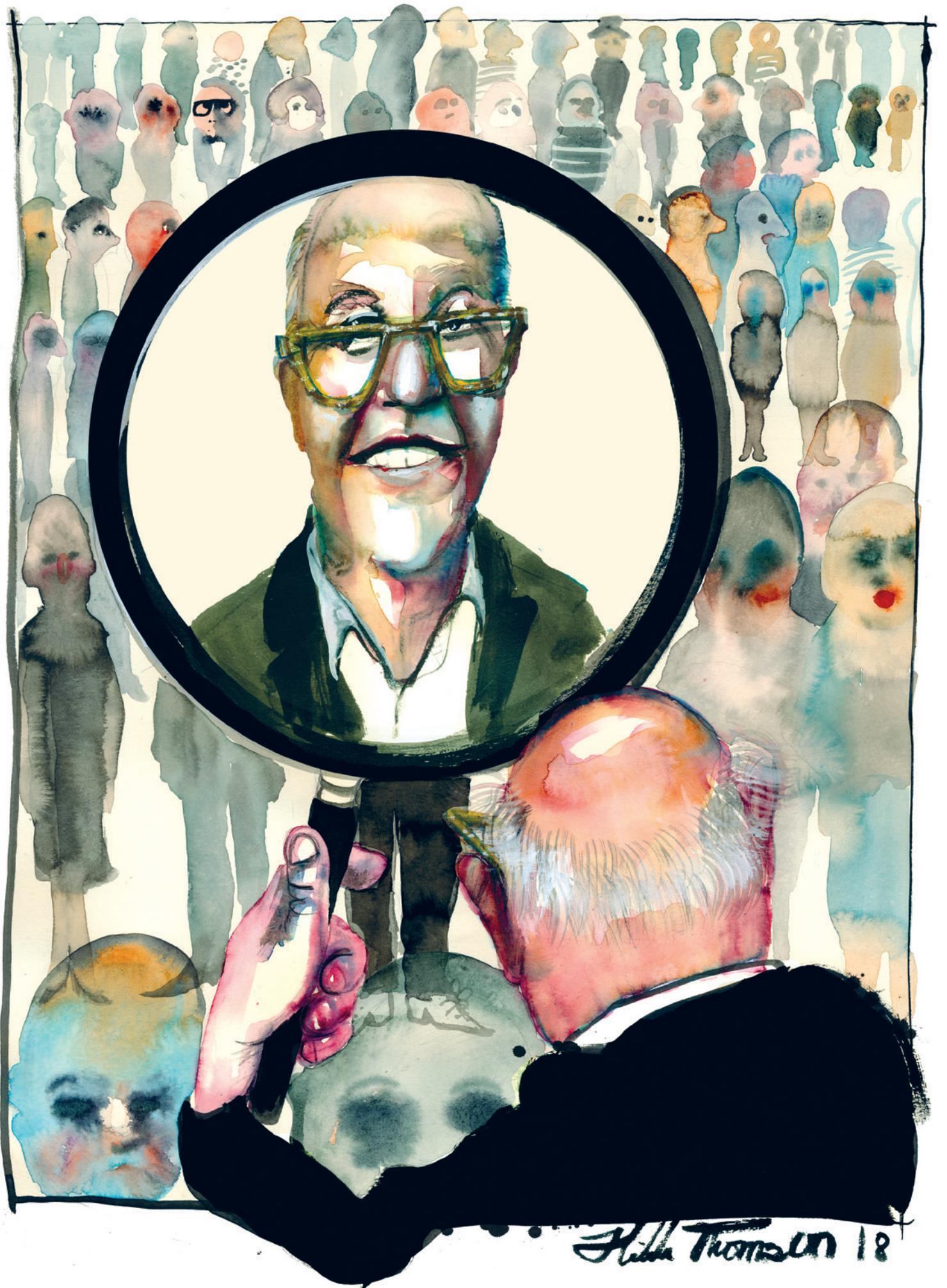
DEBATTINNLEGG

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. Send inn i Word-format. Sett referanser i tråd med APA-stilen.



John Thomas ON 18

En ansettelse til besvær

I beste fall kan den typiske ansettelsesprosedyren i psykisk helsevern omtales som tilfeldig og subjektiv. I verste fall fremstår mangelen på stillingsanalyser i kombinasjon med ustrukturerte jobbintervju som direkte diskriminerende

HUSKER DU HVORDAN du ble tilsatt i din nåværende stilling som psykolog? Sannsynligheten er stor for at det var over en kopp kaffe i en ustrukturert passiar, og at beslutningen ble tatt av en person som var ganske lik deg selv. For mange vil dette høres kjent ut. Men høres det profesjonelt ut?

DEN KOMPETENTE PSYKOLOG: EN OMDISKUTERT PERSON

For en som har vært på begge sidene av intervjubordet, kan jeg konstatere at nyansettelser i klinikken skaper engasjement både blant ledere og behandlere: «Jeg håper den nye psykologen har en tydelig stemme på behandlingsmøtene», «Bare hun klarer å skrive korte notater er jeg fornøyd», «Vi trenger ikke *enda* en som driver med CBT». Den som spør rundt om

i klinikken om hvilke egenskaper den nye psykologen bør inneha, vil ikke sjelden oppleve at det finnes like mange meninger som det finnes ansatte, og at ledere og fagfeller kan ha svært ulike svar.

Hvilke egenskaper «den kompetente psykolog» bør ha, er altså et omdiskutert og ømtålig tema – såpass ømt at brorparten av helsefor-etakene helst overser spørsmålet når de skal ansette en ny psykolog. For når ble det egentlig sist gjort en stillingsanalyse i din klinikk? Svaret er nok «aldri» hvis din arbeidsplass i sin siste stillingsannonse skrev at de ønsket seg en psykolog som er «fleksibel, pasientorientert, strukturert og resultatorientert med evne til å arbeide i team og på egen hånd».

En gjennomgang av relevante psykolog-utlysninger på finn.no tilsier at dette er de



ØRJAN RASMUSSEN*,
cut-e Norge

ILLUSTRASJON
Hilde Thomsen

REKRUTTERING

* Interessekonflikt: Forfatteren jobber i Cut-e som selger tester til bruk ved rekruttering, seleksjon og utvikling av medarbeider og ledere.

dominerende kvalifikasjonskravene for psykologer i psykisk helsevern. Når man dessuten legger «betydelig vekt på personlig egnethet», virker det som om man ofte rekrutterer mer eller mindre i blinde, uten bruk av stillingsanalyser og dermed også uten noe bilde av hvilke kvalifikasjoner man rent faktisk ønsker seg. Følgen av et slikt manglende forarbeid ved nyansettelser kan koste dyrt – og da ikke bare i form av kroner og ører. Sivilombudsmannen skrev i fjorårets årsmelding at det ble opprettet 113 formelle tilsettingssaker, og at svært mange av disse var knyttet til diffuse stillingskrav, og hvordan dette i sin tur medfører uryddige ansettelsesprosedyrer. Rett nok handler dette om langt mer enn psykologstillinger, men det reiser det mer generelle spørsmålet om arbeidsgivere i offentlig helsesektor kjenner til effektive metoder for å gjennomføre stillingsanalyser, og om de er godt nok opplyst om verdien som ligger i bruken av dem. For å tilføre en mer rettferdig behandling av samtlige søkere signaliserer Sivilombudsmannen tydelig at ledere i forvaltningen bør prioritere mer tid til å konkretisere stillingskrav. Det er med andre ord mye som tyder på at ledere i offentlig helsesektor er tjent med å kjenne til hvordan gode stillingsanalyser gjennomføres, nettopp for å skape grobunn for ryddige og rettferdige ansettelsesprosedyrer.

GODE INTENSJONER OG MANGLENDE EVIDENS

Gjennom min tid som førstelinjeleder i spesialisthelsetjenesten og nå som organisasjonspsykolog i rekrutteringsbransjen har jeg dannet meg et bilde av de utfordringer og fallgruver som preger ansettelsesprosedyrer i helsevesenet. I beste fall kan den typiske ansettelsesprosedyren i psykisk helsevern omtales som tilfeldig og subjektiv. I verste fall fremstår mangelen på stillingsanalyser i kombinasjon med ustrukturerte jobbintervju som direkte diskriminerende og til hinder for utvikling av pasientens helsetjeneste. For meg er det et tankekors at en sektor som ellers stolt etterlever kravene til evidensbasert praksis, fortsatt håndhever ansettelsesprosedyrer som gjennomsyres av subjektivitet.

Den dominerende fremgangsmåten ved ansettelser tør være velkjent for de fleste som har søkt en stilling i offentlig helsesektor de siste årene: Rekrutterende leder velger ut de

søknadene som passer best med lederens preferanser. Deretter kaller man inn kandidaten til en ustrukturert samtale der lederen søker å bekrefte eller avkrefte antagelser som har dukket opp under gjennomlesningen av søknaden. Denne prosessen er såpass velkjent og etablert at det nærmest virker naturstridig å utfordre den. Men hva sier forskningen om denne måten å rekruttere på?

Til tross for lederens gode intensjoner og psykologfaglige bakgrunn gjør lederen seg mang en tanke om deg alt i sitt første møte med din CV. Og det er hverdagsfordommer som preger denne første gjennomlesningen. Dette resulterer i at Petter har 25 prosent større sannsynlighet for å bli innkalt til intervju sammenlignet med Omar, til tross for ellers identiske CV-er (Midtbøen & Rogstad, 2012), mens Jan Schauer (1998) konkluderte med at ledere klart foretrekker kandidater som ligner dem selv ut ifra variabler som kjønn, alder, sosial klasse og utdanning. Det er ikke vanskelig å se for seg hvordan denne tendensen kan slå uheldig ut for blant annet psykologer med utdanning fra utlandet. Det er nemlig svært mye som tyder på at de øverste linjene i din CV har langt større betydning enn vil liker å innrømme.

Førsteintrykket fra CV-en tar vi med oss inn i intervjuet, noe som styrer vår oppfatning av kandidaten. Dette er ikke minst uheldig fordi vi i intervjuet har en tendens til å søke bekreftelse på at førsteintrykket vårt stemmer. Schmidt (1976) forteller at intervjueren bruker fire minutter på å beslutte om du passer inn i stillingen. De neste 56 minuttene brukes stort sett til å få bekreftet disse første antagelsene, ikke til å utvide eller motsi førsteintrykket.

HELSELEDERE PÅ GJERDET

Espen Skorstad (2015) viser til psykologfaglig forskning som forteller om vår begrensede evne til å gjøre saklige, objektive og rettferdige valg i en rekrutteringsprosess. Denne forskningen har for lengst funnet veien til næringslivet, der snart halvparten av de største norske bedriftene nå bruker mer objektive metoder i sin rekruttering. Ledere i helsesektoren sitter imidlertid på gjerdet og sverger til metoder med relativt sett lav predikativ validitet. Kriterier som «antall år i utdanning» og «arbeidserfaring» ser fortsatt ut til å definere «den dyktige psykolog», til tross for at forskningen viser at

relevante evnetester, kompetansebaserte intervju og arbeidsprøver i langt større grad er egnet til å predikere prestasjon på arbeidsplassen (Schmidt & Hunter, 1998).

Psykologfaglig forskning forteller oss at manglende bruk av stillingsanalyser, evnetester og personlighetskartlegging i psykisk helsevern gjør ansettelsene mindre treffsikre. Det medfører til tider uheldige ansettelser, men kanskje verre: Den gjør at søkerne ikke får like muligheter, og bidrar dermed til diskriminerende ansettelsesprosesser. Bruk av tester og strukturerte intervju gir imidlertid alle kandidater lik mulighet til å vise seg frem, uavhengig av etnisitet, utseende, alder, seksualitet, utdannelse eller andre variabler som vi sliter med å forholde oss objektivt til. Det er neppe tilfeldig at en rekke norske bedrifter og utdannelseinstitusjoner opplever et langt større mangfold blant sine ansatte ved innføringen av nye rekrutteringsprosedyrer. Gjennom å endre sine ansettelsesprosesser kan det ironisk nok se ut til at aktører i det private næringsliv sikrer mangfold i større grad enn offentlig helsesektor. Det er svært mye som tilsier at rettferdige og objektive ansettelsesprosedyrer vil motvirke *homosial reproduksjon* også i klinikken, og i så måte bidra til å dyrke frem en psykologstand som speiler brukerne av tjenesten i større grad. Ledere i helsesektoren bør ikke være fremmed for at selve utgangspunktet for *pasientens helsetjeneste* kan være å finne i nettopp ansettelsesprosedyrer som ikke diskriminerer.

EVIDENSBASERT REKRUTTERING

Uavhengig av vår intuitive holdning til bruk av tester i rekrutteringssammenheng fremstår tiden som moden for et paradigmeskifte. Forskningen forteller oss at det ustrukturerte intervjuet er dårlig egnet til å predikere arbeidssøkerens faktiske prestasjon. Den samme lave predikative validiteten ser dessverre også ut til å være gjeldende for «arbeidslivserfaring» og «år i utdanning» – to variabler som frem til nå har blitt vektet særdeles tungt i psykisk helsevern. Da er det besynderlig at vi som representanter for evidensbaserte metoder ikke drar veksler på bidragene fra psykologfaglig forskning og ser verdien av *evidensbasert rekruttering*. For klinikkledere i psykisk helsevern ligger det et stort potensial i å legge denne forskningen til grunn ved ansettelser. Effektive og transparente rekrutteringsprosesser, færre feilansettelser og en mer mangfoldig psykologstand er bare noen av de potensielle fordelene som er å finne i implementeringen av nye ansettelsesprosedyrer. ✕

REFERANSER

- Midtbøen, A., & Rogstad, J. (2012). *Diskrimineringsomfang og årsaker. Etniske minoriteters tilgang til norsk næringsliv* (rapport nr. 2012:1) Oslo: Institutt for samfunnsforskning.
- Schauer, J. (1998). *Den umulige samtale. Sprog, køn og magt i jobsamtaler*. København: Akademisk forlag.
- Schmidt, F.L. (1976). *A note on the Urry method of approximating the item parameters of latent trait theory*. Washington, D.C.: U.S. Civil Service Commission.
- Schmidt, F.L. & Hunter, J.E. (1998). The validity and utility of selection methods in personnel psychology: Practical and theoretical implications of 85 years of research findings. *Psychological bulletin*, 124(2), 262–274.
- Skorstad, E. (2015). *Rett person på rett plass. Psykologiske metoder i rekruttering og lederutvikling*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.



Det er besynderlig at vi som representanter for evidensbaserte metoder ikke drar veksler på bidragene fra psykologfaglig forskning og ser verdien av *evidensbasert rekruttering*

Maktmisbruk bak lukkede dører

Psykologer er i en maktposisjon der de styrer behandlingen i kraft av sin profesjonskompetanse. Hvordan kvalitetssikre psykologer, slik at ingen trenger å oppleve det jeg gjorde?



