

TIDSSKRIFT FOR NORSK PSYKOLOGFORENING

# PSYK KOL OGI

Vol. 55 nr. 7 2018



---

## TABU: TENNENE

*Aktuelt*

---

## Å følge opp sykefravær

*Vitenskapelig  
artikkel*

## Terapi vs. sjelesorg

*Bokaktuelt*

ISSN 0332-6470

TIDSAM 2008-07



9 770332 647006 07  
RETURUKE 32 150 NOK

# PSY KOL OGI

Vol. 55 **nr. 7** 2018

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

**Fagredaktører** Kjersti Solhaug Gulliksen, [kjersti@psykologtidsskriftet.no](mailto:kjersti@psykologtidsskriftet.no),  
tlf. 911 78 096 og Ida Holth, [ida.holth@psykologtidsskriftet.no](mailto:ida.holth@psykologtidsskriftet.no), tlf. 930 23 429

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

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

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

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

**Markedskordinator** Unni Sandland, tlf. 23 10 31 33,  
[e-post.tidsskrift@psykologtidsskriftet.no](mailto: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, Tekstrekameplakaten og Vær varsom-plakaten, samt Lov om redaksjonell fridom i media. Psykologtidsskriftet eies av Norsk psykologforening.

© Tidsskrift for Norsk psykologforening

# Jobbfravær

**PSYKISKE HELSEPLAGER** er én hovedårsak til sykefravær, mens psykiske lidelser er vanligste årsak til uføretrygd her til lands. Likevel er det naivt å tro at bare man blir kvitt angsten, depresjonen eller andre psykiske plager, så vil den sykmeldte være tilbake i jobb igjen. For hverken psykologer eller helsevesenet hjelper folk tilbake i arbeid ved å behandle psykiske helseplager alene. I denne utgaven skriver Silje Endresen Reme (se side 610) at hjelpeapparatet må drøfte arbeidslivet helt eksplisitt i behandlingen om vi skal hjelpe personer tilbake i jobb.

**Arbeidsfokusert kognitiv terapi** (CBT-W) er et eksempel på hvordan terapeuten målrettet tar tak i yrkeslivet innenfor rammen av psykologisk behandling. Uansett terapitradisjon er det ikke noe kunststykke å systematisk gjøre arbeid til en del av behandlingen. Trolig vil det gi lignende resultater som ved arbeidsfokusert kognitiv terapi: Pasientene opplever like stor bedring i symptombildet, med den viktige tilleggseffekten at folk kommer raskere tilbake i jobb. En tydelig forbindelse mellom terapirom og jobbhverdag er altså nødvendig.

**Den manglende broen** fra helsevesenet og inn i arbeidslivet kan også plassere ledere i en umulig situasjon i sykefraværsoppfølgingen. Det viser undersøkelsen til Bjørn Lau, Anette Høy Dye og Sara Aarseth i denne utgaven av Psykologtidsskriftet (se side 586). For det er vanskelig å legge til rette for retur til arbeidslivet når man ikke vet hva den ansatte sliter med, og mangler kunnskap om hva de er i stand til å utføre av arbeid. Psykologer kan med fordel hjelpe sine klienter med å finne frem til en fortelling det er mulig å dele med sine leder, noe som kan lette leders oppfølgingsarbeid. For både ansatt, leder og behandler bør inngå i et team som sammen jobber om jobbreturn.

**Det er altså ikke nok** at arbeidslivet blir bedre på psykisk hele. Helsevesenet må også være seg bevisst at det kan være viktigere å hjelpe folk til en plass i arbeidslivet enn å gjøre dem friske. Men fortsatt er psykisk helse nettopp helsepolitikk og ikke arbeidspolitikk, noe som også reflekteres i samfunnets organisering av tjenestetilbud: Det er en sektor som tar seg av helseproblemene, og en annen som tar seg av tilbakeføring til jobb. Å jobbe med arbeidsrehabilitering og helsehjelp parallelt er fortsatt fremmed. Det er derfor lett å slutte seg til Silje Endresen Reme når hun peker på at vi må jobbe på flere arenaer enn helsevesenet når sykefravær skal følges opp. Det betyr at både arbeidsplassen, helsevesenet og NAV bør jobbe samlet, koordinert og integrert for å hjelpe folk tilbake i jobb igjen. For jobb er et ankerfeste på så mange vis i menneskers liv. ✘



**Bjørnar Olsen**

Sjefredaktør

bjornar@

psykologtidsskriftet.no



Hverken psykologer eller helsevesenet hjelper folk tilbake i arbeid ved å behandle psykiske helseplager alene

# 564-572



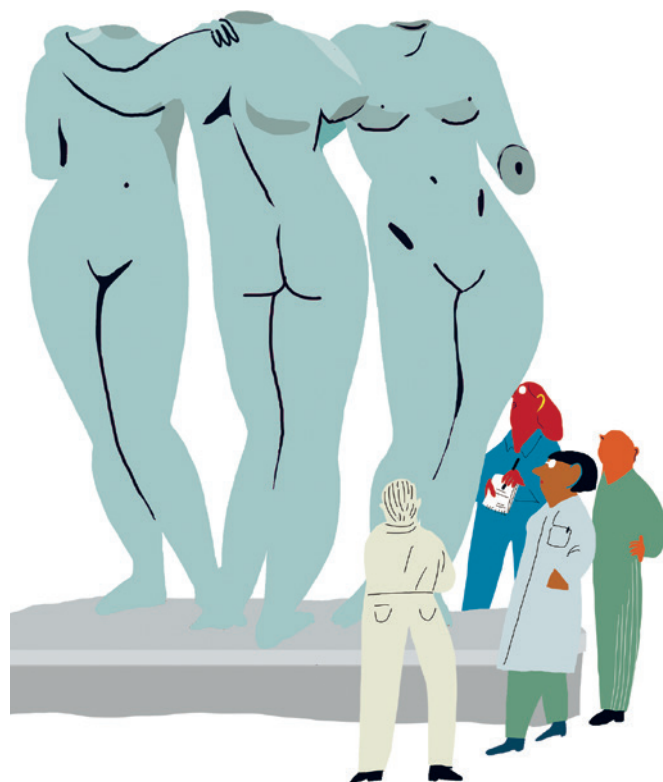
## KROPPENS FERDSSKRIVER

3300 voksne personer har til nå fått tilrettelagt tannbehandling som inkluderer psykologhjelp. Det finnes ikke tilsvarende tilbud for barn.

*NÅ, Aktuelt*

ILLUSTRASJON: ASHILD IRGENS

# 574



ILLUSTRASJON: MARI KANSTAD JOHNSEN

## KAMP OM KROPP OG PSYKE

Beskyldinger og sjikanering gjør at forskere på CFS/ME flykter fra feltet, mens pasienter unngår å ytre seg. Tre psykologer med ME forteller om sine erfaringer.

*Aktuelt*



ILLUSTRASJON: HILDE THOMSEN

## TILBAKE TIL JOBB

Det er naivt å tro at en friskmeldt pasient automatisk kommer tilbake i jobb, mener professor Silje Endresen Reme. Les også en ny vitenskapelig artikkel om hvordan ledere håndterer ansattes sykefravær, på side 586.

*Debatt, Vitenskapelig artikkel*

# Innhold

- 561 **Jobbfravær**  
Leder | Bjørnar Olsen
- 564 **Klassekamp om munnhulen**  
NÅ: Tiril Willumsen | Øystein Helmikstøl
- 566 **Tabu: tennene**  
Aktuelt | Øystein Helmikstøl
- 570 **- Tennene er kroppens ferdsskriver**  
Forskningsintervju | Per Olav Solberg
- 574 **Sykdommen vi ikke greier å diskutere**  
Aktuelt | Nina Strand
- 586 **Leders erfaringer med oppfølging av sykmeldte**  
Vitenskapelig artikkel | Bjørn Lau, Anette Høy Dye & Sara Aarseth
- 597 **Rettsikkerheten til sårbare voldsofre**  
Oppsummert | Tone Åker
- 600 **Ambulant hypnoterapi**  
Fra praksis | Agnes Aarre
- 606 **En ny klode**  
Fri assosiasjon | Ingvild Sagberg
- 609 **MENINGER**  
Hovedinnlegg: De 20 kritiske prosentene | Silje Endresen Reme (s. 610)  
Debatt: Menneskerettigheter (s. 614),  
Kommunesammenslåing (s. 616)  
Kommentar: Den kosmiske terapeuten | Øystein Helmikstøl (s. 618)
- 621 **INNTRYKK**  
Aktuelt: Brobygger til sjelesorgen (s. 622)  
Bokanmeldelser: Recovery uten motforestillinger (s. 626),  
«Gjørekunnskap» uten fasit (s. 628)
- 630 **Minneord: Leif Johan Braaten (1928–2018)**
- 631 **Kurskalenderen**
- 632 **Annonser**
- 636 **Stillingsannonser**

# Klassekamp om munnhulen

– De som lever i Norge, bør kunne smile uten å skamme seg, sier tannlegeprofessor Tiril Willumsen. Hun kommer nå med lærebok om odontologisk psykologi sammen med to psykologspesialister.