ANONYM BRUKER

MAKTMISBRUK

DET ER IKKE uvanlig at pasienter blir fanget i et jernnett av bindinger og følelser i de tilfeller der psykologen utnytter sin makt i det lukkede terapirommet. Jeg har vært der selv og klart å komme meg ut av det på egen hånd. Nå ønsker jeg å starte en debatt om hvordan samfunnet, og ikke minst psykologene selv, kan bidra til å sikre at mennesker i en sårbar situasjon kan oppsøke kvalifisert hjelp uten å risikere å oppleve det jeg har vært utsatt for.

MIN HISTORIE

Det startet tidlig på 2000-tallet. Etter fire år i terapi på DPS henviste en terapeut meg med diagnosen PTSD til en mannlig privatpraktiserende terapeut med statlig refusjonsavtale. Han drev med en type eksperimentell behandling i et mørkt kjellerrom der vi lå ved siden av hverandre på madrasser på gulvet. Jeg ble forespeilet å bli bra i løpet av en tremåneders intensiv behandling med opptil tre dobbeltimer i uken. Istedenfor å snakke og reflektere over problemene mine skulle jeg kjenne etter og skrike smertene ut. Etter tre måneder var jeg fanget og splittet, mens en del av meg hadde blind tiltro til at jeg skulle bli frisk.

Jeg ble trukket inn i et «univers» og et forhold med han i et tidligere liv. Til tross for at jeg opplevde situasjonen slik, maktet jeg ikke å avbryte den destruktive «terapien» på det tidspunktet. Ingen andre visste, eller sjekket, hva som foregikk i den lange og svært omfattende behandlingen.

Han ga meg diagnosen «F44.8» kjenne-tegnet med panikkanfall, mulige psykogene

kramper, dissosiasjon opptil 30 minutter, selvskading med suicidfare og en psykose som virket nær. Underveis i «terapien» ble jeg i tillegg fulgt opp av en psykiater grunnet medisinerings. Han noterte i journalen: «Uregelmessig og svært belastende (...)terapi. Hun er presset av terapien og ønsker vel å dø, men benekter aktiv suicidalitet. Terapeuten må ta sitt ansvar.»

Jeg husket ikke hva som foregikk i terapien når jeg ikke var der, men følte at jeg måtte tilbake dit. Etter hvert gikk det opp for meg hva som foregikk. Det var skambelagt, men jeg forstod at for å komme videre måtte jeg klage til fylkesmannen, som sendte saken videre til Helsetilsynet. Konklusjon: Psykologen mistet sin autorisasjon på grunn av grov mangel på faglig innsikt, uforsvarlig virksomhet og grove pliktbrudd. Helsetilsynet konkluderte blant annet med at det var vanskelig å se at terapeutens anmodning om at jeg måtte sitte med bar overkropp, hadde noen annen forklaring enn at den var seksuelt motivert fra psykologens side. Det samme gjaldt de gangene jeg fikk tilbud om å hvile på hans mage/bryst.

I ettertid ble jeg utredet ved en traumepoliklinikk som vurderte meg klart behandlingstrengende.

For å rekonstruere min terapihistorie og forstå hva som skjedde med meg i alle disse årene, ba jeg i ettertid om innsyn i mine journaler fra DPS og den nevnte psykologen. Begge journalene viste store mangler. Journalen fra DPS inneholdt bare notater vedrørende åtte måneder av en fireårig behandling. Jeg ble forklart

at dette skyldtes overgangen til et nytt arkivsystem, der man antageligvis ved en feiltagelse hadde makulert resten. Journalen til den privatpraktiserende psykologen fylte ikke minimumskravene til en pasientjournal. Den inneholdt ikke noe systematisk kartlegging av min tilstand eller situasjon ved tydelige endringer, behandlingsplan eller evalueringer. Den manglet også notatene fra de første fem behandlingssårene.

OMFATTENDE SVIKT

Min sak viser etter min mening svikt i flere ledd. I forbindelse med Helsetilsynets behandling av klagen ble det utarbeidet en sakkyndigrapport som framhever at terapeuten allerede tidlig i sin karriere fikk beskjed om at han ikke måtte praktisere ut fra de prinsippene han brukte i behandlingen med meg. Hvordan er det da mulig at han etablerer sin egen praksis med fullt driftstilskudd og praktiserer denne metoden i over 40 år uten at noen sjekker hva han holder på med? Hvordan er det mulig at en psykologspesialist/teamleder ved DPS henviser meg til en terapeut som arbeider etter slike prinsipper, når det var kjent at en slik behandling ikke er godkjent i Norge? Hvordan er det mulig at ingen sjekker hva som foregår i denne svært omfattende og lange terapien som varte i elleve år?

Dette fører meg til hovedspørsmålet: Hvordan kvalitetssikre psykologer, slik at dette ikke skjer igjen? Det kan se ut som det trengs tiltak på flere nivåer. Min sak viser at det er grunn til å se nærmere på både journalføring og pasient-psykolog-relasjonen. Ifølge helsepersonelloven er journalen et arbeidsverktøy, som skal dokumentere hvilken behandling som er gitt. I mitt tilfelle var både DPS og psykologens journaler svært mangelfulle.

Et pasient-terapeut-forhold er preget av nærhet ettersom samtalene knytter seg til pasientens innerste, personlige følelser og tanker. Dette skjer bak lukkede dører, i en privatpraksis eller på en institusjon. Et slikt forhold er preget av mangel på likevekt. Som pasient har man utfordringer som terapeuten skal forsøke å bidra til å løse. Terapeuten er i en maktposisjon, han styrer behandlingen i kraft av sin profesjonskompetanse. Som pasient er man ofte forsvarsløs og fanget. Det som skjer bak lukkede dører, er utenfor andres kontroll. Hvordan kan man sikre at det som foregår der, er

etisk og moralsk forsvarlig og bidrar til pasientens bedring? Noen vil kanskje foreslå å bruke overvåkningskamera for å ha kontroll over hva som foregår under terapien. Jeg tror ikke det er veien å gå. Det vil skape utrygghet og er ikke forenlig med kravene til personvern.

Videre er jeg skeptisk til en ytterligere byråkratisering i form av økt dokumentasjonskrav. Slik jeg ser det, medfører dette at fokuset flyttes fra psykologenes primæroppgave, som burde ligge i å hjelpe pasienten, til å bruke mer tid på dokumentasjon og byråkratiske oppgaver. Som pasient har jeg selv blitt stresset av slitne og lite nærværende terapeuter som er overleset av administrasjonsoppgaver.

Jeg tenker at debatten i stedet burde konsentrere seg rundt dynamikken i det lukkede terapeutiske rommet. Hva er det som gjør at en terapeut går over streken og blir overgriper? Vil dette kunne unngås dersom det var flere til stede, kanskje to terapeuter, eller en terapeut og en psykiatrisk sykepleier? Hva om pårørende eller personer som står pasienten nær, hadde en mer aktiv rolle i behandlingsforløpet? Dette er noe som i hvert fall jeg og samboeren min kan enes om: Hadde han fått anledning til å være mer delaktig i behandlingsforløpet, hadde vi kanskje oppdaget min dissosiasjon mange år tidligere. Kanskje hadde jeg klart å avslutte det terapeutiske forholdet før, og kanskje hadde terapeuten unngått å gå over streken? Jeg vet ikke.

Det jeg derimot er sikker på, er at vi må jobbe mot mer åpenhet og mindre skam, både i samfunnet generelt og i psykologverden spesielt. Det dreier seg om åpenhet rundt grenseoverskridende adferd og seksuelle overgrep i et terapeutisk rom. Min historie er ikke unik, jeg kjenner til flere som har hatt lignende opplevelser, både hos private og offentlige behandlere. Dette er kanskje vanligere enn hva vi liker å tro. Jeg mener det nå er på tide at profesjonen selv setter dette på dagsorden. ❌

Psykologtidsskriftet kjenner identiteten til forfatteren og har fått innsyn i tilsynsaken fra Helsetilsynet. Psykologtidsskriftet har vært i kontakt med psykologen som omtales i innlegget. Vedkommende ønsker ikke å kommentere saken.



Det som skjer bak lukkede dører, er utenfor andres kontroll

Faksimile fra
Psykologtidsskriftet
04/2017



Alternativet

Psykoanalysen mangler i debatten om vitenskapsteori.

JON SLETVOLD,
psykolog

VITENSKAPSTEORI

JEG ER BLITT slått av at den psykoanalytiske psykologien er utelatt i den viktige diskusjonen om psykologiens vitenskapelighet som Jan Smedslund innledet i *Psykologtidsskriftet* nr. 4, 2017.

Etter min mening er Jan Smedslunds kritikk av psykologisk forskning som bygger på statistisk behandling av data, meget vel fundert. Jeg mener det også er riktig at denne typen psykologisk forskning aldri har dannet grunnlag for psykologisk praksis. Det betyr ikke at denne typen forskning er verdiløs. Problemet er heller troen på at faget psykologi kan bygges opp på grunnlag av studier basert på statistisk behandling av data. Det er *idealiseringsen* av denne type forskning innenfor universitetspsykologien som er problematisk, etter mitt syn.

Jeg er altså enig med Smedslund i at den tradisjonelle akademiske forskningen ikke har gitt resultater som – alene – kan danne grunnlag for psykologisk praksis. Jeg er imidlertid helt uenig med Smedslund når han mener at psykologisk praksis i stedet kan bygge på «hva vi alle vet om hva det vil si å være menneske» (2017, vol. 54, s. 1203).

PSYKOANALYSENS BIDRAG

Tidligere gikk den type psykologisk forskning Smedslund kritiserer, under samlebetegnelsen eksperimentell psykologi. Det har imidlertid eksistert et alternativ til den eksperimentelle psykologien i over hundre år, nemlig den psykoanalytiske psykologien. Norges første professor i psykologi Harald Schjelderup uttalte at

han sto hjelpeløs i møte med mennesker som spurte om råd med psykologiske problemer før han studerte psykoanalyse. (Han ble professor før han studerte psykoanalyse.)

Rundt 1970 startet diskusjonen ved Psykologisk institutt, UiO, om utviklingen av psykologistudiet i retning av det som er blitt dagen profesjonsstudium. Jeg var studentrepresentant i styre og råd den gangen og husker at jeg ble overrasket da Per Saugstad, Norges første professor i eksperimentalpsykologi, argumenterte sterkt mot en profesjonsutdanning fordi han mente det kunnskapsmessige grunnlaget fullstendig manglet. Den gangen virket dette sært på meg. I dag tenker jeg at Saugstad hadde helt rett ut fra sine premisser. For ham var psykologi synonymt med den eksperimentalpsykologien som var utviklet fra 1870 til 1970.

Mens den type empirisk forskning Smedslund kritiserer, har fortsatt å dominere universitetspsykologien, er det den psykoanalytiske psykologien som har satt sitt preg på offentligheten og andre fag. Ved årtusenskiftet ga *Time Magazine* ut et spesialnummer om det 20. århundres fremste forskere og tenkere. På forsiden var det en tegning av Einstein på Freuds analysebenk. I den alminnelige offentlighet tror jeg det er få som reagerte på at disse to ble fremhevet fremfor andre fremragende forskere i forrige århundre. Men jeg vil tro mange psykologiprofessorer gremmet seg.

Smedslund sier om sitt alternativ, «hva vi alle vet om hva det vil si å være menneske»:

Konkret betyr det at vi alle vet at det må virke å møte noen som i utgangspunktet stiller seg åpen («ikke-vitende»), og som konsekvent behandler deg med genuin respekt, omsorg, forståelse, egenkontroll og selvkontroll i en skjermet situasjon (2017, 12, s. 1203).

Dette er etter mitt syn ikke noe vi alle vet om hva det vil si å være menneske, men derimot en god sammenfatning av en viktig del av resultatene av over hundre års psykoanalytisk forskning. (Psychoanalytic Electronic Publishing, PEP-web gir oversikt over mer enn 70 fagfellevurderte tidsskrifter.)

Jeg vil anbefale interesserte å lese «Ulvemannens» beskrivelse av sitt møte med Freud i 1911 (Gardiner/Freud, 1974). Det er slående hvor sammenfallende Ulvemannens opplevelse er med Smedslunds beskrivelse av «hva

vi alle vet». For Ulvemannen sto imidlertid opplevelsen i sterk kontrast til hans tidligere erfaringer i møte med tidens fremste professorer og eksperter på nervøse lidelser.

Noen lesere med kjennskap til klassisk psykoanalyse vil innvende at mye tidlig psykoanalytisk teori ikke var preget av en åpen og ikke-vitende holdning. Det er heller ikke mangel på eksempler på dette i Freuds egne publikasjoner. Likevel kunne altså Freud allerede i 1911 framstå med en åpen holdning i sin praksis. Ofte vil praksis ligge foran teori. I Norge beskrev imidlertid Harald Schjelderup psykoanalysens essens på tilsvarende måte allerede på 1930-tallet. Over hundre års psykoanalytisk forskning har resultert i at dagens psykoanalyse, etter *the relational turn*, relativt enstemmig har konkludert med det Smedslund mener vi nå alle vet. Det hører imidlertid også med til historien at statistikkbasert psykoterapiforskning er i ferd med å komme til samme resultat (Lingiardi et al., 2016).



REFERANSER

- Lingiardi, U., Holmquist, R. & Safran, J.D. (2016). Relational turn and psychotherapy research. *Contemporary Psychoanalysis*, vol. 0, no. 0: 1–38.
- Gardiner, M./Freud, S. (1974). *Ulvemannen*. Oslo: Pax forlag A/S.
- Smedslund, J. (2017). Det kommer an på. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 4, 403–407.
- Smedslund, J. (2017). Vi prøver igjen: Hvordan arbeider egentlig psykologer. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 12, 1202–1203.

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 og Reichelt)
- Nr. 10 - 2017** Ingen katastrofe for psykologien (Smedslund)
- Nr. 11 - 2017** Vitenskapelig absolutisme en gang til (Skjerve og Reichelt)
- Nr. 12 - 2017** Vi prøver igjen: Hvordan arbeider egentlig psykologer? (Smedslund)



For lite maktorientert

Vi har en plikt til å forsvare #metoo-ofrene.

HELÉN INGRID ANDREASSEN,
profesjonsstudent,
Universitetet i Oslo

#METOO

#METOO-KAMPANJEN har skapt og skaper fremdeles jordskjelv, både nasjonalt og internasjonalt. Fortellinger om undertrykkelse og seksualisering har vært en nærmest daglig hendelse, og i flere måneder har vi vært vitner til at politikere, journalister og samfunnsstopper har gått fra sine jobber og posisjoner.

Mange med psykologfaglig kompetanse har tatt en aktiv rolle i den påfølgende mediedebatten. Det er et godt tegn. Psykologi er en berikelse for samfunnsdiskursen, kanskje spesielt med et så komplekst tema som #metoo, som favner både seksuell trakassering, makt og kjønnsdynamikk. Professor ved NTNU og cand.psychol. Leif O. Kennair har vært ute og snakket om hvordan forskjeller i seksuell psykologi kan forklare noen av konfliktene som nå går under paraplyen #metoo (Dagens Næringsliv, 11.12.17). Professor ved UiO Bente Træen legger vekt på at kvinner må bli flinkere til å avvise en flørt for å få bukt med seksuell trakassering (TV2, 26.01.18). Sosialpsykolog Mons Bendixen har uttalt at han er bekymret for at kvinner setter likhetstegn mellom ubehagelig flørtning og seksuell trakassering, samt at rammene for hva som kan kalles seksuell trakassering, har blitt for vide (NRK, 13.01.18, Dagsavisen 25.10. 17).

ETISK ANSVAR

Har vi som psykologer et ansvar for å nyansere den offentlige diskursen rundt #metoo? Seksuell trakassering, både fra offerets og overgriperens perspektiv, er et tema psykologer har mye kompetanse om. Jeg vil argumentere for at vi har et etisk ansvar for å nyansere debatten rundt de psykologiske mekanismene som skaper #metoo-situasjonene – og fremheve hvordan seksuell trakassering oppleves for de som utsettes for det.

I et underkapittel i *Etiske prinsipper for nordiske psykologer (EPNP)* finner vi følgende tekst:

Ansvar

Psykologen tar selvstendig ansvar for kvaliteten og konsekvensene av sitt arbeid, men er samtidig klar over at han/hun av andre oppleves som en representant for sin yrkesgruppe.

Er dette et prinsipp som er tilstrekkelig ivaretatt i debatten rundt #metoo? Selv om det ikke er noe prinsipielt galt i de enkelte utspillene som nevnes i dette innlegget, mener jeg likevel det er verdt å reflektere rundt hva slags inntrykk folk flest fester seg ved.

I deknningen av #metoo i media er det to typer utspill fra psykologhold som er særlig fremtredende, slik jeg opplever det: å forklare overgripernes atferd og å be kvinner si tydeligere ifra når de opplever seksuell trakassering. Dette er bekymringsfullt. Det er forsvinnende få som reflekterer rundt maktaspektet ved seksuell trakassering, eller hvordan det oppleves å være offer for trakassering. Det er foruroligende med tanke på hva slags inntrykk dette etterlater vår profesjon i, nettopp sett i lys av etikkens fokus på at en representant kan bli sett på som talsperson for hele standen.

Dette blir også en aktuell problematikk når andre med psykologfaglig kompetanse uttaler seg, da skillet mellom de med master/doktorgrad i psykologi og psykologer ikke er like klart for alle. Vi bør spørre oss selv om hvordan psykologien forstås i denne avgjørende tiden, når oppfatninger om kjønn, sex og makt er i endring. Hvor har de med psykologisk kompetanse sin empati og forståelse? Og hva slags inntrykk etterlater disse uttalelsene seg hos ofrene for seksuell trakassering og overgrep, som nå endelig sier ifra gjennom #metoo?

FOKUS PÅ MAKT

Haldor Øvreeide (2013) diskuterer forholdet mellom psykologi og makt i sin bok *Fagetikk for psykologisk arbeid*. Han fremhever at som psykologer blir vår rolle ofte å håndtere ofre for maktoverskridelser og svikt i relasjoner. Vi må dermed forholde oss til makt, og være klar over at aktørene i maktkamp kan forsøke å påvirke psykologien. I boka står det:

Den spesielle oppmerksomheten og populariteten som visse psykologiske teorier, forskningsresultater, diagnoser og benevnninger får, kan ofte avleses ut fra spesielle interesser i rela-

sjoner der det er spenninger eller potensial for spenninger som har sammenheng med makt og ansvar (s. 44).

Dette resonnementet bør ikke bare gjelder psykologen i terapirommet, men også i det offentlige rom. Som Øvreeide skriver: «Psykologiske teorier og forskningsresultater blir ofte brukt i subtile diskurser om skyld» (s. 44). Det er grunn til å være redd for at inntrykket som fester seg i befolkningen, er at vi som har psykologfaglig kompetanse, forsvarer makthaverne som trakasserer – ikke de som trenger det mest, nemlig de som utsettes for maktovergrep.

Som psykologer må vi forholde oss til makt og maktdynamikk, og være bevisste hvordan vår kunnskap oppfattes og brukes i det offentlige ordskiftet.

Selv om det ikke står noe i EPNP om hvilken side man burde ta i offentlige debatter, vil jeg likevel argumentere for at vi har et etisk ansvar for å forsvare «den svake part», i den forstand at det er de som utsettes for maktovergrep. Hvorfor er det så forsvinnende få som har vist til den psykologiske forskningen som forteller hvordan det er å utsettes for denne typen overgrep? Eller hvor vanskelig det må være å varsle? Det fremstår for meg som om forskningen gir et rimelig klart bilde av hvor tøft det er å stå i begge situasjoner.

Noen psykologer vil mene at det er meningsløst å bidra med dette perspektivet i mediedebatten fordi det er helt åpenbar kunnskap. Det er jeg uenig i. Ser vi i kommentarfeltene til #metoo-sakene, ser vi flere som ikke vurderer seksuell trakassering og varsling som belastende. Det er også viktig å ikke undervurdere betydningen av at nettopp psykologer er med på å utdanne befolkningen i hva trakasseringsofrene nå står i.

Seksuell trakassering og overgrep er noe mange psykologer jobber med, og har spesialkompetanse på. Vi må både gjøre det tydelig hvor hardt det er å utsettes for seksuell trakassering, hvor krevende det er å varsle – og hvor viktig det er å støtte opp om personer som står i denne situasjonen. Her er det mange med lang erfaring og kompetanse. Jeg oppfordrer dere til å dele denne med offentligheten. ❌



ME-debatten trenger ikke være så betent

Den offentlige debatten knyttet til ME røper noe om vårt forhold til fysisk og psykisk sykdom.

ELINE LIE HÆREID, psykolog

KRONISK UTMATTELSESSYNDROM

ME-DEBATTEN BÆRER PREG av å være polarisert. De friske føler ikke at de blir trodd, og de syke føler ikke de blir tatt på alvor. Kjernen i diskusjonen handler om hvorvidt ME er en sykdom som kan behandles med psykologiske metoder, eller om ME primært er en fysiologisk tilstand som må behandles på lik linje med annen sykdom, som f.eks. kreft.

Noen mener at ME er en fysisk sykdom, men at den likevel kan behandles med psykologiske behandlingsmetoder. Her er vi inne i et komplekst felt der det ikke finnes klare skillelinjer mellom det vi anser som fysisk og psykologisk betinget. Ofte tenker vi at dersom en sykdom kan behandles med psykologiske metoder, kan den ikke være fysisk fundert.

Mitt perspektiv, både i lys av å ha ME-diagnosen selv og å være psykolog, er at ME primært er en fysiologisk tilstand, men at den kan bedres, for noen, med psykologiske metoder som har til hensikt å påvirke det autonome nervesystemet.

BETENT DEBATT

Det mest interessante med ME-diskusjonen er imidlertid hva som skjer med oss når det finnes en viss usikkerhet om hvorvidt psykologiske metoder kan gjøre en frisk fra ME. Det snakkes om skyldfølelse blant de som for eksempel forsøker metoden Lightning Process uten hell. Når man mener at psykologiske metoder kan ha effekt, oversettes det noen ganger til at man må «ta seg sammen», og det kan oppfattes som ens egen feil hvis man ikke har klart å bli frisk.

Det er essensielt å finne den beste behandlingen for ME, og det er viktig å skille den fra andre lidelser som f.eks. depresjon, men jeg vil likevel påstå at debatten blir betent av noe helt grunnleggende: hvordan vi ser på og drar skillelinjer mellom fysisk og psykisk sykdom. Har fysisk sykdom høyere status enn psykisk sykdom? Blir fysisk sykdom tatt mer på alvor? Hvorfor føler vi mer skam og skyld rundt psykisk sykdom enn fysisk sykdom? Er det nødvendigvis lettere å bli frisk av psykisk sykdom enn fysisk sykdom? >>

ULIK STATUS

Min oppfatning er at fysisk sykdom alltid har hatt høyere status enn psykisk sykdom. Når noe er forankret fysisk, føler vi ikke lenger at det er vår egen skyld, det er noe som har hendt oss, mens det psykiske kan vi gjøre noe med, det er vår egen feil. Det psykiske blir i større grad sammenvevd med personlighet og identitet.

Men er det egentlig sant at en person med angst eller depresjon skal skyldes på seg selv for sin måte å tenke eller handle på? Slik oppstår skam og skyld, og følelsen av at det er noe galt med en. Kan en person med ME puste lettet ut når hun får bekreftet at sykdommen først og fremst har forankring i det fysiologiske?

UTENFOR VÅR KONTROLL

Det er blitt anslått at 40 prosent av de som lider av depresjon, kan være genetisk disponert for det (Faris, 2016; Douglas, Levinson, Walter & Nichols). Innenfor traumepsykologien finner vi en tilstand som kalles Global High Intensity Activation (GHIA): forhøyet autonomt alarmberedskap. Årsak kan være tidlige traumer som komplisert svangerskap, komplisert fødsel og høy feber (*Somatic Experiencing Trainer Manual*, 2017). Dette kan senere oppfattes som et personlighetstrekk (f.eks. «høysensitiv») heller enn tidlige traumer, fordi det blir en stabil tilstand for den som er rammet. Poenget med å vise til disse eksemplene er at psykiske lidelser kan komme av årsaker som er like mye utenfor vår kontroll og tankekraft som fysiske tilstander.

Hver enkelt sykdom har sin unike årsaksforklaring, med mange faktorer vi ikke har oversikt over. Det er blant annet gjort en studie ved

Universitetet i Lund som viste at kvinner med lite stressdempende hormon i kroppen hadde over tredobbelt risiko for brystkreft sammenlignet med de som hadde høyt nivå av hormonet (Melander et al., 2015). Kosthold kan være det som forverrer depresjon, og medisiner kan være tiltaket som gjør den deprimerte bedre. Så lenge vi er mennesker, er vi fulle av fysiologiske og psykologiske «feil» som ikke skyldes annet enn vår menneskelige natur, der gener møter psykiske og fysiske faktorer.

ANSVAR, MEN IKKE SKYLD

Jeg mener at å snakke om skyld i seg selv er destruktivt. Å snakke om ansvar er konstruktivt. Uansett hvilke sykdom vi har, har det sammenheng med gener, miljø og livsstil. Hvordan vi forholder oss til sykdommen, hva vi gjør for å oppnå mulig bedring, eller hvordan vi velger å leve med den kroppen vi har, er vårt ansvar. Noen blir friske gjennom ulike tiltak, andre blir ikke det. Vi må respektere at hvert sykdomsforløp er unikt.

Hvis vi tenker at vi kan gjøre noe for å bli bedre eller helt friske fra en hvilken som helst sykdom, betyr det at vi ikke har gjort en god nok jobb om vi ikke opplever bedring? Dersom vi ikke selv aksepterer sykdommen, eller de rundt oss ikke respekterer de begrensningene som sykdommen gir, blir det en stor belastning for den som er syk. Derfor tror jeg både på respekt for de begrensningene man har, og tiltak som kan bedre livskvaliteten eller sykdommen i seg selv. Det er avgjørende med et mindre stigmatiserende forhold til psykologiske faktorer slik at vi vil kunne se mer nøytralt på hvordan de påvirker fysiske sykdommer. ✕

REFERANSER

- Douglas F. Levinson, M.D. Walter E. Nichols, M.D., Depression and genetics. *Department of Psychiatry and Behavioral Sciences*. Stanford Medicine. Hentet fra; <http://depressiongenetics.stanford.edu/mddandgenes.html>
- Eriksen, H.R., Murison, R., Pensgaard, M., Ursin H. (2005). Cognitive activation theory of stress (CATS). *Psychoneuroendocrinology* 30, 933–938. Hentet fra; https://www.researchgate.net/publication/7779512_Cognitive_activation_theory_of_stress_CATS

- Faris, S. (2016). Is depression Genetic? Medically reviewed by Legg, T.J., PhD, CRNP Hentet fra: <https://www.healthline.com/health/depression/genetic>
- Melander O., Orho-Melander, M., Manjer, J., Svensson, T., Almgren, P., Nilsson, P.M., Engström, G., Hedblad, B., Borgquist, S., Hartmann, O., Struck, J., Bergmann, A., Belting, M. (2015). Stable Peptide of the Endogenous Opioid Enkephalin Precursor and Breast Cancer Risk. *Journal of Clinical Oncology*. doi: 10.1200/JCO.2014.59.7682.
- SE-Foreningen (2017). *Somatic Experiencing Training Manual* (ikke offentlig tilgjengelig).

Psykologforeningens arbeid med ELTE-saken

Kjernen i ELTE-saken er hvorvidt studentene er kvalifiserte for lisens. Studentene mener de er det, godkjenningsmyndighetene og klageorganet for godkjenninger sier de ikke er det.

PSYKOLOGISTUDENTER ved ELTE-universitetet i Ungarn mistet muligheten til å bli psykolog da Helsedirektoratet i 2016 konkluderte med at utdanningen derfra likevel ikke ga grunnlag for lisens. Jeg har stor sympati for ELTE-studenter som har havnet i en vanskelig situasjon på grunn av denne praksisendringen. Psykologforeningen har bistått sine ELTE-medlemmer med advokathjelp for at de skulle få prøvet saken sin.

KJERNEN

Kjernen i ELTE-saken er hvorvidt studentene er kvalifiserte for lisens. Studentene mener de er det, godkjenningsmyndighetene og klageorganet for godkjenninger sier de ikke er det. Vurderingen av dette har ikke, og skal ikke, Psykologforeningen ha en rolle i. Derimot skal godkjenningsmyndighetene etter loven søke råd hos universitetene. Psykologforeningen må forholde seg til de forvaltningsmyndighetene som godkjenner alt helsepersonell i Norge.

Hensynet til pasientsikkerhet og opprettholdelse av faglige standarder er det Psykologforeningen har vært opptatt av i denne saken. Vi opplever at også ELTE-studentene deler synet på at dette er de sentrale hensyn å ta.

FAGLIGE STANDARDER

I midten av februar sendte Helse- og omsorgsdepartementet en bestilling til Helsedirektora-

et som antydte et kompletterende opplegg. Et opplegg med mål om å sikre at ELTE-studentene kunne bli psykologer i løpet av 12 måneder. Det er vesentlig kortere enn det Helsedirektoratet, etter råd fra universitetene, hadde skissert i utgangspunktet. For å sikre faglige standarder har derfor Psykologforeningen vært aktiv i påvirkningsarbeidet frem mot Helsedirektoratets frist 20. mars. Det er vårt ansvar som faglig forening.

I alle våre uttalelser har det vært to sentrale budskap:

1. Det er bra at det lages et kompletterende opplegg for ELTE-studentene som ble rammet av Helsedirektoratets praksisendring.
2. Hensynet til pasientsikkerheten fordrer at den faglige standarden opprettholdes. Studentene må oppfylle kravene til standarden. Derfor kan de ikke gis lisens fra dag én.

Nå håper jeg det snart kommer på plass en god løsning som møter faglige krav innenfor en ramme som er til å leve med for ELTE-studentene. ✕

Teksten er tidligere blitt sendt ut som nyhetsbrev.
Se også notis på side 357.