**SAMFUNNSPROBLEM** Tannhelse for de som ikke faller inn under refusjonsordninger, er et samfunnsproblem, mener tannlege og professor Tiril Willumsen. Foto: Ingar Arnod Storfjell/OD, UIO

**TEKST** Øystein Helmikstøl

– **Psykologer i lavterskeltjenester løfter frem de ressurssterke, skrev psykolog Simon Thorsæll Næs i Morgenbladet i fjor. Det er heller ikke billig å bli behandlet av deg som tannlege. Da er vel også tannhelse klassekamp?**

– Det er et veldig godt spørsmål, som LO har tatt opp for ikke så lenge siden. Tannhelse burde vært mye mer framme i den politiske debatten. Munnhulen er et bilde på utenforskap. Men det er ikke tradisjonell klassekamp, fordi god tannhelse ikke nødvendigvis er avhengig av inntekt. Barn har gratis tannbehandling. For voksne er det en dyr helsetjeneste. Så er det slik at de som faller utenfor samfunnet, ofte har problemer med tannhelsen. Det gjelder kronisk syke, personer med rusutfordringer og de som sliter med psykisk uhelse, eller gamle og demente. Ulikhetene i Norge øker, det gjelder også for tannhelse. Utfordringene framover er å få alle med, særlig de som trenger det mest.

– **Hvor mange er «de som trenger det mest»?**

– Tannlegeforeningen sier at 6–7 prosent av befolkningen ikke kan gjøre seg skikkelig nytte av tannhelsetjenester. Derfor er psykologien viktig for oss tannleger. Vi må nå fram med helselfremmende informasjon. Spesielt for tannhelse er at det krever aktive handlinger for å unngå plager og sykdom. Psykologien har lært oss at personer med angst og depresjon vegrer seg for å gå til tannlegen, mange sliter med

hygiene generelt, og ofte tannhelsen spesielt. Det kan få store konsekvenser. Resten av kroppen kan du vaske ren igjen. Dårlig tannhelse er irreversibelt. Det er ikke som et sår som gror av seg selv.

**– Si mer om psykisk helsevern og tannhelse.**

– Tannhelse handler om rutiner, og om omsorg. Mange har ikke lært å ta vare på tennene som barn. Får du hull i tennene, følger det deg resten av livet. Betydningen av god tannhelse har vært underfokusert i helsetjenesten, og kanskje også innenfor psykisk helsevern. Psykologer bør spørre om pasientene mestrer tannbehandling. Dette må kartlegges, slik helsepersonell kartlegger resten av kroppen. Generell angst kan også påvirke tannbehandling. Og mange pasienter i terapi går på medikamenter som påvirker tennene og munnhulen.

**– Du må si mer om samarbeidet med psykologer seinere, men vi kommer ikke «undan politiken».**

– Vi har mange ordninger gjennom trygdeverket i Norge, men jeg synes ikke de er gode nok. Noen faller utenom disse ordningene. Vi som samfunn har et problem når det koster mye penger å gå til tannlegevakta hvis du har akutt vondt. Har du ikke penger, er det vanskelig å få hjelp. Tannhelse for de som ikke faller inn under refusjonsordninger, er et samfunnsproblem. Tannhelse burde vært finansiert som andre helsetjenester. Dette handler også om antibiotikaresistens, som er en global utfordring.

**– Odontologi, psykologi – og antibiotikaresistens?**

– Det henger sammen. Personer med dårlig råd, eller som har litt angst eller unngåelsesadferd, drar heller til legevakten enn tannlegevakten når de har tannverk. Tannlegevakten er mye dyrere enn legevakten. Pasienter kan dermed ofte få antibiotika for noe som burde vært fikset operasjonelt.

**– Hvor mange tilfeller av overgrep avdekkes hos tannlegen?**

– Det finnes ikke tall på det. Vår rolle er ikke å oppdage vold eller overgrep. Men har vi mistanker når det gjelder barn, er det rutiner på å melde til barnevernet. Og voksne voldsutsette som kommer til tannlege, bør få hjelp til å kontakte adekvate instanser. Vi skal legge til

rette for en god tannbehandling selv om de har traumehistorier. Dette må vi samarbeide med psykologer om.

**– Hvordan?**

– Psykologer har bidratt med sin kunnskap slik at vi i dag tilbyr en mer traumesensitiv tannbehandling. Rent psykologisk er det å ha noen over seg, så tett, svært følsomt og inngripende. Tannlegens tilnærming og kommunikasjon rundt dette må ivareta pasienten på en god måte. Psykologisk kunnskap hjelper oss her. I den nye boka vår skriver vi om relasjonsbygging, motivasjon, kommunikasjon spesielt overfor barn, om angst og frykt, og om pasienter som har vært utsatt for tortur. Boka er rettet mot tannhelsepersonell, og handler om hvordan vi bør bruke kunnskap fra psykologi for å gjøre tjenestene bedre. Vi innser at vi har et potensial.

For å nå fram til de som trenger tannbehandling mest, trengs psykologisk innsikt. Tannhelsen generelt blir bedre og bedre, men veldig mange skammer seg over dårlige tenner. Det er mer stigma enn før rundt dette, dessverre. De som lever i Norge, bør kunne smile uten å skamme seg.

**– Når begynte psykologer og tannleger å samarbeide?**

– Det startet med at daværende dekan Ingeborg Jacobsen på Det odontologiske fakultet i 1990 ansatte psykolog Olav Vassend på vårt fakultet. Han fikk psykologi inn i tannlegeutdanningen. Litt senere ble det et samarbeid mellom Institutt for klinisk odontologi og Det psykologiske fakultet i Bergen om Senter for odontofobi. Tannlegestudenter har fått stadig mer undervisning om psykologi på studiet.

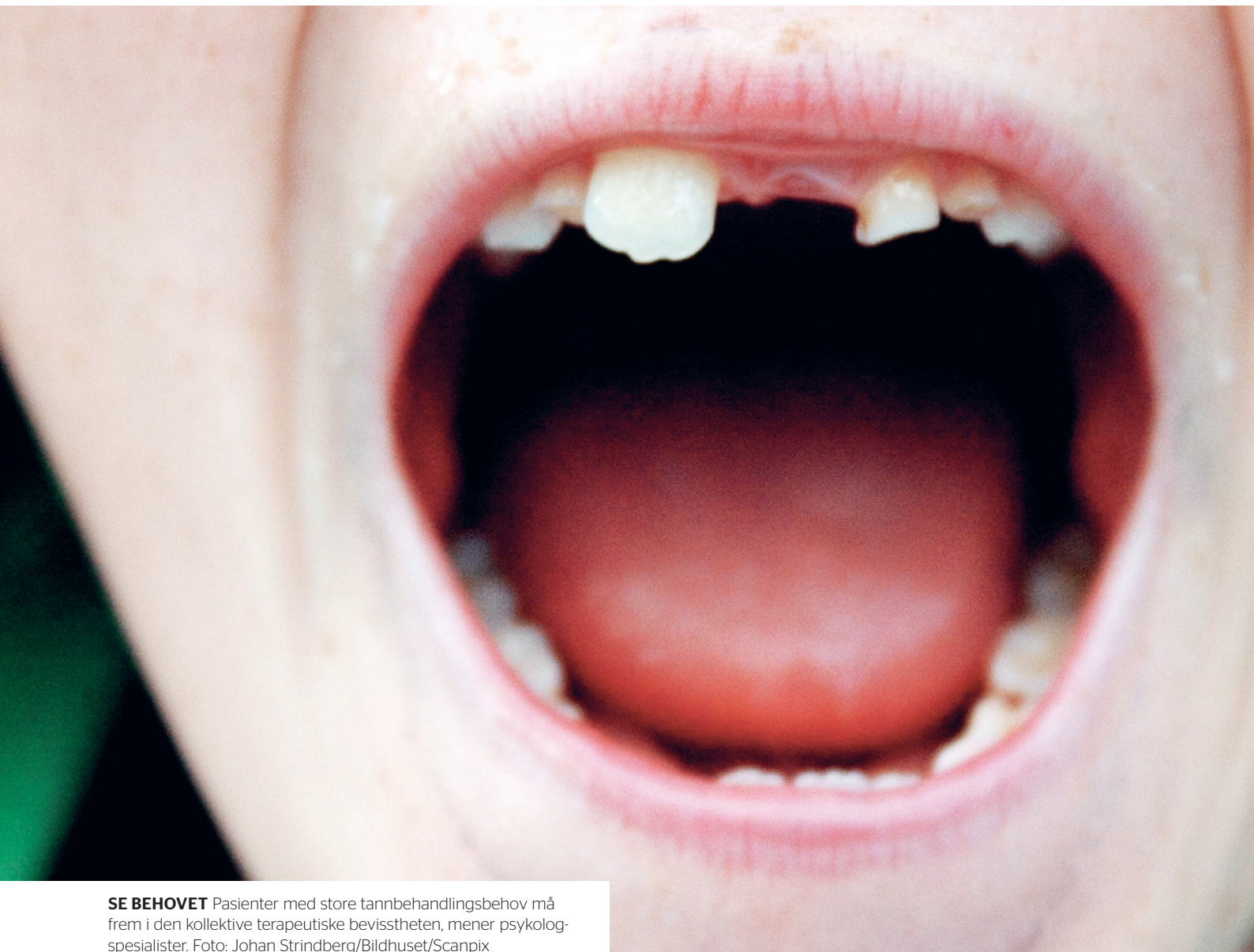
Men det har manglet en bred lærebok om det. Jeg vet faktisk ikke om det finnes en tilsvarende bok internasjonalt heller.

**– Her kan du hilse til psykologer.**

– Da tar jeg det viktigste først. Jeg er veldig takknemlig for at psykologer deler fra sitt kunnskapsområde med oss. Pasientene nyter godt av det. Det andre jeg vil si, er at psykologer må tenke tannhelse når de snakker med pasienten. De må spørre om det slik de gjør om andre medisinske opplysninger. Alvorlig tannbehandlingsangst kan, jeg understreker kan, handle om barndomstraumer, og sånn sett være en del av et større problem og en traumatisk historie. ✘

## Hvorfor NÅ?

- Tannlege og professor Tiril Willumsen er sammen med psykologspesialistene Lena Myran og Jostein P.Å. Lein redaktører for den nye læreboken *Odontologisk psykologi* på forlaget Gyldendal.
- Den 12. oktober arrangerer Det odontologiske og Det teologiske fakultet ved Universitetet i Oslo et frokostmøte med tittelen «Brennmerket», om forholdet mellom munnhelse og utenforskap.



**SE BEHOVET** Pasienter med store tannbehandlingsbehov må frem i den kollektive terapeutiske bevisstheten, mener psykologspesialister. Foto: Johan Strindberg/Bildhuset/Scanpix

## TABU: TENNENE

Psykologene og samfunnet må utforske omfanget og konsekvensene av dårlig tannhelse, mener psykologspesialister som jobber med tilrettelagte tannhelsetilbud.

**TEKST** Øystein Helmikstøl





**D**et er mennesker som ikke klarer nærhet til andre, eller som ikke deltar på foreldremøter på grunn av skammen over egen munnhelse. Det er mennesker som ikke klemmer barna sine på grunn av smerter i munnen, eller som heller trekker egne tenner enn å oppsøke tannbehandling. Det er mennesker som kun jobber natt for å slippe å vise frem tennene sine i dagslys.

Det forteller psykologspesialist Lena Myran. Hun er ansatt ved Tannhelsetjenestens kompetansesenter Midt-Norge, der hun er teamleder for tilrettelagt tannhelsetilbud (TOO) for mennesker som er utsatt for tortur, overgrep og vold i nære relasjoner eller har odontofobi. Tverrfaglige behandlerteam med tannlege og psykolog ble opprettet i etterkant av en rapport fra Helsedirektoratet i 2010 om tilrettelagte tannhelsetilbud. Nå finnes tverrfaglige team i alle fylker.

### OVERGREPSUTSATTE

Rundt 20 psykologer jobber nå med dette.

En annen av disse er Therese Varvin Fredriksen.

– På tannklinikken møter jeg gjerne pasienter som har unngått tannbehandling i flere tiår på grunn av tannbehandlingsangst. Jeg møter både «Jørgen Hattemaker» og «Kong Salomo», forteller Fredriksen, som også er med i et forskningsprosjekt om tannbehandling og overgrepssatte. Resten av tiden bruker hun på undervisning og fagutvikling regionalt og nasjonalt.

Mennesker med overgrepserfaringer er ofte mest redd for sine egne reaksjoner i møte med en triggende situasjon, som tannbehandlingssituasjonen, forteller psykolog Åshild Nupen ved Tannhelsetjenestens kompetansesenter Øst.

I region Øst jobber de mye med det Nupen kaller *å traumesensitivisert eksponeringsbehandling*.

– Vi møter mange mennesker med komplekse traumer og dissosiasjonsproblematikk. Sammen øver vi på at de skal kunne legge merke til og tåle sine egne reaksjoner på tannbehandlingsrommet, forklarer Nupen.

### - BØR INN I PAKKEFORLØPENE

Psykologspesialist Lena Myran har klinisk ansvar for utredning og diagnostisering av pasienter henvist til TOO, i tillegg til tverrfaglig angstbehandling av pasienter som tilfredsstillere kriteriene for inklusjon i prosjektet. Hun har samtidig et overordnet ansvar i Midt-Norge for psykologfaglig utvikling og opplæring av tannhelsepersonell, både i klinisk og teoretisk psykologi til tannhelsetjenesten.

– Det er mye smerte, skam og liv på vent på grunn av dårlig tannhelse. Det er et tabubelagt og lite tematisert folkehelseproblem, skriver Myran i en e-post til Psykologtidsskriftet. Hun mener psykologene og samfunnet har en jobb å gjøre med å utforske omfanget og konsekvensene av dårlig tannhelse.

– Pasienter med store tannbehandlingsbehov må frem i den kollektive terapeutiske bevisstheten, sier Myran og får støtte fra psykologspesialist Jostein Lein. Han jobber i TOO-team i Nordre Trøndelag i 20 prosent stilling. Til daglig jobber han i psykisk helsevern.

– Psykologen må spørre om pasienten har vansker med å gå til tannlegen. Dette bør bli en del av det nasjonale pakkeforløpet, som en del av standard vurdering, mener Lein, som også oppfordrer psykologer i »



**FØRST UTE** Tannhelsesekretær Sissel Hjelmen Aasan, pedodontist Runa Das og psykolog og prosjektleder Ingrid Elevine Berg Johnsen er landets første tverrfaglige team som jobber med å hjelpe barn som har angst for tannbehandling. Foto: Line Cathrine Nymoen

psykisk helsevern og i kommunene til å hen-  
vise til TOO-team.

#### INTERVENSJONENE FUNGERER

Jostein Lein er selv med på en samtale for å vurdere om pasienten skal ha TOO-behandling. Han er også med på psykoedukasjon om angst og traumereaksjoner. Behandlingen er eksponeringsterapi og varer i omtrent 5–10 timer.

– Det varierer i hvor stor grad psykologen er med på eksponeringsterapi. Selv er jeg med i de tilfellene der pasienten har sterke emosjoner.

Tannlege og professor Tiril Willumsen har skrevet doktorgrad om intervensjonene i TOO-behandling, legger Lein til.

– Det er forsket på dette. Intervensjonene fungerer. Men det er en svakhet at vi ikke vet så mye om hvem pasientene er. Dette har Helse- og omsorgsdepartementet lovet å finne mer ut av, i tillegg til blant annet å evaluere effekt av behandlingen, sier Lein.

#### 65 MILLIONER

Seniorrådgiver og tannlege Ragnhild Elin Nordengen i Helsedirektoratet opplyser at budsjettet for tilskuddsordningen Tannhelsetilbud til tortur- og overgrepsofsatte og personer med odontofobi (TOO) er på 65 millioner kroner i år. Helsedirektoratet har foreslått overfor Helse- og omsorgsdepartementet å øke beløpet neste år.

– Det er ventelister for TOO-behandling. Det er behov for mer penger slik at tilbudet som er etablert i alle fylker, kan bygges ut så raskt som mulig, sier Nordengen, som understreker at TOO-prosjektet er en suksess.

Hun opplyser at hittil har 3 300 personer fullført behandling, og at bare 5–6 prosent av dem som henvises, vurderes til ikke å være kvalifisert for tilbudet.

– Tilbakemeldingene til oss er at pasientene er glad for å få dette tilbudet. Ordningen med psykolog i tverrfaglig team har vært helt nødvendig for behandlingen, og psykologer bør

være med i alle deler av dette, også i kunnskapsutvikling, forskning og metodeutviklingen på området, sier Nordengen.