TOR LEVIN HOFGAARD,
President i Norsk psykologforening

ELTE-SAKEN

Fra arkivet: 2008

Aksjonsforskning som faglig grep i norsk organisasjonspsykologi

Den første fasen av norsk organisasjonspsykologi var preget av aksjonsforskning som faglig grep. På denne tiden var det liten tvil om at aksjonsforskningen var faglig radikal og politisk kontroversiell. Historien har vist at denne tidlige generasjonen av organisasjonspsykologer beskjefteget seg med problemstillinger som først med tyngde kom på den samfunnsvitenskapelige dagsordenen 50 år senere. Aksjonsforskningens sterke påvirkning på organisasjonspsykologien bygget på overlappende metodiske grep i denne tidlige fasen. Med på kjøpet fikk organisasjonspsykologene også et alternativt forskningsparadigme slik det var utviklet innenfor aksjonsforskningen. I den første fasen var denne symbiosen fruktbar både i vitenskapelig henseende og som grunnlag for praktisk og «klinisk» virksomhet. At betydelige økonomiske ressurser var knyttet opp til blant annet samarbeidsforsøkene, skapte også et trykk mot en tett kopling mellom aksjonsforskning og organisasjonspsykologi. Denne første lukningen av «den svarte boksen» kan gjerne betegnes som det kliniske organisasjonspsykologiske paradigmet.

Men paradigmer varer ikke evig, og i løpet av tiåret fra 1975 og til 1985 avløses den kliniske modellen av en modell hvor forskning og anvendelse separeres. Forskere, gjerne lokalisert til universiteter, produserer vitenskapelig basert kunnskap som i neste ledd skal danne grunnlag for operativ anvendelse i organisasjoner. Denne nye «svarte boksen» lukkes både ved at aksjonsforskningen settes under sterk kritikk, og ved at den universitetsbaserte psykologien får sterkere fotfeste. Dette paradigmet kan omtales som det *arbeidsdelte*. Her fremstår den forskningsbaserte kunnskapsutviklingen og anvendelsen av kunnskapen i konkrete kontekster som skilte prosesser. I den kliniske modellen for profesjonelt psykologisk arbeid er derimot prosessene med kunnskapsutvikling og konkret «problemløsning» direkte integrert i det konkrete arbeidet.

Konstruksjonen av organisasjonspsykologi i Norge må også forstås ut fra de føringene som lå i psykologiprofesjonens faglige ståsted (ontologisk, epistemologisk og metodisk), og som til sammen dannet en begrunnelse for hva psykologien som fagfelt skulle omfatte. Noe av det fascinerende med psykologien som fagfelt er at det favner alle fasetter av faglige paradigmer, og derfor spenner fra naturvitenska-

pelig orientert forskning til konstruktivistiske posisjoner. Men selv om dette i prinsippet skulle gi et landskap hvor de fleste metodiske grep og faglige aktiviteter er mulig, viser det seg at konvensjonelle faglige modeller og metodiske grep etter hvert får en dominerende plass.

(...)

Veivalget for organisasjonspsykologien kan lett avgrenses til et valg mellom det å bli «klinisk» eller å fortsette i den «arbeidsdelte» retningen som dominerer i dag. Men å resonnerer slik vil åpenbart føre til historiske feilslutninger. Det er ingen grunn til å tro at historien gjentar seg. Spørsmålet er snarere hva en kan lære av historien, og hvordan denne innsikten kan brukes til å stake ut en ny kurs. Mens den *arbeidsdelte* forståelsen for faglig virke er mest i vinden i dag, er det også klart at denne måten å utøve profesjonell aktivitet på er under sterk kritikk. Særlig utfordrende er det innenfor denne modellen å jobbe med spørsmål knyttet til lokal læring og utvikling, når den profesjonelle fremstår som formidleren av universitetenes forskningsbaserte kunnskap. Derfor er utfordringen etter mitt syn å gjenskape en «klinisk» modell for profesjonelt virke som samtidig tar høyde for dagens debatt om kunnskapsutvikling som kontekstbasert og ko-generert med problemeierne.

Fra Morten Levins «Organisasjonspsykologien som norsk fagdisiplin – skapt i skjæringspunktet mellom aksjonsforskning og disiplinær tradisjon», mars 2008

Selv om dette i prinsippet skulle gi et landskap hvor de fleste metodiske grep og faglige aktiviteter er mulig, viser det seg at konvensjonelle faglige modeller og metodiske grep etter hvert får en dominerende plass



Engasjerende fra katastrofeområder

Lynne Jones skriver godt om katastrofe-psykiatri i boken *Outside the Asylum*. Men forfatteren kunne bydd enda mer på seg selv, mener psykologspesialist, Steinar Johannessen.

Anmeldelse, side 379

«Innføringsbok om PPT viser fram manglene og hvordan feltet burde ha vært»

Psykolog og kritiker Joanna Rzadzowska har lest boken *Pedagogisk-psykologisk arbeid*. Bokessay, side 376

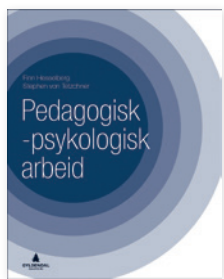
Har du lyst til å anmelde i Psykologtidsskriftet?

Vi ønsker velbegrunnede og nyanserte anmeldelser av psykologisk fagstoff. Lengre bokessay er også av interesse.

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

I navnet, men ikke i gavnet?

Psykologenes rolle i pedagogisk-psykologisk tjeneste (PPT) debatteres. En innføringsbok viser oss manglene i dagens PPT og hvordan feltet burde ha vært.



**FINN HESSELBERG
OG STEPHEN
VON TETZCHNER**

Pedagogisk-psykologisk arbeid. Gyldendal Akademisk, 2016. 420 sider

TEKST

Joanna Rzadzowska, psykolog, poet og kritiker

Abli en såkalt skolepsykolog er alt jeg drømte om da jeg gikk psykologstudiet i Polen. Jeg tok et fordypningssemester i utviklingspsykologi og hørte førstehandsberetninger om hvordan det er å ha et kontor i gangen på skolen: samtalene med elevene, utredningene, samarbeidet med lærerkollegiet. I dag trives jeg i jobben min i den pedagogisk-psykologiske tjenesten (PPT): å oppleve ungdommene i sitt naturlige habitat, å være et lavterskeltilbud som slipper til før problemene blir alvorlige, og å drive med systemarbeid. Eller å holde et stressmestringskurs for et auditorium fullt av overraskende våkne russ (dagen etter rusседåpen).

Da jeg spurte en kommende kollega om det fantes en bok jeg kunne lese før jeg startet, var svaret nei. Først i 2016 kom en innføringsbok spesielt rettet mot PPT, *Pedagogisk-psykologisk arbeid* (Gyldendal forlag), skrevet av Finn Hesselberg og Stephen von Tetzchner. Fra før av hadde man en historisk gjennomgang av

skolepsykologi i *Pedagogisk-psykologisk rådgivning* (Unipub, 2009) av Asbjørn Birkemo. Som et supplement kan man nevne mer spesifikke bøker om eksempelvis atferdsforstyrrelser, dysleksi eller lærevansker. Den første tiden i PPT leste jeg en del og hadde en flink fadder, for øvrig var det mye *learning by doing*.

HEMMELIG TJENESTE

Psykologene Aleksandra Marković og Camilla Bärthel Flaaten beskriver hvordan det er å jobbe i PPT i «Psykologiens hemmelige tjeneste» i *Tidsskrift for Norsk psykologforening* 12/2017: det «kreves mye kunnskap om systemet, om lovverk og om læreplaner, noe man i liten grad blir kjent med på studiet». Dette er en utfordring for alle nye psykologer i PPT, selv om pedagogene også klager over at de ikke lærer nok om opplæringsloven i løpet av studiet. Og hvis det er en ting PP-rådgiveren har under armen uansett hvor hun går, så er det en utgave av opplæringsloven.



Heldigvis kom det et fag på profesjonsstudiet ved Universitetet i Oslo våren 2008 som spesifikt omhandler å jobbe i PPT. Det heter pedagogisk-psykologisk rådgivning og inkluderer nå boken til Hesselberg og Tetzchner på sin pensumliste. Dette er en positiv utvikling, særlig siden vi stadig hører om en «psykologflukt» fra PPT.

Da jeg googlet nevnte flukt, fant jeg en rapport fra 2008 utgitt av Helsedirektoratet under tittelen *Psykologer i kommunene – barrierer og tiltak for økt rekruttering*. Et eget kapittel handlet om psykologer i PPT: «Helsedirektoratet er kjent med at det er en tendens til at psykologer i mindre grad rekrutteres til PP-tjenesten, og at de arbeider der i en kortere periode enn tidligere.» Mindre vilje til å ansette psykologer i PPT kombinert med at psykologene velger å slutte fortere? Det høres ut som en ond sirkel.

Likevel kan ikke PPT bare inneholde pedagoger, og Helsedirektoratets anbefalte medisiner mot «psykologflukten» er større tverrfaglig-

het. Vi som jobber i PPT, vet hvilket mangfold av vansker vi møter hver dag. Hesselberg og Tetzchner beskriver også denne situasjonen: «Pedagogisk-psykologisk arbeid anverder kunnskap fra mange områder, blant annet utviklingspsykologi, pedagogikk, spesialpedagogikk, læringspsykologi, klinisk psykologi, sosialpsykologi, medisin, helsefag og sosialt arbeid. (...) Sosial og relasjonell kompetanse er et nødvendig grunnlag i alt pedagogisk-psykologisk arbeid.»

BYRÅKRATISERING

Tetzchner og Hesselberg skriver også om den økende byråkratiseringen av PPT: «I skoleåret 2006–2007 hadde vel seks prosent enkeltvedtak om spesialundervisning, mens åtte prosent av elevene i skoleåret 2014–2015 hadde slike vedtak.» Lederen for ekspertgruppen for barn og unge med behov for særskilt tilrettelegging, professor Thomas Nordahl, var i begynnelsen av april på radio med en anbefaling om

NÆR KLASSEN

Å oppleve ungdommene i sitt naturlige habitat, møte elevene før problemene blir alvorlige, eller holde stressmestringskurs for et auditorium full av russ, er noe Joanna Rzadzowska verdsetter som PPT-psykolog. Foto: Maroke / Shutterstock / NTB scanpix





Det er en kardinalsynd at fagpersoner skriver med en ekskluderende fagsjargong, og at foreldre og ungdommer ikke forstår dokumentene som gjelder dem selv

å fjerne den lovfestede retten til spesialundervisning, slik at PP-rådgivere som er fanget bak dokumenthaugen på skrivebordet, i større grad skulle komme ut på skolene og møte elevene.

Selv som dette høres fristende ut, kan likevel Nordahls rapport knyttes til en trend startet av opplæringsloven fra 1998. Tidligere forskrifter der en rekke psykologrelaterte oppgaver ble trukket frem som kan- eller bør-oppgaver, ble ikke videreført i 1998, noe som har ført til en viss marginalisering av psykologopp-gaver i PP-tjenesten. På samme måte skriver Nordahl i rapporten at han vil omgjøre Statped og PPT til en «kommunal pedagogisk veiledningstjeneste». Han vil altså fjerne den psykologiske delen i navnet og (mest sannsynlig) i gavnet. Hvis Nordahls rapport brukes som grunnlag for reform, kan psykologene i enda større grad bli utdefinert av det som en gang het PP-tjenesten.

På den andre siden har Nordahl rett i at det er for mye når PP-rådgivere bruker 80 prosent av tiden sin på sakkyndige vurderinger. At vi heller bør ut i skolen, er nettopp et virke som innføringsboken til Tetzchner og Hesselberg forbereder studenten på. Blant annet er kapitlet om systemarbeid og endringsarbeid et interessant og altfor underbelyst område. Gjennom de siste årene har PP-rådgiveren i større og større grad blitt en byråkrat, men slik har det ikke alltid vært.

STORE ENDRINGER

Som mange andre samfunnsinstitusjoner har PP-tjenesten de siste hundre årene gjennomgått flere store omveltninger, blant annet med hensyn til hvilken fagprofil som er dominerende i tjenesten. Johan Lofthus ble ansatt som første skolepsykiater i 1923. I mellomkrigstiden jobbet skolepsykiaterne for det meste med å ta evnetester og sile visse elevgrupper inn i spesialskolene og de psykiatriske institusjonene. Enhetsskolen med ideen om et likeverdig tilbud til alle ble innført i Norge i 1936 og fikk ordentlig fotfeste på 50-tallet. Etter psykiaterne var det psykologenes tur, og Fiffi Piene ble Norges første skolepsykolog i 1946. Deretter snudde det igjen. Tetzchner og Hesselberg skriver: «Utviklingen har gått fra at bemanningen i hovedsak har vært psykologer og sosialfaglig personell, til at pedagoger med ulik grunnutdanning, spesialisering og kompetanse nå er den største gruppen.» Det kan

være mange årsaker til dette, profesjonskamp er en mulig hypotese, eller at oppgavene knyttet til å eksempelvis diagnostisere dysleksi og dyskalkuli har blitt mer etterspurt.

BETIMELIG PÅMINNELSE

Det hadde vært en stor fordel å lese boken til Hesselberg og Tetzchner før jeg startet i PPT, men jeg fikk også god nytte av å lese den nå. Den skisserer og fargelegger det store og uoversiktlige landskapet man jobber i, og gir en forståelse av de forskjellige oppgavene man må mestre som PP-rådgiver. Kapitlet om rapporter og tilbakemeldinger gir en betimelig påminnelse om at sakkyndige vurderinger, og i grunnen alt vi skriver, bør være forståelig for mottakeren. Forstår Per på ti år hva det vil si å ha en progredierende lidelse? Vet læreren hvordan han skal forholde seg til at Lise har god prosesseringshastighet, men visuell resonnering under gjennomsnittsområdet? Det er en kardinalsynd at fagpersoner skriver med en ekskluderende fagsjargong, og at foreldre og ungdommer ikke forstår dokumentene som gjelder dem selv. Dette kapitlet kan være ekstra nyttig, da det nylig har kommet flere rapporter som kritiserer hvordan PP-tjenesten utformer sakkyndige vurderinger, og det er et ønske fra høyere hold om forbedring på dette området. For eksempel Barneombudets fagrappport fra 2017, om elever med spesialundervisning i grunnskolen, under tittelen «Uten mål og mening».

En innvending man kan reise mot *Pedagogisk-psykologisk arbeid*, er at selv om den er svært informativ, så er den også skrevet på en nokså tørr og omstendelig måte. Selv de fine casene hjelper lite i å gjøre den direkte leseverdige, og man må arbeide hardt for å komme gjennom enkelte kapitler.

Et av flere unntak er kapitlet om etikk, som er det suverent beste i boken. Det har både driv og er fullt av tankevekkende perspektiver. Kapitlet berører momenter som bruk av uegnede tester, respekt for fremmede verdisyn og tidspunktet for når etiske dilemmaer burde løstes på et høyere, administrativt nivå. Generelt er boken til Hesselberg og Tetzchner en innføringsbok *par excellence*: informativ, bredspektret og forskningsbasert. La oss håpe at generasjonene av psykologer som blir oppfostret på denne, i større grad blir både rustet til og kommer til å ønske å jobbe i PPT. ❌

Engasjerande innblikk i krigs- og katastrofepsykiatri

Lynne Jones skriv med stor kunne og mykje engasjement om sin karriere som psykiater i krigs- og katastrofeområde. Men boka kunne med fordel vore enda meir personleg.