### - BANEKRYTTERE

Også psykologspesialist Lena Myran framhever samarbeidet på tvers av profesjoner.

– Det er ganske nytt og banebrytende innenfor psykologisk og odontologisk virksomhet. Innenfor de fleste disipliner der man jobber med mennesker, er det nyttig med økt psykologisk kompetanse for å styrke relasjonsforståelse, traumesensitivitet og kommunikasjonsferdigheter. Psykologisk kunnskap er virkemiddelet som gjør at helsearbeideren forstår reaksjonene til «den vanskelige pasienten», at de klarer å kommunisere dette til pasienten slik at man kan tilby tilpasset behandling. Dette gjør begge parter tryggere i relasjonen. Psykologisk kunnskap er det som gjør at helsearbeideren omtaler krevende pasienter som redde eller traumatiserte, og ikke lenger som «vanskelige».

### POLITIKK

TOO er for voksne, tilsvarende behandlingstilbud finnes foreløpig ikke for barn. Psykolog Ingrid Berg Johnsen er initiativtaker til og leder for fagutviklings- og forskningsprosjektet Trygge barn i tannbehandling (TBIT), i samarbeid med blant annet Karolinska Institutet i Stockholm og NTNU. Samtidig jobber hun i landets eneste team som er spesifikt rettet mot barn og unge.

– Det er underlig at det ikke finnes et tilsvarende tilbud om tilrettelagt tannbehandling for barn, slik som TOO er for voksne, sier Johnsen til Psykologtidsskriftet.

Hun mener det må bli en politisk satsing på tiltak tidlig, for å forebygge tannbehandlingsangst og forhindre at mennesker havner i TOO-behandling senere.

– Tannhelsetjenesten er også i en unik posisjon til å oppdage barn som er utsatt for mishandling eller andre typer alvorlig omsorgssvikt, og et flerfaglig samarbeid vil gjøre tjenesten enda bedre rustet til å se og ivareta de aller mest sårbare barna. Jeg tror psykologer har mye å bidra med i tannhelsetjenesten, både med tanke på forebygging, angstbehandling og folkehelsearbeid. Men jeg vet ikke hvor lett det er å rekruttere psykologer hit. Selv kan jeg varmt anbefale det. ✘



**PSYKOLOGER** Psykologspesialistene Åshild Nupen, Jostein Lein, Lena Myran og Therese Varvin Fredriksen jobber i tverrfaglige team for tilrettelagt tannhelsetilbud. Foto: Terje Skåre/Henrik Sahlin Pettersen/Geir Arne Fredriksen

## Tverrfaglig tannhelsetilbud

- TOO er et tilrettelagt tannhelsetilbud til tortur- og overgrepsofsatte voksne og voksne personer med odontofobi.
- Tverrfaglige behandlerteam i den offentlige tannhelsetjenesten finnes nå i alle fylker. Teamene består av psykolog, tannlege og annet tannhelsepersonell.
- Samarbidspartnere er regionale ressursentre om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging (RVTS), sentre mot incest, DPS, psykologer, fastleger og annet helsepersonell, og universiteter og andre relevante fagmiljøer.
- Trygge barn i tannbehandling (TBIT) er tverrfaglig behandling og forebygging av tannbehandlingsangst hos barn og ungdom.
- TBIT-prosjektet er et nyoppstartet fagutviklingsprosjekt ved Tannhelsetjenestens kompetansesenter Midt-Norge. Prosjektet er det første i sitt slag i landet.

# - Tennene er kroppens ferdsskriver

Tannhelsetjenesten står i en unik posisjon til å avdekke mulig omsorgssvikt. Men en tredel av tannhelsepersonell har unnlatt å sende bekymringsmelding ved slik mistanke, ifølge ny doktorgrad.

**TEKST** Per Olav Solberg



**H**vordan avdekkes omsorgssvikt? Hvordan skal psykologer få vite om og ha mulighet til å hjelpe barn og familier som virkelig har det vanskelig?

Institusjoner som har regelmessig kontakt med barn og familier, er i posisjon til – og plikter – å melde fra til barnevernet hvis de har mistanke om omsorgssvikt: Barnehagen, skolen, helsestasjonen, legen og tannlegen havner ofte i denne typen varsler-roller. Barnevern og psykologtjenester er på sin side helt avhengig av at meldingsrutiner fungerer godt, for å yte tidlig hjelp og for å forhindre og redusere konsekvensene av omsorgssvikt.

### FRA NULL TIL NOE

Tannpleier Ingfrid Vaksdal Brattabø fra Bergen disputerte i vår med en avhandling der hun blant annet undersøker i hvor stor grad tannhelsepersonell er bevisst sin rolle som instans for å avdekke ulike former for omsorgssvikt. I studien har Brattabø innhentet data fra ca. 1200 offentlige tannleger og tannpleiere i Norge. Av de 1200 har 60 prosent sendt én eller flere bekymringsmeldinger til barnevernet i løpet av sin karriere.

– Før 2010 var det nesten ingen som meldte inn bekymringsmelding fra tannhelsetjenesten. Etter 2010 ble det mye fokus på meldingsplikt fra myndighetene, og rutinene ble bedre. I dag er meldingssituasjonen en helt annen, og nå meldes ca. 800 saker til barnevernet per år, og tallet er stigende.

– *Det er likevel 33 prosent i din undersøkelse som oppgir at de ved én eller flere anledninger har unnlatt å melde fra. Hva er årsaken?*

– I noen tilfeller kan det være svært vanskelig å vurdere om meldeplikten er utløst eller ikke. Mange oppgir at de ikke har nok kunnskap om de ulike formene for omsorgssvikt. Det gjør tannhelsepersonell usikre, og de kan bli redde for å ta feil. Som offentlig ansatt kan man heller ikke melde inn slike saker anonymt, foreldrene kan få vite hvem som har sendt bekymringsmeldingen. Det kan nok føre til færre meldte saker. Siden denne tematikken er relativt ny, vil det ta noe tid å få på plass gode nok rutiner og utvikle et enda bedre samarbeid med barnevernet, mener Brattabø.

Ifølge forskerens tall, førte 25 prosent av bekymringsmeldingene til at barnevernet iverksatte tiltak. Samtidig fikk tannhelsepersonell ingen tilbakemelding fra barnevernet i nær 1/3 av de meldte tilfellene, selv om barnevernet plikter å gi informasjon tilbake til tannlegen om hvordan bekymringsmeldingen har blitt behandlet.

– Barnevernet er dessverre ikke alltid gode nok til å melde tilbake til tannlegen eller tannpleieren om hvordan det har gått med en innsendt bekymringsmelding. For tannhelsepersonellet blir det som å sende en melding ut i et vakuum; man vet ikke hva som skjer. Da kan det hende man blir mer usikker ved neste korsvei og unnlater å melde, tror Brattabø.

### HVA ER FARESIGNALENE?

Når er det tannleger og tannpleiere får mistanke om omsorgssvikt? Vaksdal Brattabø trekker fram foreldres manglende oppfølging av barnas tannhelse, noe som viser seg i form av omfattende kariesangrep. Dette kan være i kombinasjon med at barna ofte ikke møter opp på oppsatte tannlegetimer. Da kan mistanke om omsorgssvikt vekkes.



**DOKTOR** Ingfrid Vaksdal Brattabø disputerte 27. april i år med avhandlingen «Detection of child maltreatment, the role of dental health personnel». Brattabø har hovedfag i biologi og har jobbet i tannhelsetjenesten i Hordaland fylkeskommune. I dag er hun ansatt ved Tannhelsetjenestens kompetansesenter Vest/Hordaland. Foto: Thor Brødreskift

- Vi vet at det sitter enormt mange unger i tannlegestolen som er utsatt for ulike former for omsorgssvikt

Ingfrid Vaksdal Brattabø

- Det er viktig å understreke at vi her ikke snakker om barn som har et par-tre hull. Vi har å gjøre med svært omfattende skader på mange tenner. Når man går til fastlegen, kan omsorgssvikt gjerne skjules ved at barna har vasket og flidd seg til legetimen. Dårlig tannhelse over tid kan derimot ikke skjules; det hjelper ikke å pusse tennene samme dag som man går til tannlegen. Jeg pleier å si at tennene våre er kroppens ferdsskriver. Tenner kan avdekke forhold som ellers kan være vanskelig å oppdage, påpeker Vaksdal Brattabø.

I tillegg til mistanke om vanskjøtsel blir det i noen tilfeller sendt bekymringsmeldinger om mistanke om psykisk mishandling, fysisk mishandling og seksuelle overgrep. Av saker som ble varslet fra 2012 til 2014, var 5 prosent knyttet til mistanke om seksuelle overgrep, ifølge Brattabøs forskning. Hun forteller at mistanke kan vekkes ved at enkelte barn kan ha ekstrem behandlingsvegring; de kan ha store problemer med å bli lagt bakover i tannlegestolen eller få noe i munnen, noen kan også få voldsomme brekninger.

- I sjeldne tilfeller ser man også fysiske skader i munnen, for eksempel bloduttredelser. I enda sjeldnere tilfeller hender det at barna selv forteller om seksuelle overgrep når de får spørsmål om hvorfor de vegrer seg, sier Brattabø.

#### STORE MØRKETALL

Når man vet at det årlig sendes rundt 800 bekymringsmeldinger totalt til barnevernet fra tannhelsetjenesten, vil rundt 40 av disse sakene (5 prosent) handle om mistanke om seksuelle overgrep. Ifølge Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet oppgir hele 15 prosent av norske menn og kvinner å ha vært utsatt for en eller flere former for seksuelle overgrep før fylte 18 år.

- 800 bekymringsmeldinger årlig er svært lite når man vet en del om hvor omfattende både omsorgssvikt og seksuelt misbruk av barn er.

- Det er riktig at underrapporteringen er stor. Hvor stor er umulig å si, men vi vet at det sitter enormt mange unger i tannlegestolen, som er utsatt for ulike former for omsorgssvikt, og tannlegene og tannpleierne er selvsagt ikke i posisjon til å avdekke alle. Målet er heller ikke at tannhelsepersonell skal sende flest mulig bekymringsmeldinger, men at de varsler når det er behov for det, og når de har en reell

mistanke. Man skal også være oppmerksom på faren for overrapportering. Mer kunnskap om hva man skal se etter, og en mer årvåken bevissthet blant tannhelsepersonell har ført til en jevn økning i antall bekymringsmeldinger de siste årene, og denne utviklingen tror jeg vil fortsette, sier Brattabø.

Det er heller ikke slik at antall bekymringsmeldinger fordeler seg jevnt utover landet, når man tar høyde for befolkningstall. Tannleger og tannpleiere som jobber i kommuner med under 10 000 mennesker, melder mindre enn i større kommuner, viser Brattabøs tall. Et annet funn: Tannhelsepersonell i Midt-Norge og Vest-Norge sender færre bekymringsmeldinger enn i de andre landsdeler. Dette er ikke unikt for tannhelse; ser man på meldingsstatistikk fra andre etater, går dette igjen som et mønster: færre innmeldte saker i Midt- og Vest-Norge.

- Er årsaken at disse landsdelene faktisk har mindre omsorgssvikt enn landet for øvrig, eller er årsaken at de er dårligere til å melde ved mistanke om omsorgssvikt? Vi vet ikke hva som er årsaken til denne tendensen.

- Du blir intervjuet i et tidsskrift for norske psykologer. Kan psykologer ha en rolle å spille her?

- Absolutt. I den offentlige tannhelsetjenesten i Hordaland har vi god erfaring med å ha psykologer som en del av vårt tverrfaglige team. I dag er vi så heldige å ha fire psykologer tilsatt hos oss her ved tannhelsetjenestens kompetansesenter. Jeg tenker at vi trenger en felles dugnad for å komme i bedre posisjon til å forebygge og avdekke ulike former for omsorgssvikt. Ett mål for fremtiden bør være å etablere et samarbeid mellom kommunepsykologer og den offentlige tannklinikken. Selv om vi er tilsatt på ulike forvaltningsnivå (kommune og fylkeskommune), er det de samme barna vi møter. Jo bedre vi som tjenester klarer å samarbeide og utnytte hverandres kompetanse, dess sterkere og tryggere vil vi bli i utøvelsen av meldeplikten, og i tilretteleggingen og oppfølgingen av de utsatte barna, avslutter Vaksdal Brattabø. ✘

## ELTE-studentene får støtte fra ESA

EØS-tilsynet ESA innledet i juni en formell sak mot Norge etter at halvannet år med uformell dialog om ELTE-studentenes skjebne ikke førte fram.



**BLIR HØRT** Tidlegere og nåværende psykologistudenter ved ELTE-universitetet i Budapest får nå støtte fra ESA. Foto: Maria Skarpaas Andersen

**ESA HAR MOTTATT** klager fra flere psykologi-kandidater som har fått avslag på søknaden i Norge om å få godkjent en mastergrad i klinisk helsepsykologi fra ELTE-universitetet i Ungarn.

- ESA anser Norges nye fremgangsmåte som et brudd på EØS-reglene, som innskrenker studentenes rettigheter, sier ESA-president Bente Angell-Hansen i en pressemelding.

Fram til april 2016 kunne uteksaminerte ELTE-studenter søke om autorisasjon til å praktisere som psykolog i Norge dersom de bygde på utdanningen med ett års praksis med veileder. Etter at ordningen hadde vart i 13 år, stanset norske myndigheter den uten forvarsel. Dette rammet 66 uteksaminerte ELTE-kandidater samt en rekke personer som fortsatt studerte.

- Norske studenter har investert både tid og penger i å studere i utlandet, og de har gjort det i god tro på bakgrunn av langvarig praksis. EØS-reglene er laget for å beskytte studentenes rettigheter og gi dem forutsigbarhet, sier Angell-Hansen videre i pressemeldingen.

Brevet ESA nå har sendt til norske myndigheter, er det første skrittet i en traktatsbruddsak mot Norge. ESA har gitt norske myndigheter tre måneder på å fremme sitt syn, før tilsynet bestemmer seg for om saken skal tas videre.

ESA vurderer samtidig andre, lignende klager knyttet til Norges nye fremgangsmåte i behandlingen av studenter med psykologiutdanning fra utlandet. Disse klagerne har utdanning fra Polen, Spania, Litauen og Nederland.

### ESAS KONKRETE VURDERING

ESA vurderer psykologistudentenes klager opp mot EØS-retten, spesielt yrkeskvalifikasjonsdirektivet, tjenstedirektivet, artikkel 28 i EØS-avtalen, som omhandler fri bevegelse av arbeidskraft, og artikkel 31 i den samme avtalen, som handler om etableringsfrihet.

ESA mener norske myndigheter ikke har begrunnet tilstrekkelig hvorfor de brått stanset ordningen for godkjenning av utdanning fra utlandet. ESA mener videre at norske myndigheter i flere tilfeller har brutt fristen på fire måneder som EØS-reglene setter for å avgjøre søknader om å få godkjent utdanning i utlandet. Norge har heller ikke hatt noen klageordning i de tilfellene myndighetene ikke har holdt fristen på fire måneder, skriver ESA på sine nettsider.

**Kilde:** <http://www.eftasurv.int/press-publications/press-releases/internal-market/indre-marked-norge-underkjenner-ungarsk-psykologiutdannelse-esa-innleder-sak>

# Sykdommen vi ikke kan snakke om

Beskyldinger og sjikanering gjør at forskere på CFS/ME flykter fra feltet, mens pasienter unngår å ytre seg. Her forteller tre psykologer med ME om sine erfaringer.

**TEKST** Nina Strand

**ILLUSTRASJON** Mari Kanstad Johnsen

**EN FASTLÅST KONFLIKT** mellom to tapende lag. Slik beskriver en forsker CFS/ME-feltet for Psykologtidsskriftet. Etter faglige foredrag og publisering av forskningsfunn opplevde vedkommende gjentatte ganger kritikk og utskjelling på nettet, på e-post og på fagmøter om temaet. Dette er ikke unikt. I ME-feltet finner vi store konflikter – mellom forskere, mellom forskere og pasienter – og pasienter imellom.

– Alle vil vite hvilket lag du spiller på. Og du *må* velge. Jeg prøver å holde meg til forskerperspektivet, sier vår kilde.

Det blir krangling istedenfor debatt. Utskjelling istedenfor samtale. De som ikke blir friske, mistenkes for å ikke ønske å bli det. De som *blir* friske, mistenkes for aldri å ha hatt sykdommen. Psykologtidsskriftet erfarer at kildene våre blir nervøse for å mene noe i det hele tatt. En som ble bedre av sykdommen, nølte med å fortelle om det fordi andre pasienter kunne bli krenket.

Uenigheten om CFS/ME starter allerede ved hva vi skal kalle sykdommen. Kronisk utmattelse? ME? Vi har valgt å bruke den betegnelsen Helsedirektoratet anbefaler: CFS/ME. (Se faktaboks side 576 for informasjon om CFS/ME.)

## ANONYM PSYKOLOG

Her står hun i kontordøra, psykologen som skapte sterke reaksjoner da hun gikk ut i mediene med falsk identitet og fortalte om sine erfaringer med ME. Flere redaksjoner ble lurt, blant dem Psykologtidsskriftet.