OUTSIDE THE ASYLUM er Lynne Jones sine memoarar om 25 år som psykiater i krigs- og katastrofeområde. Boka startar med hennar bakgrunn som ikkje-valdeleg idealist og utfrodringane ho hadde med å velje mellom medisin og sosialantropologi. Brikkene fell på plass då ho fann jobb som psykiater rundt om i verden. Først på Balkan under krigane der, så Vest-Afrika i etterkrigstida i Sierra Leone, innom tsunamiresponsen i Sørøst-Asia, via Irak og flyktningleirar i Etiopia til Haiti etter jordskjelvet der. For å nemne noko. Erfaringane hennar er til å miste pusten av.

EG-FORTELLING

Boka gjev lesaren eit solid innblikk i kva det vil seie å jobbe med psykiatri i krig og katastrofar. Det unike med denne boka er at ho beskriv eit slikt arbeid frå eit eg-perspektiv. Jones viser med stort engasjement korleis menneske med utviklingsforstyrningar, bipolar lidning eller schizofreni, omtala som gale, anten blir lenkja fast og skjulte frå omverda eller går fritt rundt i si eiga verd, samstundes som dei blir slått og mishandla av folk rundt dei.

Forfattaren stiller gjentekne gonger spørsmålet om traume er blitt det store in-ordet for alle organisasjonar som hjelper i krig og katastrofar, og om samtalegrupper er løysinga på dette. Ho argumenterer for at vi ikkje må patologisere reaksjonar på forferdelege hendingar og håplause livssituasjonar. Ho understreker dette ved eigne observasjonar av at folk flest er svært motstandsdyktige og kreative i møte med store kriser. Som ei forlenging av dette peiker ho på at hjelparane må høyre enda meir på kva dei som skal ha hjelpa, sjølve seier. Hennar erfaring er at ofte er tryggleik, vatn, mat og hus den beste psykiske helsehjelpa ein kan gje i slike situasjo-

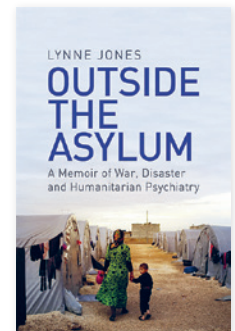
nar. Dette gjeld òg lokale løysingar på mentale helseutfordringar, og ho har fleire avsnitt med spanande skildring av nyanserte lokale måtar å snakke om lidningar på som vi kjenner igjen i Vesten, men som vi brukar andre ord for.

Eit anna gjennomgåande tema i boka er Jones sitt brennande engasjement for at mental helse-intervensjonar både i krigs- og katastrofesituasjonar ikkje kan betraktast som isolerte, men at dei må sjåast i ein politisk samanheng. Av dette følgjer det at all hjelp til menneske i nød krev eit politisk engasjement for å få merksemd om dei systematiske ulikskapane i samfunnet som ligg til grunn for mange folk sine psykiske lidningar.

IKKJE NÆR NOK

Poenga til Jones er framført med driv og stort engasjement. Samstundes opplever eg boka som noko grunn ved fleire tilfelle. Kasusa ho beskriv, er ofte korte, og svært enkle. Ho seier lite om kva ho tenkjer når ho deler ut psykofarmaka over ein låg sko. Kva skjer med pasientane når medisinane tek slutt? Korleis forsikrar ho seg om at pasientane faktisk tek medisinen som dei skal? Vurderer ho av og til at det er farleg å dele ut medisinar?

Vidare seier ho minimalt om dei ho ikkje greier å hjelpe. Ei heller nemner ho dei menneska ho ikkje har lyst til å hjelpe. Slike perspektiv hadde gitt boka fleire nyansar. Som lesar vert eg nyfiken på kven denne Lynne Jones er. Ho skriv mykje om kva ho har gjort, og i korte trekk kva som motiverte henne. Korleis held ho ut å sjå all denne lidinga og samstundes vite kor lite ho får gjort? Kva gjev henne denne ekstraordinære driven? Og kva er kostnaden med ein slik livsstil? Dette får lesaren i beste fall nokre få hint om. ✘



LYNNE JONES

Outside the Asylum. A Memoir of War, Disaster and Humanitarian Psychiatry Weidenfeld & Nicolson, 2017. 369 sider

ANMELDT AV

Steinar Johannessen, psykologspesialist

Til menigheten

Kjøp gjerne boken. Men ikke kjøp dens innhold med hud og hår.

Selv om den er så velformulert at det nettopp er det man først gjør.



SVEND BRINKMANN

Gå glipp.

Begrensningens kunst i en grenseløs tid Press forlag, 2018. 144 sider

DEN DANSKE PSYKOLOGIPROFESSOREN

Sven Brinkmanns siste bok handler om nettopp det tittelen «Gå glipp» signaliserer¹: Om verdien av å kunne avstå fra noe i en tid som mest av alt handler om å ta for seg av livets muligheter. Gjennom aktivt å velge vekk kan vi både bidra til å redde det ytre miljøet gjennom redusert forbruk, og vårt indre miljø ved å lære oss å sette pris på det vi har, og hvem vi er.

VELMENT

Det er lite galt i Brinkmanns budskap, snarere er det så altfor enkelt å si seg enig. For *Gå glipp* stryker den velmente samfunnskritiker ømt med hårene. Jeg tar meg i å nikke gjenkjennende, takke for enigheten og tenke at jeg har rett, og at det kjennes godt at Sven Brinkmann er like klok som meg. Men så stopper jeg litt, spør meg: Hvorfor utfordres jeg ikke mer av en bok som i utgangspunktet er ment å være et kritisk oppgjør med samtiden? Blir ikke det hele for tydelig, ja, entydig?

La oss som eksempel gå veien om fjorårets stortingsvalg. Rett før valgdagen omtalte spaltisten Egon Holstad Fremskrittspartiet omtrent slik: Et parti for deg som er glad i en fest, for vi lever bare en gang og skal ha det gøy! Glem måtehold og forbruk, miljøtrusler og skatter og avgifter. La oss bruke alle pengene på alt som er artig! Norges oljefond er en åpent flaske vin, og da må vi helle innpå før innholdet fordampes (se i Tromsø, 9. september).

Går vi til Brinkmanns bok, gjelder ikke Holstads karikerte beskrivelse lenger 15 prosent av de norske velgerne. I stedet gjelder den alle dansker, ja, sant å si ethvert individ i hele Vesten: Vi drar kredittkortene så varme at det bidrar til global oppvarming, alt mens

.....

vi leser bøker om hvilke 1001 ting vi bare må gjøre, spise, høre, oppleve og se før vi dør. Og ikke blir vi det grann lykkeligere av den grunn.

EN VERDEN AV SOUNDBITES

Det er lett å nikke gjenkjennende til bildet Brinkmann tegner av vår tid og vårt samfunn, men hans samtidskritikk synes basert på en karikatur. Rett nok en god karikatur, med en svært levende strek. Dette er kanskje baksiden av god formidlingskunst: Det tydelige bildet gjør at vi mister av syne en mangefasettert verden vi burde beskrevet og forholdt oss til. En verden som aldri har vært mer kompleks, men der vi likevel nøyer oss med å analysere den gjennom 280 tegn. En verden der TED talker er en viktig kilde til kunnskap, samtidig som TED i økende grad er form og ikke innhold. En verden der de som stotrer og ikke snakker i konsise soundbites, ikke inviteres til tv-debatter eller intervjuer av pressen.

Som redaktør i mer enn tyve år har jeg fått lov til å jobbe med noen eminente skribenter. Noen av dem skriver så bra at jeg må legge inn motstand i min lesning, ellers flyter det så godt at jeg kjøper ethvert argument bare fordi det er så flott formulert. Samtidig husker jeg også avdøde professor Per Sagstad, som i sitt arbeid med det klassiske verket *Psykologiens historie* fortalte meg som ung redaktør at han ønsket å avstå fra de gode formuleringene og heller skrive i et nøytralt, ja, nesten litt grått språk. Slik håpet han at fagets ideer og kunnskapsutvikling fikk en mer sannferdig fremstilling; at det slik ble faglig redelighet og ikke retorikk fremstillingen av faget hvilte på.

BEKREFTELSEN

Brinkmanns tekst er langt fra grå, men nettopp god skrivekunst og formidling. Men det gir en bok som mest av alt bekrefter en samfunnsbeskrivelse svært mange deler: Det går for fort, dagens ungdom er generasjon perfekt som ikke evner å utsette sine behov, vi lever i (over)for-

ANMELDT AV

Bjørnar Olsen,
psykolog og
sjefredaktør i
*Tidsskrift for Norsk
psykologforening*

1. Anmeldelsen er tidligere publisert i en noe annen form på nettsidene til «P – Psykologernes fagmagasin» i Danmark..

brukersamfunnet, vi effektiviserer arbeidsliv og samfunn slik at også barnehagebarn trenger stressmestring. Da trengs det ikke nevnes at dagens unge er bedre til å utsette sine behov enn tidligere generasjoner, at vi har mer fritid enn før, at dagens unge virker å være mer tilfredse med livet (og ha et tettere forhold til sine foreldre) enn tidligere.

Det gir meg en følelse av at han snakker til menigheten (meg selv inkludert): Vi som har råd til kvalitetsprodukter og økologisk mat (ikke uetisk masseproduserte klær og fødevarer), som reiser verden rundt på nødvendige konferanser (ikke på unødvendige charterturer), som snurrer vinyl og leser bøker (og ikke streamer av et evig overflødigshorn av kulturproduksjon til en slikk og ingenting), som

drømmer om å knuse smartphonene våre (for å erstatte dem med en dumbphone som viser hvor moralsk overlegne vi er de som sitter med nesene begravd i sosiale medier).

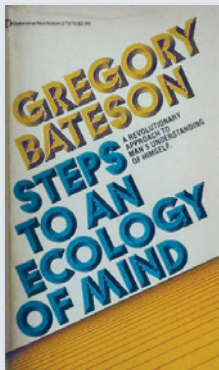
EN GOD PREKEN

Brinkmann selv ønsker ikke å moralisere og predike, har han sagt. Men det er nettopp det han gjør, og det er lite galt i det. Som Christopher Lasch i sin tid påpekte: Vi trenger moral, men vi må ikke tro den er hogget i sten for evig, så la oss diskutere den. Og det er nettopp som en preken man bør lese boken: Da vet man den er skrevet fra et moralsk ståsted, ikke minst basert på tradisjonell akademisk askese. For akademikeren er nettopp en som avstår og utsetter (forskning er jo lite annet enn marshmallowtest satt inn i et karriereløp). Det er et samfunn jeg absolutt kan trives i, jeg er jo en del av dette selv. Men det er vel verdt å spørre seg om dette er en spesielt opphøyet posisjon å uttale seg om verden fra. Og ikke minst: om posisjonen gir et annet perspektiv på verden enn det man alt har. ✘

KLASSIKEREN

Jeg har ei bok som holdes sammen av en syltestrikk. Den ble kjøpt i 1976, og har vært en inspirasjon siden.

Gregory Bateson, *Steps to an Ecology of Mind* (1973)



Jeg gikk på grunnfag og skulle orientere meg i faget og vitenskapen psykologi, og ble grepet av denne boka, av en engelsk antropolog. Hva er det med *Steps*, og hvorfor bevege seg utenfor det faget jeg hadde begynt å studere? Svaret ligger i at før jeg begynte på studiet, hadde jeg jobbet som ufaglært i forskjellige psykiatriske sykehus. Det psykiatriske og psykodynamiske perspektivet dominerte, og det hjalp meg lite i den jobben jeg hadde som miljøterapeut. På psykologi møtte jeg alle de andre «skolene» som dominerte faget på den tiden, og ofte med et usagt krav om støtte og lojalitet nærmest «til

døden skilte oss ad». Bateson gav noe annet. Jeg fant psykologi hos ham, men alltid med forbindelser til andre fag, andre ideer, andre måter å tenke på. Dette var min introduksjon til det tverrvitenskapelige og at ingen vitenskap er isolert, til begrepet kontekst og at all psykologi har sin kontekst. Sammenheng og forbindelse, samhandling og samspill på alle nivåer er nøkkelen til en psykologi som både er human og vitenskapelig. *Steps to an ecology of mind* er en ekte klassiker fordi dens ideer fortsatt lever i meg. Ikke lenger i en dogmatisk form, men mer som en påminnelse om at når en som forsker eller terapeut sitter fast, så utvid synsfeltet. På det tidspunktet jeg møtte *Steps* og Bateson sine tanker var disse fortsatt marginale i den psykologien som i hovedsak ble undervist på instituttet

i Oslo. Utover åtti og nittitallet beveget mange av disse ideene seg inn mot sentrum, særlig innenfor familierapien. Min læring var: Utforsk det marginale, for det kan bli et potensielt sentrum for faglig utvikling. I dag synes mange av Bateson sine ideer og ha trådt tilbake, om ikke til det marginale, så kanskje mer inn i glemselen. Samtidig lever lærdommen om at det som er marginalt har i seg muligheten til å bli morgendagens faglige sentrum. Det som på et tidspunkt kan synes som meningsløst eller lite interessant har i seg muligheten til å forskyve et sentrum. Med dette er *Steps* den første (og kanskje eneste, dessverre) politiske fagboka jeg møtte i mitt studium. I dag synes nettopp familierapien og familiepsykologien å være marginalisert innenfor praktisk psykologi. Kanskje tiden er inne til å vende tilbake til *Steps*, og lese denne boka i lys av dagens situasjon og kontekst og utforske hva det vil si for vårt fag og vår vitenskap.

Rolf Sundet utfordrer Bård Berthelsen til å ta stafettpinnen videre.

Selvhjelpslitteratur for ungdom

Ungdom trenger minst like god informasjon som voksne.

Da bør vi finne frem til bedre former enn spørrespalte-sjangeren.



NICOLA MORGAN

Vennskap.
En ungdomsguide.
Lupa forlag, 2017.
144 sider

Stress.
En ungdomsguide.
Lupa forlag, 2017.
222 sider

ANMELDT AV

Anne-Kristin Imenes
Psykologspesialist

HVA SKAL UNGDOM gjøre når de får angst, eller når en venn selvsikader? Vi lever i informasjonssamfunnet, men kunnskapsløsheten om mental helse er påtrengende. Nicola Morgan er en britisk forfatter som forsøker å øke den psykiske helsekunnskapen gjennom ungdomsguiden. Bøkene burde strengt tatt anmeldes av unge selv, men fra mitt perspektiv er jeg usikker på om forfatteren lykkes med sitt prosjekt.

DRUKNER I ORD

Faglig sett er innholdet stort sett bra nok. Temaene er relevante, og svarene er informative. Min innvending er formen, som går igjen i begge bøkene. Ungdomsguiden *Stress* er den klart svakeste. De gode eksemplene og forklaringene drukner i ord. Alle mulige råd og tenkemåter ramses opp i en endeløs strøm. Her er råd til de ambisiøse, råd ved sexpress, råd mot nettmobbing, råd ved nedstemthet og råd ved kroppshat og mye, mye mer. Fremmedord som frontallapp og resiliens introduseres uten illustrasjoner eller dypere forklaringer. I tillegg er dette skrevet av en voksen som gir råd til ungdommer, i den klassiske spørrespalte-formen. Det smaker ikke godt når jeg leser: «Jeg vet du er lei av å høre det, men vit at det går over.» De fleste vanlige problemstillinger er slettet ikke forbeholdt ungdom, men er livslange prosjekter: Også voksne øver for eksempel stadig på å ikke kaste bort energi på ting vi ikke kan kontrollere.

Ville jeg anbefalt bøkene til ungdommer? Usikkert. Kanskje til de mest lesterke, ivrige

og nysgjerrige, og kanskje bare et utdrag eller som et oppslagsverk. Samtidig tror jeg at bøkene kan ha nytteverdi for oss som arbeider med ungdom og formidling. For Morgan skal ha honnør for å *prøve*, og mye er bra. Særlig ungdomsguiden *Vennskap* byr på gode refleksjoner og innfallsvinkler i et allment, enkelt språk, uten å gape over for mye. Her er tips å hente til neste foredrag på ungdomsskolen, selv om jeg savner referanser: Hvor er faktakunnskapen hentet fra? Som vanlig er det sitater og spørsmål fra ungdom selv som fungerer aller best; de gir teksten relevans.

TRENGER SLIKE BØKER

Jeg synes vi trenger flere slike bøker for ungdom som enkelt, men tydelig kan forklare temaer som empati/sympati, introvert/ekstrovert, mentalisering, sosial engstelse og selvfølelse.. Men alt skal kanskje ikke i samme bok. Som leser lengter jeg etter levende tekst som løfter meg; ikke oppslagsverk over alle former for livsvanskeligheter og psykiske lidelser en kan havne i.

Det er lagt et stort arbeid i å tilpasse bøkene til en norsk virkelighet. Informasjonen om hjelpeinstanser og nettressurser er imponerende omfattende og oppdatert. Disse oversiktene i seg selv, samt mange av rådene og listene, er nyttige hver for seg – og praktisk å få servert mellom permer. Men det blir for mye. Jeg håper noen tar utfordringen med å skrive noe bedre, det synes jeg ungdom fortjener. ❌

Kurskalenderen

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

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

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

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

JUNI

Psykologfaglig arbeid med barn, unge og familier

Oslo, 4.–5. juni

For mer informasjon og påmelding
www.psykologforeningen.no/kurs og utdanning

AUGUST

Behandling av psykosetilstander: Psykosebegrepet

Oslo, 30.–31. august

For mer informasjon og påmelding
www.psykologforeningen.no/kurs og utdanning

Skal du flytte eller bytte arbeidssted?

Registrer ny adresse på www.psykologforeningen.no

Min medlemside

eller send e-post til

medlemsservice@psykologforeningen.no





Ønsker du:

- innsikt i hvordan psykologfaglig forskning bidrar til rettferdige og treffsikre ansettelser og utviklingsprosesser?
- faglig påfyll innen psykometri og testverktøy?
- å bli sertifisert bruker av *cut-es* evne-, ferdighets- og personlighetstester?

MELD DEG PÅ VÅRT SERTIFISERINGSKURS!

**For spørsmål eller påmelding, ta kontakt på:
info.norge@cut-e.no eller tlf: 22 36 10 35**

Vårt sertifiseringskurs går over 2 moduler på til sammen 5 dager.

Modul 1 er en generell innføringsmodul som dekker de fleste aspekter ved arbeidspsykologisk testmetodikk med vekt på evne- og ferdighetstester.

Modul 2 bygger direkte på Modul 1, og fokuserer på profiltester. Foruten at modulen kvalifiserer til autorisasjon på *cut-es* verditest og personlighetstester, gis det innføring i stillingsanalyse av testdata med intervjudata.

Mer informasjon på: www.cut-e.no



**Kurset er godkjent av Norsk psykologforening som
37 timers vedlikeholdsaktivitet for psykologspesialister**

40 ULIKE PROFESJONER

JOBBSAMMEN MED OSS I ØSTLANDETS STØRSTE HELSEPARK!

LEDIGE LOKALER FRA

20-3.000m² FOR

SPESIELT SØKES:

- HUDLEGE
- ØYELEGE
- LUNGELEGE
- PSYKIATER
- GERIATER
- RØNTGENKLINIKK
- ØVRIGE SPESIALISTER

TA KONTAKT SÅ FINNER VI LOKALER SOM
PASSER FOR DIN VIRKSOMHET!

MER INFO: lilleenghelsepark.no/til-leie/

Lilleeng Helsepark i Moss representerer et unikt helsetilbud med sine 15.000 m² beliggende rett ved Rygge Storsenter i nydelig grønn park. Vi er et sterkt faglig miljø med fokus på tverrfaglighet og samarbeid.

Enata Eiendom AS utvikler her 75.000 m² ved E6 i Moss med klinikker, trening med basseng, velvære, omsorgsboliger, boliger, kontorer, handel, kaffebar, konferansesenter og restaurant.

Bilde: Legene Kristoffer B. Simensen og Christian Hage-Engebreetsen ved Lilleeng Helsepark.




TA
KONTAKT
NÅ!




Daglig leder: Finn Grønseth
Lilleengveien 8, 1523 MOSS
+47 917 24 514 / finn@lilleenghelsepark.no

 **LILLEENG**
HELSEPARK




PSYKISK HELSE KONFERANSE
SCHIZOFRENIDAGENE
I STAVANGER



Velkommen inn i vårt fellesskap

FLOKKEN

Stavanger Forum 5.-9. november 2018




Vi mennesker kjennetegnes av vår sosiale natur. Fra fødsel er vi opptatt av å skape bånd til våre omgivelser.


Vi er avhengige av disse båndene for både overlevelse og for å ha ett rikt liv. Vår naturlige plass er innlemmet i en flokk.

Schizofrenidagene 2018 vil handle om de sosiale sidene ved mennesket, psykisk lidelse og helsehjelp.

Ta med deg kollegaene, og bli med inn i vårt fellesskap.



Program og påmelding
www.schizofrenidagene.no



SUSAN HART OG MARIANNE BENTZEN HAR
UTVIKLET 1-ÅRIG ETTERUTDANNING I


Neuroaffektiv personlighets- utvikling og psykoterapi

Intervensjoner til nærmeste utviklingszone

Oppstart september 2018

For mer informasjon kontakt kursarrangør
K.M. Sæbø: km@kamaklinikken.com

www.kamaklinikken.com



NORSK
PSYKOLOG
FORENING

Sett av datoene for årets SEMINAR og
ÅRSMØTE i Forening for psykologer i privat
praksis (FPP), 25.-27. oktober 2018
Hotell Zander K, sentralt i Bergen.


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

TEMA: «Forhold som utfordrer relasjonen mellom pasient/ klient og terapeut.»

*FPP fortsetter de siste årenes tradisjon med å utforske
terapeutrollen og terapirelasjonen. I år har vi invitert to
sentrale klinikere til å gå inn i dette spennende feltet.*

- **Arne Blindheim**, psykologspesialist ved Klinikkk for krisepsykologi (tidligere Senter for Krisepsykologi) i Bergen, styremedlem i European Society for Trauma and Dissociation (ESTD).
- **Torkil Berge**, psykologspesialist ved Diakonhjemmet sykehus og leder av Norsk Forening for Kognitiv Terapi.
- Forhandlingsavdelingen, Norsk psykologforening, gir informasjon om fagpolitiske forhold og nytt fra foreningen.
- Sosialt og faglig fellesskap
- Festmiddag

Årsmøtet avvikles torsdag 25. oktober kl. 17-19
Påmelding: Se ny annonse i TNPf's augustnummer.



Norsk psykologforening
Pb 419 Sentrum, N-0103 Oslo

UTDANNINGSAVDELINGEN

Videreutdanning i organisasjonspsykologi 2018–2020

Neste kull starter høsten 2018

Hva binder sammen dem som tar utdanning ved IAP? Kanskje en syntese av nysgjerrighet, engasjement og ønske om å være i utvikling, både faglig og menneskelig? Derfor er det stor variasjon i teoretiske og praktiske tilnærminger i våre utdanninger. Mangfoldet er vår styrke. Vi tilbyr programmer innenfor obligatoriske kurs i barne- og ungdomspsykologi, voksenpsykologi, familierapi og organisasjonspsykologi, samt valgfritt kurs og innføringskurs i gruppeterapi. Vi er dessuten et miljø med faglige inspirasjonstreff, ikke minst IAP Agora, vår årlige fagkonferanse.

Fordypningsprogrammet i organisasjonspsykologi sikter mot at deltakerne utvikler:

- sin egen personlige stil og autoritet som organisasjonspsykolog
- ferdigheter rettet mot et bredt register av organisasjonspsykologiske problemstillinger (leder-, team- og organisasjonsutvikling, storgruppeintervensjoner, konflikthåndtering, arbeidsmiljøproblematikk, motivasjon og sosial påvirkning, rekruttering og seleksjon)
- evne til å integrere kliniske, terapeutiske tilnærminger til arbeidet med organisasjoner

Programmet oppfyller Norsk psykologforenings krav til videreutdanning til spesialiteten i organisasjonspsykologi. Det forutsettes at deltakerne arbeider på feltet. Programmet er primært rettet inn mot psykologer som ønsker spesialisering i organisasjonspsykologi. Vi tar også opp inntil ti deltakere med master eller hovedfag i psykologi.

Kursinnhold og tider

Første kurs starter 22.–24. oktober 2018. Siste samling 8.–10. juni 2020.

Se samlet oversikt over tema og tider på iapnett.no.

Kurs

Programmet går over to år, med 160 timer fordelt på åtte samlinger, på i alt tjue dager. Samlingene foregår sentralt i Oslo.

Veiledningsgrupper

15 timer veiledning i gruppe per semester – til sammen 60 timer gruppeveiledning i løpet av programmet.

Pris

Kursavgiften er på kr 22 000 per semester. Veiledningsavgift per deltaker per semester er på kr 6 000. Faktureres samlet to ganger i året.



Påmelding og opptak

Påmelding på www.iapnett.no. Vi påbegynner opptaket 1. juni, men holder påmeldingen åpen til programmet er fylt – og vi har en liten reserveliste.

Det er 24 plasser på kullet.

Spørsmål kan rettes til faggruppelider Henning Bang på e-post: henning.bang@psykologi.uio.no eller på telefon **908 35 522**

Scandinavian Centre of Awareness Training (SCAT)
UTDANNING SOM INSTRUKTØR I MINDFULNESS-TRENING

OSLO, 2018

(3 x 2 dager + daglig egen trening)
**Fredag og lørdag: 31. aug.–1. sept.,
 28.–29. sept., 26.–27. okt.**

Godkjent av Norsk psykologforening
 med 42 t. vedlikeholdsutdanning.

Mindfulness-trening (MT): en selvutviklingsprosess gjennom bevisstgjøring. Vi lærer effektive teknikker for å bruke (stress) energien på en positiv måte. Praktisk nyttig for alle yrkesgrupper, spesielt psykologer.

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

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

FOR MER INFORMASJON OM KURSET KONTAKT:
 e-post ajkroese@online.no, tlf. 901 51 734 eller www.scat.no



Grunnutdanning i EMDR

Trinn 1 Trondheim 7.–9. mai 2018
Trinn 1 Oslo 18.–20. september 2018
Trinn 1 Oslo 8.–10. januar 2019
Trinn 2 Oslo 5.–7. desember 2018

Kursholder: Psykolog Bjørn Aasen,
 EMDR Europe Approved Trainer

The Art of EMDR

Røros 4.–7. september 2018

Workshop med Roger Solomon
 EMDR Institute Senior Trainer

Påmelding og nærmere informasjon:
www.emdrutdanning.no

LEDIG KONTOR I LILLESAND – AUST-AGDER

Tidligere tannlegekontor til leie i Østregate 10.
 Kan brukes til mye. Sentralt beliggende i hyggelig
 og fredelig gårdsrom. Vennligst henvendelse til
 Alvhild Gulbrandson, tlf. 992 32 328.

LEDIGE KONTORER I OSLO. Kontorer, sentralt
 beliggende på Frogner til leie, heltid og deltid
 i et faglig sammensatt kontorfellesskap med
 psykiatere og psykologer. Ukentlig fagseminar
 og et trivelig og stimulerende arbeidsmiljø.
 Felles kontorfasiliteter. Kontakt Kim på
mail@psykoterapi.org for visning eller spørsmål.

PROFESJONELL OG FLINK PSYKOLOG

ønskes til ekspanderende legekontor. Hyggelige
 lokaler sentralt v/Bogstadveien, Oslo. Søknad/CV
 kan sendes kontakt@klinikkbogstadveien.no

Ønsker du å annonsere
 i Psykologtidsskriftet?
 Neste utgivelse er **1. juni**, frist for
 å bestille annonse til mai-utgaven er

16. mai

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

Følg Tidsskrift for
 Norsk psykologforening på

facebook

SPESIALISERINGSKURS I PSYKOTERAPI - MODUM BAD

***"Gode fagformidlere,
bra struktur og innhold.
Gode øvelser og fin
balanse mellom
forelesning og eget
arbeid."***

Deltaker, 2017 kullet

"Jeg vil bli en bedre terapeut"

**To-årig utdanningsløp, med fokus
på praktisk terapi som gir resultater.**

- Effektiv og rask vei til spesialisering – kun krav om to tjenestesteder
- Dekker kravene til både kurs og egenerfaring
- Integrerer fellesfaktors rolle med spesifikke intervensjoner
- Målrettet klinisk trening – gode veiledningsmuligheter
- Godkjent som obligatorisk program i spesialiteten psykoterapi av Norsk psykologforening

**Ledige plasser
på oppstart
januar 2019**

Mer informasjon og påmelding på:

www.kildehuset.no

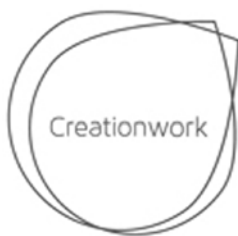
KILDEHUSET - formidling og forebygging

MODUMBAD 
- en kilde til liv



BLI MINDFULNESSINSTRUKTØR

Ønsker du å fordype deg i mindfulness, bruke mindfulness i ditt fagområde, eller ha egen mindfulnesspraksis?



Ny start 6. september 2018

8 samlinger over 14 mdr. torsdag - søndag

Bli med på en spennende og kreativ etterutdannelse hvor du utvikler solide ferdigheter som mindfulnessinstruktør.



Instruktørutdannelsen er godkjent av NPF som 72 timers vedlikeholdsaktivitet.

Les mere på:

www.creationwork.org



NORSK
PSYKOLOG
FORENING

Stempel med medlemslogo for psykologer

Som medlem av Norsk psykologforening kan du skaffe deg stempel med medlemslogo. Et stempel som viser at du er medlem av Psykologforeningen skal være et kvalitetsstempel, og kan for eksempel brukes til fakturaer, rapporter og innkallingsbrev.

Stempel kan kjøpes hos Aksess & Daylight as for kr 345. Dersom du ønsker egne opplysninger i tillegg til logoen er prisen kr 975. De oppgitte priser er inkl. mva og porto.