## CFS/ME

- CFS står for Chronic Fatigue Syndrome, og ME står for Myalgic encephalomyelitis (Myalgisk encefalomyelitt).
- CFS/ME har ingen kjent og entydig årsak. Utredningen gjøres ved kartlegging, utelukkning av differensialdiagnoser og vurdering ut fra anbefalte kriteriesett.
- Internasjonale tall tyder på at 10 000 – 20 000 personer i Norge har ME, avhengig av kriteriene som brukes.
- Det viktigste symptomet er anstrengelses-utløst sykdomsfølelse og symptomforverring med unormalt lang restitusjonstid. Utmattelsen kan skyldes fysisk, mental eller sosial anstrengelse. Forverringen kan komme umiddelbart, men også oppstå forsinket, fra timer til dager etter.
- Tilleggssymptomer er bl.a. mangel på forfriskende søvn, smerter i muskler, ledd og hode, kognitive symptomer, blodtrykkfall, overfølsomhet for sanseinntrykk og feberfølelse.
- Til tider er sykdommen invalidiserende, og forløpet for den enkelte varierer.

Kilder: [helsedirektoratet.no](http://helsedirektoratet.no), [helsenorge.no](http://helsenorge.no) og [me-foreningen.no](http://me-foreningen.no)

Det har hun beklaget, også i Psykologtidsskriftets spalter. Hun ønsker fortsatt å være anonym, så vi kaller henne Grete Linerud, navnet hun brukte i ME-debatten. Hun skal hjelpe oss med å forstå helt konkret hva slags sykdom ME er, og hva som kan skjule seg bak sinnet og fortvilelsen mange ME-pasienter uttrykker offentlig.

Linerud er en smilende kvinne, elegant kledd i sporty, fargesterke klær. Ansiktet utstråler vennlighet, og – er det lett å tro – energi. Men en liten times intervju med Psykologtidsskriftet kan koste henne dyrt.

– Når du går ut døra, kommer jeg til å måtte legge meg rett ned på gulvet for å hvile, sier hun.

For det er sånn ME-fungerer. Utmattelsen, smertene og andre symptomer kommer *etter* anstrengelsene. Dermed blir den ikke synlig for venner, naboer eller en hjelper som møter en tilsynelatende oppegående pasient. I dag trosser Linerud sykdommen i håp om å bidra til bedre forståelse av en lidelse hun mener er allment misforstått og stigmatisert. Samtidig har hun et dypt personlig motiv.

– En barnelege fortalte meg at en av fem ME-syke har andre med samme diagnose i nær slekt. Sannsynligheten for genetisk sårbarhet er stor. Jeg har barn, og er livredd for at de også skal få sykdommen. Dette er en ekstremt viktig sak for meg, sier hun. Stemmen skjelder litt.

### - LIVSBERØVENDE

Det mest overveldende for Linerud var de bisarre og ukjente symptomene hun fikk. Og mengden symptomer. Det begynte en sommer for noen år siden, med sår hals, og ufrivillige oppvåkninger om natta med «strøm gjennom kroppen». Etter hvert fikk hun sterke muskelsmerter i nakke og rygg og rykninger, i blant annet leggene, pannen, tunge og leppe. Hun plagdes med sterk hodepine, kvalme og intens melkesyre ved den minste aktivitet, og hun fikk kognitive problemer. Begynte på setninger hun ikke greide å fullføre, glemte ord og betydningen av dem. Både grovmotorikk og finmotorikk sviktet. Hun utviklet hakkete gange, glapp ting og klarte ikke å pusse tennene. Men aller verst var følelsen av å ha et «smertebånd» over bryst og hals, brannsårfølelse på huden, ekstrem sårhet i brystet og intoleranse mot stimuli – som lys og lyd.

– Etter få måneder var jeg forvandlet fra en helt vanlig, fulltidsarbeidende frisk person til en ekstremt smerteplaget pleiepasient. Da jeg ble hentet i ambulanse, kunne jeg ikke gjøre noe som helst, heller ikke basal personlig hygiene. Det var fælt.

Linerud var innlagt seks uker på sykehus. Hun var svært syk, men legene fant ingenting. Bare småtteri, som høye verdier av bindevevs-antistoffer, laktat og borrelia i blodet. Hun var også gjennom psykologisk utredning: Null funn.

Etter sykehusoppholdet fulgte ti måneder på institusjon.

– Det mest smertefulle var at barna mista mammaen sin for en lang periode. Jeg så dem bare noen minutter i uka, og lenge var vi usikre på om jeg ville overleve. Det var traumatiserende å oppleve mer smerte enn det jeg var i stand til å håndtere, uten at noen kunne forklare hvorfor, eller gi noen prognose, sier psykologen.

### LIVET ER LITE

I dag tilbringer Linerud rundt 12–16 timer hver dag i senga. Hun sover rundt seks timer, men har ikke restituerende søvn.

– Fortsatt opplever jeg et smertehelvete hver morgen og hver kveld. Heldigvis har jeg en lege som er opptatt av symptomlindring, han er både dyktig og kreativ.

Hun er takknemlig over å ha et godt nettverk, og ser vennene når hun klarer det.

– Men jeg savner å bruke kroppen, å svette! Livet er veldig lite nå, så jeg prøver å finne mening i den delen av livet som er tilgjengelig for meg, sier psykologen.

Hun sier hun har håp, men ikke egentlig tro. Hun respekterer sin tålegrense for aktivitet. Samtidig prøver hun det hun kaller «frisk-atferd» – for eksempel å jobbe i «små dråper». Studier hun stoler på, viser at seks prosent blir spontant friske.

– Det er som å vinne i Lotto. Men jeg håper å være blant de seks prosentene.

### HADDE SELV FORDOMMER

– Min læringskurve har vært enorm, sier Linerud i dag.

– Jeg trodde at ME rammer ambisiøse og litt nevrotiske kvinner, og at sykdommen primært handlet om slitenhet. Jeg ante ingenting om det massive symptomtrykket.

Da hun googlet symptomene hun hadde og fikk treff på ME, avviste hun at det kunne stemme.

– Jeg er ikke typen på å få den sykdommen, tenkte jeg. Jeg liker å være aktiv, men er ingen stressa perfektjonist.

Hun mener årsaken til manglende forskning på ME er at den er blitt kategorisert som psykosomatisk.

– Det at US Institute of Medicine i 2015 gjennomgikk over 9000 artikler om ME og konkluderte med at sykdommen er biologisk, er underkommunisert. Jeg ser fram til at vi kan legge debatten om fysisk eller psykisk bak oss, og fokusere på sykdomsmekanismer og symptomlindring.

Nå tror Linerud på økende interesse blant forskerne.

– På den internasjonale ME-konferansen i Montreal i vår ble det presentert mange spennende funn, sier hun.

### - MØTT MED MISTRO

Stemmer det at ME-pasienter møtes med mistro og psykologisering? I oktober i fjor publiserte sosiologen Olaug S. Lian sammen med Catherine Robson en vitenskapelig artikkel med en kvalitativ analyse av tekster skrevet av 256 ME-syke<sup>1</sup>. Svarene var et ledd i en større spørreundersøkelse, der fritekstsvarene ble analysert for seg selv. Kort oppsummert beskrev et flertall av pasientene at behandlerne møtte dem med mistenksomhet, lett vint psykologisering, manglende respekt, mangelfull utredning og skadelige råd. Relasjonen til legen opplevdes altså som dårlig. Forskerne peker imidlertid på at de som leverte fritekstsvarene, hadde noe lavere skår på tilfredshet med legen enn de som lot være å skrive fritekstsvarene.

Psykologtidsskriftet møter Lian på kontoret hennes ved Universitetet i Tromsø. I rundt ti år har hun forsket på langvarig medisinsk uforklart utmattelse. Hun har lenge hatt stor interesse for fenomenet medisinsk



**RESPEKT** Det er ikke først og fremst mer medisinsk kunnskap pasientene etterlyser, men anerkjennelse, empati og respekt, konkluderer sosiolog Olaug Lian ut fra undersøkelsen hun publiserte i fjor. Foto: David Jensen, UiT

1 Lian, O.S. and Robson, C. (2017) «It's incredible how much I've had to fight.» Negotiating medical uncertainty in clinical encounter». International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being, vol. 12.



- Det er vanskelig når man ikke har verktøy på rede hånd. Men jeg utviklet meg mye som lege i arbeidet med CFS/ME-pasienter

Kari Tveito



uforklarte plager og symptomer (MUPS), som eksempelvis omfatter ADHD, irritabel tarm, bekkenløsning og muskel-skjelett-lidelser. Sosiologen ønsket å undersøke hvilke erfaringer mennesker med slike helseutfordringer hadde med det offentlige hjelpeapparatet, og valgte den lidelsen hun oppfattet som den mest omstridte og stigmatiserte: CFS/ME.

Lian poengterer at samfunnets syn på sykdom endrer seg i tråd med allmenne samfunnsendringer. For hundre år siden var det større rom for å akseptere noen som syke uten at det kunne dokumenteres med biologiske funn.

- Legen så på pasienten; på huden, rødme, blekhet – og snakket med vedkommende. Men med utviklingen i vitenskap og teknologi blir vi i dag overrasket når vi ikke kan finne biologiske spor av en sykdom, og har problemer med å akseptere at den i det hele tatt finnes. Innenfor moderne biomedisinske forståelsesrammer blir det nærliggende å tenke at sykdommen er innbilt når den ikke kan «avleses» og bekreftes utenfra ved hjelp av biomedisinsk kunnskap og teknologi, sier hun.

I sin forskningsartikkel legger Lian og Robson vekt på at nettopp når fysiske symptomer ikke kan bli bekreftet eller forklart gjennom biomedisinsk kunnskap eller funn, vil en god relasjon mellom lege og pasient være spesielt viktig. Det kan dempe utfordringene som oppstår når sykdomsbildet er uklart, og når legen altså mangler en ferdig opptråkket løype for veien videre sammen med pasienten.

Fastlegen vil være viktig i oppfølgingen videre, med sykmelding, tiltak og støtte. Men tross denne sentrale rollen refererer Lian og Robson til mye internasjonal forskning som finner at legene kan kjenne både maktesløshet og frustrasjon i møte med disse pasientene. Og ikke sjelden oppstår det uenighet mellom pasient og lege om forståelsen av sykdommen.

### PSYKOLOGISERING

«Det er utrolig hvor mye man har måttet kjempe, både for å bli trodd og for å få det en har krav på», skriver en pasient i Lians undersøkelse.<sup>2</sup>

- Det at pasientene opplever at de må gå i krigen for å bli forstått, er ødeleggende for begge parter. Lege og pasient har jo egentlig samme mål, og burde i teorien kunne danne et godt team, kommenterer sosiologen.

I artikkelen peker forskerne på maktubalansen i relasjonen mellom lege og pasient. Pasientene rapporterer at deres egen forståelse av sykdommen blir marginalisert. Og faktisk er det ikke først og fremst mer medisinsk kunnskap pasientene etterlyser, men anerkjennelse, empati og respekt. Mange deltakere i studien uttrykker ønske om at legen skal legge mer vekt på pasientenes egne erfaringer med hvilke tiltak som hjelper. Når de i stedet møter helsearbeidere som mener at sykdommen egentlig er psykisk, blir relasjonen utfordrende og – for mange – krenkende, tror Lian:

- Det oppleves som en bagatellisering av de fysiske symptomene pasienten har.

Andre opplever at legers oppfatning av at sykdommen er psykisk betinget, gjør dem uvillige til å gjøre grundige undersøkelser eller henvise dem til spesialist. En av dem skriver: «Første lege hev meg på dør og ba meg tenke positivt. Jeg var ikke ferdig utredet. Tror ikke

.....

2. Lian har gitt Psykologtidsskriftet den norske (originale) versjonen av våre utvalgte sitater.

de finner noe, sa han. Du trenger ikke komme her mer.» Ifølge Lian gjør denne typen erfaringer at mange søker hjelp utenfor det offentlige tilbudet.

– *Men hva er det som provoserer så sterkt ved at legen trekker inn psykologiske faktorer?*

– Her er det viktig å skille mellom årsak og behandling. Jeg tror fella mange helsearbeidere går i, er at de presenterer teori om *hvorfor* pasienten har fått sykdommen: Det er psykisk. Det mange pasienter da hører, er: Du har ikke mestret livet, du er svak. Det oppleves som et karakterdrap. Det er ikke det legen sier, men det er kanskje dette pasienten hører.

I en situasjon med manglende medisinsk kunnskap kunne man forvente mer brukermedvirkning og vekt på pasientens egne erfaringer med sykdommene, mener sosiologen. Lian og Robson avslutter med en formaning: «Explaining the medically unexplained is impossible; understanding it from an experiential perspective is not.»

### STERKE MØTER

Er det ekstra utfordrende for legen å praktisere brukermedvirkning når legen selv mangler klare svar? Kari Tveito er medisinsk redaktør i *Tidsskrift for Den norske legeforening*. Hun har både forsket på tilstanden og arbeidet som overlege ved CFS/ME-senteret, der hun var medisinsk ansvarlig for en sengepostavdeling med tilbud til pasienter som var for syke til å bli behandlet poliklinisk.

Det manglet ikke på advarsler da hun gikk inn på dette feltet, forteller Tveito. Kolleger mente det var en karrieremessig blindgate. Men Tveito jobber fortsatt med CFS/ME på Folkehelseinstituttet, og har aldri glemt pasientene hun kom i kontakt med som kliniker for flere år siden. De aller dårligste møtte hun på hjemmebesøk fordi de ikke klarte å komme til sykehuset.

– Jeg lurer ofte på hvordan det går det med dem nå. Det var emosjonelt og medmenneskelig veldig tøft å møte så syke mennesker. Samtidig får man et sterkt ønske om å hjelpe. Det er vanskelig når man ikke har verktøy på rede hånd. Men jeg utviklet meg mye som lege i arbeidet med CFS/ME-pasienter, sier hun.

Tveito skulle ønske flere ville jobbe med denne pasientgruppa. Både fordi det er behov for at flere i helsetjenesten engasjerer seg, og fordi hun tror at mange i helsetjenesten ikke vet hvor syke disse pasientene er.

– Man må nok følge dem over tid for å få ta tak i problematikken. Det er ikke tilstrekkelig med en times konsultasjon for å bli kjent, etablere tillit og forstå utfordringene. Som lege må du få fram historien, beskrive symptomene nøye. Så må du pusle bitene sammen for å se hele bildet. Noen symptomer overlapper med andre diagnoser. Det er mye av grunnen til forvirringen.

### Å TAKLE UVISSHET

«Er vi godt nok rustet til å takle uvisshet og en manglende fasit? Legenes flinkhet kan være vår akilleshæl», skrev Tveito i en kronikk i *Legetidsskriftet* for fire år siden. Hun mener helsepersonell kan bli usikre hvis problemstillinger og symptombilde ikke passer inn med etablerte behandlingsmodeller og kunnskap man har fra før.

– Behandleren har selvfølgelig kunnskap pasienten ikke har, men pasienten har kunnskap om sin tilstand som vi fagfolk ikke har, sier legen, som mener det er en tendens til forenklinger, både i samfunnet og i helse-tjenestene. Man ønsker tydelige og forståelige historier.

– Å være usikker er utfordrende både intellektuelt og menneskelig. Men vi hjelpere må tåle å stå i tvilen og ambivalensen. Innse at vi ikke helt vet hva vi driver med, og søke kunnskap på ulike kanter. Det er krevende, sier hun.

Tveito er imidlertid ikke i tvil om at CFS/ME er en reell og separat sykdom, det bekreftes av forskning i mange land. Hun mener pasientene trenger bedre behandling, bedre oppfølging, og ikke mist forskning på bredest mulig basis. Her må man ikke ekskludere noe.

– Skal vi oppdage noe nytt, må vi være åpne. Der er det mye å lære.

– *Leger er vel særlig designet for å være i handlingsmodus, finne rett hjelp for den enkelte. Men denne diagnosen krever noe annet fra legen. Er det lett å bli rådvill?*

– Det er nok riktig. Med disse pasientene dreier det seg ofte om å være en *medvandrer*, og følge pasienten over lang tid.

– *Hva kan fastlegen bidra med?*

– Fastlegen skal være pasientens vaktbikkje. Det gjelder å se mulighetene. Sykdommen medfører ofte mange somatiske symptomer, som smerter, søvnvansker og migrene. Det kan jo behandles. Det er viktig å ta plagene på alvor, og ikke bare relatere plagene til ME-sykdommen, sier Tveito, som også trekker fram at selv om CFS/ME ikke er en psykisk lidelse, kan man få en depresjon på toppen.

Hun legger vekt på at legen må være støttende der en ikke kommer lenger med den medisinske behandlingen, og hjelpe pasienten med å leve med sine begrensninger. Ikke ved å resignere og tenke at «sånn er det og sånn blir det», men ved å ha et her-og-nå-perspektiv. Samtidig understreker hun at en fastlege ikke kan ikke greie oppfølgingen alene. Det er ikke rammebetingelsene deres skapt for, mener hun. Her trengs det mange faggrupper som drar lasset sammen, og ved CFS/ME-senteret, der hun jobbet, hadde de blant annet fysioterapeuter, ergoterapeuter, ernæringseksperter, sykepleiere, sosionomer, leger og psykologer.