For bestilling av standard stempel med kun logo - send «Stempel med medlemslogo Norsk psykologforening» til firmapost@adprofil.no

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



PSYKOLOGTIDSSKRIFTETS MATERIELLFRISTER OG ANNONSEPRISER 2018

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.

Priseeksempel 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 9 400, 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 medlemservice, på www.psykologtidsskriftet.no/stillingsannonser

Nr	Materiellfrist	Utgivelse
06	16.05	01.06
07	18.06	02.07
08	18.07	01.08

ANNONSEFORMATER

1/1 side	1/2 side	1/4 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	12 950	11 950
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.



Valgfritt program

Behandling av psykosetilstander: Psykosebegrepet

Målgruppe

Den primære målgruppen for det valgfrie programmet er psykologer som har behandlingsansvar for pasienter med psykose eller psykosenære tilstander. Programmet kan godkjennes som valgfritt program for psykologer som har tilstrekkelige forkunnskaper; det vil si at de har gjennomført obligatorisk program i voksenpsykologi og eller barne- og ungdomspsykologi, og har hatt erfaring med å avdekke, utrede og/eller behandle alvorlige psykiske lidelser.

Psykologspesialister kan søke om å på delta på hele, eller deler av det valgfrie programmet som vedlikeholdsaktivitet. Det stilles da ikke stilles krav til praksis og veiledning. Søknad sendes kurs@psykologforeningen.no

Vi gjør oppmerksom på at deltakere som skal ha programmet til sin spesialitet, har førsteprioritet.

Spesifikk kompetanse

Psykologspesialisten skal kunne beskrive, analysere og begrunne valg av metoder i yrkesutøvelsen og kunne samarbeide med andre tjenesteytere. De spesifikke kompetansene, kunnskaper og ferdigheter, utvikles gjennom deltakelse på kurs, i praksis, veiledning og ved fordypning i anbefalt litteratur.

Målsetting

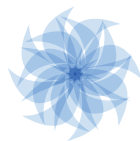
Målet med samlingene (4 samlinger på til sammen 64 timer over ett år) er å øke deltakernes forutsetninger for å kombinere forskningsbasert kunnskap, klinisk ekspertise, pasientens ønskemål i tråd med prinsipperklæringen om evidensbasert praksis og i lys av den konkrete yrkesutøvelsen. Kursene skal gi økte forutsetninger for å beskrive, analysere og begrunne valg av tilnærminger i praksis. Kursene skal også gi psykologene forutsetning for å samarbeide tverrfaglig og tverretattlig.

Sted og dato: Oslo, 30.–31. august 2018

Påmeldingsfrist: 26. juni 2018

Medlemspris: kr 6800

Kursnr.: 165-18



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

PSYKOLOG SØKES TIL BALDERKLINIKKEN



Balderklinikken er en privat klinikk lokalisert sentralt i Oslo, og er en av Europas ledende klinikker innenfor funksjonell medisin.

Vi er bemannet av tverrfaglig helsepersonell og består av leger, ernæringsfysiologer, psykologer, akupunktører, osteopater, kiropraktorer, fysioterapeuter, psykomotoriske fysioterapeuter og manuellterapeuter. I tillegg har vi et støtteapparat med helsesekretærer og administrative medarbeidere. I første etasje har vi et eget apotek, laboratorium og testavdeling.

Balderklinikken har stor pasienttilstrømning og har behov for å tilknytte seg en psykolog som ønsker å arbeide innenfor en helhetlig helsemodell med fokus på underliggende ubalanse og involverte miljøfaktorer. Erfaring med sammensatte, diffuse og psykosomatiske plager er ønskelig, og kompetanse innenfor kognitiv adferdsterapi, emosjonsfokustert terapi og/eller mindfulness-basert behandling er fordelaktig, men ikke et krav. Vi står utenfor fastlegeordningen og alle våre behandlere er selvstendig næringsdrivende.

Kvalifikasjoner/egenskaper:

- Norsk autorisasjon som klinisk psykolog (lisens kandidater godkjennes ikke)
- Relevant klinisk arbeidserfaring
- Interesse for en helhetlig tilnærming til sammensatte og diffuse plager
- Gode kommunikasjonsevner og en omsorgsfull innstilling
- Beherske norsk og engelsk godt, både skriftlig og muntlig

Vi kan tilby:

- Sentral beliggenhet med enkel tilgang til offentlig transport
- Tverrfaglig samarbeid og løpende faglig utvikling
- Tett oppfølging og et godt støtteapparat
- Konkurransedyktige betingelser
- Et hyggelig arbeidsmiljø med svært engasjerte kollegaer

Søknad og CV kan sendes til e-postadresse:

jobb@balderklinikken.no

Søknadsfrist: 15. juni

Tiltredelse snarest mulig

Ønsker du mer informasjon, ta kontakt på telefon 948 85 580 eller besøk våre hjemmesider: www.balderklinikken.no

ALTERNATIV TIL VOLD

Alternativ til Vold (ATV) er en privat stiftelse som organiserer behandlingstilbud til mennesker med voldsproblematikk. Stiftelsen har 3 hovedmålsettinger: a) behandling, b) kunnskapsformidling og c) forskning. Stiftelsen Alternativ til Vold driver 13 behandlingssentre i Norge og har ca 70 ansatte.

ATV Bodø søker psykolog/psykoterapeut i 100 % vikariat i ett år

ATV Bodø har flotte og nyoppussede lokaler sentralt i Bodø sentrum. Kontoret ble åpnet høsten 2017. Kontoret har fire ansatte, tre psykologspesialister og en psykolog. Vi søker en psykolog/psykoterapeut som har interesse for å arbeide med vold og voldsutsatte familier. Stillingen er et års vikariat i 100 % stilling.

Hovedoppgaven for stillingen er knyttet til klinisk arbeid med voksne, både kvinner og menn, som enten utøver eller har vært utsatt for vold i nære relasjoner. Vi arbeider med utsatte for vold, barn og voksne, og med utøvere og utsattes foreldrekompetanse. Arbeidet med volden vil ofte innebære samarbeid med barnevern, familievern, helsestasjon og andre tilbud til barn og familier.

ATV arbeider kontinuerlig med å videreutvikle et familieperspektiv på vold i familien og dette er vårt faglige satsingsområde. Vi søker fornyelse og inspirasjon blant annet innenfor kunnskap og behandling av traumer og nyere utviklings- og

tilknytningsteori, i tillegg til den spesifikke volds-kompetansen.

ATV søker engasjerte medarbeidere som er motivert for kontinuerlig faglig oppdatering og som ønsker å delta i et engasjerende og spennende faglig fellesskap. Søkere med erfaring i å jobbe med relasjonsvoldproblematikk vil bli prioritert. Menn oppfordres til å søke.

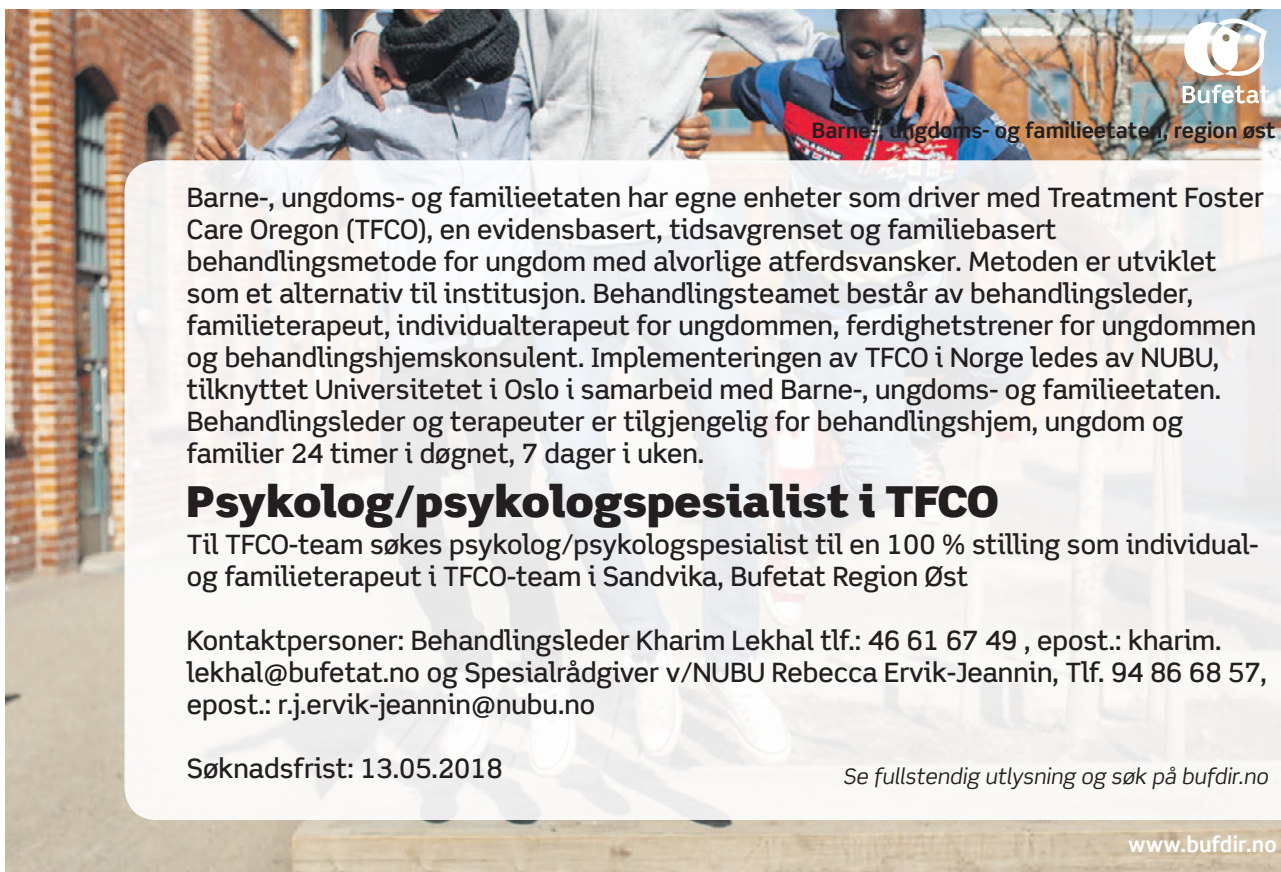
Tiltredelse: **august 2018**

Søknadsfrist: **25.05.2018**

Søknader sendes på e-post til:

cecilie.larsen@atv-stiftelsen.no

Spørsmål om stillingen rettes til regionleder Per Isdal, e-post per@atv-stiftelsen.no, tlf. 975 47 712, eller Bodø leder Cecilie Larsen, e-post cecilie.larsen@atv-stiftelsen.no, tlf. 908 57 709.



Barne-, ungdoms- og familieetaten har egne enheter som driver med Treatment Foster Care Oregon (TFCO), en evidensbasert, tidsavgrenset og familiebasert behandlingsmetode for ungdom med alvorlige atferdsvansker. Metoden er utviklet som et alternativ til institusjon. Behandlingsteamet består av behandlingsleder, familieterapeut, individualterapeut for ungdommen, ferdighetstrener for ungdommen og behandlingshjemskonsulent. Implementeringen av TFCO i Norge ledes av NUBU, tilknyttet Universitetet i Oslo i samarbeid med Barne-, ungdoms- og familieetaten. Behandlingsleder og terapeuter er tilgjengelig for behandlingshjem, ungdom og familier 24 timer i døgnet, 7 dager i uken.

Psykolog/psykologspesialist i TFCO

Til TFCO-team søkes psykolog/psykologspesialist til en 100 % stilling som individual- og familieterapeut i TFCO-team i Sandvika, Bufetat Region Øst

Kontaktpersoner: Behandlingsleder Kharim Lekhal tlf.: 46 61 67 49 , epost.: kharim.lekhal@bufetat.no og Spesialrådgiver v/NUBU Rebecca Ervik-Jeannin, Tlf. 94 86 68 57, epost.: r.j.ervik-jeannin@nubu.no

Søknadsfrist: 13.05.2018

Se fullstendig utlysning og søk på bufdir.no

www.bufdir.no

Stiftelsen Vilde familiesenter søker PSYKOLOGSPESIALIST/ PSYKOLOG I 100 % STILLING

STIFTELSEN
VILDE
Foreldre-barn senter
Falsensgate 1A, 3187 Horten

Stiftelsen Vilde er et døgnbemannet foreldre og barn-senter lokalisert i Horten kommune. Oppdragsgiver er kommunalt barnevern og Buf-etat.

Vildes målsetting er å bedre barns oppvekstvilkår, ved å sikre tidlig intervensjon og å styrke foreldrefunksjoner. Målgruppen er sped- og småbarnsfamilier i risiko.

Arbeidsoppgavene ved senteret er i hovedsak utredning/kartlegging av barns omsorgsbehov og foreldres omsorgskapasitet, vurdering av samspillet mellom foreldre og barn og veiledning til foreldre.

Vi søker psykologspesialist/psykolog med kompetanse innen utredningsarbeid av barn og foreldre, samt relevant erfaring med senterets målgruppe. Stillingen innebærer både selvstendig arbeid og arbeid i tverrfaglige team. Skriftlig

og muntlig fremstillingsevne vektlegges, da stillingen innebærer vitneansvar. Ut over dette vektlegges gode samarbeidsevner og personlig egnethet.

Vi tilbyr:

- En engasjerende arbeidsplass
- En unik mulighet til å arbeide med de aller yngste barna og deres foreldre
- Et spennende fagmiljø med utviklingsmuligheter
- Pensjonsordning i KLP
- Lønn etter avtale

Søknad sendes på e-post til

post@stiftelsenilde.no innen 21. mai 2018.

Spørsmål kan rettes til

daglig leder Anne Gry Skoglund eller psykolog Silje Thorkildsen på tlf: 330 42 600.

KORUS
NORD
www.korusnord.no



Seniorrådgivere

KoRus-Nord skal styrke sin virksomhet, og har i den forbindelse ledig to stillinger som seniorrådgiver.

- Den ene stillingen (stilling 1) er rettet mot å bistå kommunene med tidlig innsats generelt, og tidlig innsats knyttet til risikofylt rusmiddelbruk blant gravide og småbarnsforeldre spesielt.
- Den andre stillingen (stilling 2) er rettet mot å bistå kommunene, og i noen grad også spesialisthelsetjenesten, i arbeidet med oppfølging og behandling av personer med rusrelaterte problemer.

Kvalifikasjoner

Utdanningskrav:

- Til stilling 1 søker vi fortrinnsvis etter psykolog. Også søkere med helse- eller sosialfaglig utdanning kan komme i betraktning.
- Til stilling 2 ønsker vi søkere med helse- eller sosialfaglig utdanning. De som tilsettes må ha utdanning på mastergrads- / hovedfagsnivå eller mer.

Ønskede kvalifikasjoner:

- Erfaring fra klinisk arbeid med barn og unge (stilling 1)
- Erfaring med rusarbeid fra kommune eller spesialisthelsetjeneste (stilling 2)
- Kunnskap om fagfeltet og kommunesektoren
- Prosjektledererfaring
- Erfaring fra utviklingsarbeid
- God muntlig og skriftlig formidlingsevne

Kontaktinfo:

Marit Andreassen, virksomhetsleder, 76 96 73 40 / 957 63 023
eller Øystein Gravrok, nestleder, tlf.: 76 96 73 70 / 952 89 976

Se vår hjemmeside korusnord.no for mer informasjon om vår virksomhet.

Full utlysningstekst og elektronisk søknad via unn.no/jobsok.

Søknadsfrist: 15. mai 2018

Arbeidssted: Narvik



UNIVERSITETSSYKEHUSET NORD-NORGE
DAVI-NOROGGA UNIVERSITEHTABUOHCEVEISSU



KoRus-Nord er ett av 7 regionale kompetansesenter innen rusfeltet i Norge, og arbeider på oppdrag fra Helsedirektoratet. KoRus-Nord er lokalisert i Narvik og har 23 ansatte fordelt på 21,3 årsverk. KoRus-Nord sin hovedmålgruppe er kommunalt ansatte i Nordland, Troms og Finnmark. Vi har også oppgaver rettet mot spesialisthelsetjenesten. KoRus-Nord skal være en «tjeneste for tjenestene» og for den forebyggende virksomheten i kommunene. Vårt overordnede samfunnsoppdrag er å bidra til å styrke kompetansen og kvaliteten i tjenestene. Faglig omfatter vårt oppdrag kompetanseutvikling innenfor tre primære arbeidsområder: Rusforebygging, Tidlig innsats og Rusarbeid – oppfølging og behandling. Vi har også ansvar for videreutvikling og drift av de nasjonale nettjenestene forebygging.no og kommunetorget.no. KoRus-Nord samarbeider tett med andre kompetansmiljøer på tilgrensende fagområder.

**KIRKENS
BYMISJON**



Kirkens Bymisjon Oslo er en diakonal stiftelse med ca. 1300 ansatte og 1800 frivillige medarbeidere. Arbeidsfeltet omfatter tiltak innen sosial- og helsesektoren; rusfeltet, eldreomsorg, psykisk helsevern, arbeidsmarkedstiltak, boligutvikling, nærmiljø og frivillighet, arbeid blant barn, unge og familier, samt kirkelig arbeid.

Veslelien, i Ringsaker kommune, er en behandlingstilbud i spesialisthelsetjenesten for rusmisbrukere som eies og drives av Stiftelsen Kirkens Bymisjon, på oppdrag fra Helse Sør-Øst HF og Helse Nord. Målgruppen er voksne rusmisbrukere av begge kjønn med og uten samtidig psykiatrisk problematikk. Institusjonen har 50 behandlingsplasser. Behandlingspersonalet består av psykiater, psykologer, lege, sykepleiere, vernepleiere, barnevernspeagoger, psykomotorisk fysioterapeut og sosionomer.

Veslelien har ledig stilling som:

Psykolog/ psykologspesialist

i 100 % fast stilling

Vi har 1 psykologspesialist, 3 psykologer og psykiater samt en godt skolert stab med miljøterapeuter og andre medarbeidere.

Veslelien legger vekt på å ha et bredt faglig tilbud til pasientene. Vi representerer et fagmiljø i spennende utvikling og ønsker oss en psykolog med interesse og engasjement for arbeid med rusavhengige med og uten psykiatriske diagnoser. Vi vil legge forholdene til rette for å kunne ivareta spesielle faglige interesser hos den som tilsettes. Psykologer med klinisk erfaring vil bli foretrukket, men nyutdannede oppfordres til å søke.

Det legges ikke vekt på religiøst ståsted ved ansettelse.

Er dette interessant for deg så kontakt virksomhetsleder Ragnhildur Nielsdottir, tlf. 934 95 610, eller fagleder Vibeke Fure, tlf. 404 16 869.

Se fullstendig utlysningstekst på:

www.bymisjon.no/veslelien

Kirkens Bymisjon, Veslelien benytter elektronisk rekrutteringsportal. Vi ber deg der registrere din CV, skrive søknad og ta med attester og vitnemål ved eventuelt intervju.

Søknadsfrist: 20.05.18.

Vi ønsker ikke kontakt med telefonselgere.



Kriminalomsorgen region øst
Ila fengsel og forvaringsanstalt

PSYKOLOG (RÅDGIVER)

En fast stilling som psykolog (rådgiver), pluss eventuelt et vikariat (rådgiver)

Vi søker primært psykologer med klinisk erfaring fra det psykiske helsevern, men yngre psykologer med interesse for klinisk diagnostikk og retts-psykiatriske problemstillinger kan også komme i betraktning.

Vi forutsetter at psykologene har autorisasjon i Norge, eventuelt lisens med allerede gjennomført noe klinisk tjeneste. Nevropsykologisk erfaring/kompetanse verdsettes.

Mer om stillingen kan leses på www.jobbnorge.no
Søknader må også skrives og sendes gjennom www.jobbnorge.no

SAMTALEN

– for deg som vil leve livet levende!

Psykolog

SAMTALEN AS søker psykolog for selvstendig arbeid i Oslo sentrum. Kompetanse og interesse for par- og familierterapi vil bli vektlagt.

SAMTALEN AS er et privat psykolog- og familiekontor med historie fra 2001. Klientene er motiverte med ønske om hjelp til bedre liv og relasjon. Vil du genuint bistå dem?

I SAMTALEN AS gis du mulighet til fellesskap og et faglig utviklende og spennende terapiarbeid. Meld din interesse/send en kort CV i e-post: post@samtaalen.no. Mer informasjon på telefon 480 06 627.

Søknadsfrist: Snarest innen 18.5.18

www.samtaalen.no



Unicare Landaasen ligger idyllisk til ca. 25 km nord-øst for Gjøvik. Vi har 75 døgnplasser innen hjerte, rygg/ muskel-skjelett (MSU), tinnitus, benamputasjon og kreft. Personalet i helse-avdelingen består av leger, fysioterapeuter, sykepleiere, psykologer, sosionom, audiograf, audiopedagog og ernæringsrådgiver som er organisert i tverrfaglige team.

UNICARE LANDAASEN SØKER psykolog til 60–100 %, fast stilling

Unicare Landaasen søker psykolog i fast stilling med interesse for rehabilitering. Senteret kan tilby dyktige og faglig engasjerte kollegaer, gode muligheter for videre utvikling og svært godt arbeidsmiljø.

Arbeidsoppgaver:

- Pasientbehandling individuelt og i gruppe, samt følge opp pasienter på arenaer som er nødvendig for helhetlig oppfølging
- Vurdering, veiledning, behandling og oppfølging av pasienter med sammensatte smertetilstander og psykiske plager
- Kompetanseheving

Personlige egenskaper:

- Gode samarbeidsevner
- Evne til tverrfaglig samarbeid
- Evne til å jobbe systematisk, effektivt og løsningsorientert
- Profesjonell, men også relasjonsskapende i forhold til pasient/terapeut
- Engasjert, gode kommunikasjonsferdigheter og evne til å motivere og veilede
- Strukturert i forhold til avtaler, arbeidstid, journalskriving m.m.
- God formidlingsevne og fleksibel
- Motivasjon til faglig utvikling
- Personlig egnethet vektlegges

Krav:

- Må kunne beherske norsk skriftlig og muntlig
- Må ha norsk autorisasjon
- Interesse for rehabilitering, gjerne med relevant erfaring

Vi tilbyr:

- Faglige utfordringer
- Interessante arbeidsoppgaver
- Nytenkning om helse
- Utviklende arbeidsmiljø
- Konkurransedyktig lønn etter avtale

VED SPØRSMÅL OM STILLINGEN, KONTAKT:

Helseleder Bojan Eric, tlf. 61 12 41 26,
e-post: bojan.eric@landaasen.no

TILTREDELSE: Snarest

Søknad og CV sendes til bojan.eric@landaasen.no

Hele utlysningen finnes på hjemmesiden vår
www.landaasen.no og på webcruiter.no

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

Helse Vest RHF

100 % avtaleheimel i klinisk barne- og ungdomspsykologi i Bergensområdet

100 % avtaleheimel for godkjend spesialist i klinisk psykologi i Bergensområdet er ledig frå 01.01.2019.

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 ein forpliktande samarbeidsavtale med Helse Bergen ved BUP Åsane. Avtalspesialisten skal samarbeide med Helse Bergen ved BUP Åsane om oppgåvedeling og for å sikre gode pasientløp. Avtalspesialisten skal også ta imot pasientar som er vurdert i Helse Bergen ved BUP Åsane. Dette vil bli regulert nærare i den individuelle avtalen mellom Helse Vest og avtalspesialisten.

Andre vilkår, rammer og føringar knytt til drift av praksis vil 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.



Vestre Viken har rundt 9 300 ansatte. Vi gir god og trygg behandling til 490 000 mennesker i 26 kommuner.

PSYKOLOGSPESIALISTER

BUPA, Bærum BUP

Referansenr. 3778437281 Søknadsfrist: 16.05.2018

Bærum BUP har ledig for tiltredelse fra 01.09.18 tre faste stillinger som psykologspesialister. Stillingsene er knyttet til de ulike generalisteamene ved Bærum BUP.

BUPA, med ca. 320 stillinger, er organisert som egen avdeling i Klinik for psykisk helse og rus. Avdelingen dekker et opptaksområde med totalt 100.000 barn og unge. Faglig prosjektutvikling og klinisk forskning stimuleres og det er opprettet egen forsknings- og utviklingsenhet ved klinikken.

Bærum BUP er en av 5 poliklinikker i avdelingen. Vi har ca 40 fagstillinger fordelt på 5 team; 3 generalisteam, et sped- og småbarnsteam og et nevroteam. Bærum BUP er også tillagt områdefunksjon for behandling av OCD fra 2014 og har etablert eget OCD-team. Det er etablert et team som arbeider med barn og unge med spiseforstyrrelser.

Poliklinikken betjener ca 30.000 barn og unge i opptaksområdet. Det er utstrakt samarbeid med 1.linjetjenesten, øvrige enheter i BUPA og barne- og ungdomsavdelingen i Drammen.

Elektronisk søknadsskjema og fullstendig utlysningstekst finner du på våre nettsider www.vestreviken.no



frantz.no

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

Psykologspesialist / psykolog

Habiliteringstjenesten for barn og unge

Klinikk for kvinne, barn og familie

- 100 % fast stilling ved Habiliteringstjenesten for barn og unge (HABU)

Referansenr. 3749761925.

Nærmere opplysninger om stillingene fås ved henvendelse til: Seksjonsleder Anita Hoff, tlf. 74 09 83 02, eller avdelingsleder Randi Brenne Dreier, tlf. 74 09 87 10.

Søknadsfrist: 21. mai 2018

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.



frantz.no

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

Helse Vest RHF

100 % avtaleheimel i klinisk psykologi på Stord

100 % avtaleheimel for godkjend spesialist i klinisk psykologi på Stord er ledig omgåande.

Sentrale moment i vurdering av søkjarane vil mellom anna vere:

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

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

Avtalespesialisten skal bidra til at Helse Vest kan oppfylle «sørge for»-ansvaret. Det inneber mellom anna at avtalespesialisten 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 ein forpliktande samarbeidsavtale med Helse Fonna ved Stord DPS. Avtalespesialisten skal samarbeide med Helse Fonna ved Stord DPS om oppgåvedeling og for å sikre gode pasientløp. Avtalespesialisten skal også i et visst omfang kunne ta imot pasientar som er vurdert i Helse Fonna ved Stord DPS. Dette vil bli regulert nærare i den individuelle driftsavtalen.

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

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

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

Søknadsfrist er tre veker etter utlysing.



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

Helse Vest RHF

100 % avtaleheimel i klinisk psykologi på Os

100 % avtaleheimel for godkjend spesialist i klinisk psykologi på Os er ledig frå 01.01.2019.

Sentrale moment i vurdering av søkjarane vil mellom anna vere:

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

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

Avtalespesialisten skal bidra til at Helse Vest kan oppfylle «sørge for»-ansvaret. Det inneber mellom anna at avtalespesialisten 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 ein forpliktande samarbeidsavtale med Solli DPS. Avtalespesialisten skal samarbeide med Solli DPS om oppgåvedeling og for å sikre gode pasientløp. Avtalespesialisten skal også ta imot pasientar som er vurdert ved Solli DPS. Dette vil bli regulert nærare i den individuelle avtalen mellom Helse Vest og avtalespesialisten.

Andre vilkår, rammer og føringar knytt til drift av praksis vil 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.



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

ragnhildkrokke@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

Joan Sigrun Nygard

joan.sigrun.nygard@
vestreviken.no
416 66 260

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

sak.andrew@gmail.com
416 25 149

Hedmark

Eline Berg

bergeline3@gmail.com
996 23 191

Hordaland

Bjarte Bruntveit

bjartebruntveit@yahoo.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 Söderholm

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

Ida Smedbold

ida.smedbold@gmail.com
986 14 212

Sør-Trøndelag

Morten Thorsen

morten.thorsen@nav.no
464 14 174

Telemark

Birgitte Lindøe

birgitte.lindoe@
borgestadklinikken.no
473 83 123

Troms

Espen Nicolaisen

espennicolaisen@
outlook.com
950 60 605

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 lisenæs@online.no,
tlf. 55 90 06 63

Psykoterapi

Ingunn Aanderaa
Opsahl, leder, e-post
ingunnaanderaa@hotmail.
com, tlf. 971 50 507

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.hoy.dye@
moment.consulting,
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@helse-
bergen.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

MENNESKERETTIG-HETSUTVALGET

Nora Sveaass, leder, e-post
nora.sveaass@psykologi.uio.
no, tlf. 958 09 001

TESTPOLITISK UTVALG

Jens Egeland, leder, e-post
jens.egeland@piv.no,
tlf. 908 91 121

YNGRE PSYKOLOGERS UTVALG

Jørgen Edvin Westgren,
leder, e-postjoergen.
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
Gudrun Dieserud, Nasjonalt folkehelseinstitutt
Fanny Duckert, Universitetet i Oslo
Atle Dyregrov, Senter for krisepsykologi

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

Øyvind Kvello, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet
Kim Larsen, Sykehuset Østfold
Arild Lian, Bredtvet kompetansesenter
Gro Therese Lie, Universitetet i Bergen
Astri J. Lundervold, Universitetet i Bergen
June Ullevoldsæter Lystad, Oslo Universitetssykehus
Svein Magnussen, Universitetet i Oslo
Øyvind Lund Martinsen, Handelshøyskolen BI
Willy-Tore Mørch, Universitetet i Tromsø
Simon-Peter Neumer, RBUP Øst og Sør, Oslo
Geir Høstmark Nielsen, Universitetet i Bergen
Hans Nordahl, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet
Inger Hilde Nordhus, Universitetet i Bergen
Terje Ogden, 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 spesialistoppgave.

Abonnement: Tidsskriftet utkommer den første i hver måned. Medlemskap i Norsk psykologforening inkluderer abonnement. For ikke-medlemmer er abonnementsprisen for privatabonnement kr 1495 per år, bedriftsabonnement kr 2350, portotillegg utland. Løssalg ordinære utgaver kr 150 + porto/eksp.gebyr.

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

Frist for innlevering av annonser:
 16.05, 18.06, 18.07, 17.08,
 17.09, 18.10, 16.11