– Disse pasientene er nemlig sterkt motivert for å bli bedre, og ønsker virkelig å være aktive. Det er ikke her problemet ligger. Men når de forsøker, får de det ikke til. Energien bare renner ut. Det er ikke som ved en depresjon, der initiativløshet kan være ett av symptomene. Dette er en annen mekanisme, og vi må finne ut av det, avslutter Kari Tveito.



**BEVISSTGJØRING** I den grad en pasient har karaktertrekk som bidrar til å stadig presse seg utover egen tålegrense, så mener jeg det er vår oppgave som helsepersonell å bevisstgjøre pasienten på dette, sier psykolog Nina Andresen. Foto: Tone Elise Eng Galåen/Fysioterapeuten

### SAVNET ORDET FRISK

Noe nytt har skjedd i ME-debatten det siste året: Tidligere ME-syke sier offentlig at de har blitt friske av sykdommen. Psykolog og tidligere ME-pasient Nina Andresen er en av dem. I halvannet år, fram til i fjor sommer, jobbet hun med rehabilitering av ME-syke på Aker sykehus i Oslo. I august i fjor skrev hun en kronikk med tittelen «Ikke glem oss som er blitt friske fra ME» (30.8.2017) på nettstedet forskning.no. «Veien til frisk var unødvendig ensom, usikker, kostbar og lang», skriver Andresen. Hun utfordrer Helsedirektoratet til å informere også om «friskmetoder» i tillegg til rådene de gir om mestring av sykdommen. «Til dette trenger man de gode pasienthistoriene», hevdet psykologen – og fikk mye motbør. Også fra mange pasienter, som beskyldte henne for å tillegge de syke ansvaret for at de fikk sykdommen. Andresen har likevel fortsatt å formidle sine erfaringer og synspunkter – blant annet på debattsidene i Psykologtidsskriftet i februar og april i år.

På en kafé i Oslo får Psykologtidsskriftet høre Andresens egen fortelling om hvordan hun greide å komme tilbake etter flere år som alvorlig syk ME-pasient. Nå er det rundt 12 år siden hun selv kjente de første tegnene på at noe var galt. Den da 35 år gamle småbarnsmoren hadde en travel hverdag og en psykologjobb hun stortrivdes i. Men store påkjenninger privat kombinert med mye ansvar både på jobben og hjemme snudde hverdagen. Likevel – til tross for at hun følte seg utbrent, sto hun på. Prøvde å trene, leve sunt. Så kom en halsbetennelse som ikke ga seg. Hun presset seg videre, ville ikke sykmeldes.

– Men en dag på joggetur smalt det. Jeg slepte meg hjem. Det var den siste joggeturen på ni år, forteller psykologen.

For en som var vant til et høyt aktivitetsnivå og mye trening, var det ikke til å forstå.

– Jeg hadde ingen toleranse for aktivitet, jeg ble så syk. Jeg hadde sterke smerter i kroppen, var helt utmattet og klarte ikke å lese annet enn overskrifter og inngresser i avisene.

Etter utallige blodprøver og utredning hos spesialister som utelukket andre sykdommer, fikk hun rundt to år senere diagnosen CFS/ME.

– Min historie ligner så mange andres. Det er ikke late folk som får ME, sier Andresen.

Psykologen ble tilbudt mestringskurs der hun skulle lære om symptomene. Det passet ikke henne.

– Jeg ville ikke leve med sykdommen. Jeg ville bli frisk! Men jeg var veldig langt fra den mestrende personen jeg hadde vært.

Hun kaller seg «hodestyrt». En perfeksjonist som alltid mente hun kunne gjøre tingene bedre. Hun innså etter hvert at det ikke fantes kur for denne sykdommen. Og at hun måtte begynne å lytte til kroppen.

– En klok fastlege fulgte meg på veien. Hun var ærlig, og sa: Jeg vet ikke hva jeg kan bidra med når det gjelder ME. Men hun var en god støttespiller.

Andresen ville ikke oppsøke alternativmedisinen. I stedet fikk hun kontakt med en psykolog med kunnskap om sensimotorisk behandling.. Her begynte hun det hun kaller en reise som startet nede i kroppen, og der pusten var sentral. Men hun syntes det gikk sakte.

– Jeg er den typen som springer opp trappa. I dag ser jeg at jeg trengte det langsomme tempoet. Sykdommen utfordret sider ved meg selv som var uhensiktsmessige. ME setter seg i kroppen, mens hodet jobber imot. Man er usikker, og vet ikke hvordan ting kommer til å gå. Det er skummelt, sier Andresen.

Hun fulgte nasjonale retningslinjer, som anbefalte aktivitetstilpasning, det vil si god kvalitet på hvile, kombinert med et balansert aktivitetsnivå som gjør at en unngår å gå på en smell. Forsiktig yoga og spaserturer var det eneste hun tålte av trening. I tillegg la hun om kostholdet. I dag definerer Andresen seg som frisk.

– Sier du at du fikk ME fordi du var en perfektjonist?

– Selv om forskning antyder at perfektjonisme kan være en disponerende faktor, får man ikke ME av å være perfektjonist. Jeg fikk ME etter en lang periode med flere store påkjenninger og mest sannsynlig fordi kroppens immunforsvar ble overbelastet da jeg også fikk en langvarig halsinfeksjon.

– Selv arbeidet du med rehabilitering av ME-syke. Erfarte du at ME-pasienter har karaktertrekk som bidrar til å opprettholde sykdommen?

– ME-pasienter er like forskjellige som folk flest, men i den grad en pasient har karaktertrekk som bidrar til å stadig presse seg utover egen tålegrense, så mener jeg det er vår oppgave som helsepersonell å bevisstgjøre pasienten på dette.

## FEILSLUTNINGER

Grete Linerud har et annet ståsted enn Nina Andresen. Linerud er skeptisk til det hun kaller psykologisering av ME-syke, for eksempel at de var unge jenter som spilte for mye fotball og gjorde for mye lekser. Hun mener at generelle kvinnefordommer plukkes ned og brukes etter for godtbeholdte om ME-pasienter. På den ene siden er man fylt av helseangst, tør ikke utfordre seg og blir sengeliggende. På den annen side er man en som ikke lytter til kroppen, men bare står blindt på.

– Debatten om ME er proppfull av paradokser, konkluderer hun.

Det er helt vanlig å bruke normalfenomener for å forklare denne sykdommen, ifølge psykologen, som forteller om da hennes eget barn skrev til ung.no og stilte spørsmål om sykdommen. Svaret hun fikk, var at ME særlig rammer plikttoppfyllende og perfektjonistiske personer.

– Men når jeg ser på klassene til mine barn, så er det ikke én av jentene som ikke har masse aktiviteter, og som ikke gjør leksene sine. Dette er generasjon prestasjon, det er helt vanlig nå, og kan ikke brukes for å forklare en kompleks og multisystemisk sykdom.

Som psykolog, og med erfaringer fra egen og venners familie, erfarer hun at alle familier har sitt. Hvis man velger å lete etter slikt hos en pasient, mener hun man alltid vil finne en stressfaktor, en uforløst drøm, en sorg eller en fæl opplevelse.

– Men det er ikke slik at vi med ME ikke tåler selve livet. Vi blir rett og slett veldig sjuke – og hvorfor er det fortsatt ingen som vet.

## DUALISMEN RÅDER

Så hva er egentlig god helsehjelp for CFS/ME? Svaret avhenger av hvem vi spør, for også blant forskere er det altså stor uenighet – nasjonalt og internasjonalt. Catharina E.A. Wang er professor i psykologi ved Universitet i Tromsø – Norges arktiske universitet, og har som forsker og psykologspesialist særlig interessert seg for medisinsk uforklarte fysiske symptomer (MUPS) og klinisk helsepsykologi. Hun mener måten vi har organisert helsetjenesten på, gjør det vanskelig å hjelpe ME-pasienter.

– Vi har et helsevesen som er delt i kropp og sjel, men vi mennesker kan ikke deles inn på denne måten.



**MANGELFULLT** Jeg vet at mange fastleger er frustrerte, og at de føler avmakt fordi systemene rundt dem ikke er tilrettelagt for å kunne ivareta disse pasientene på en helhetlig måte, sier psykologspesialist og professor Catharina Wang. Foto: David Jensen, UiT

Hun peker på at oppdelingen får konsekvenser, eksempelvis at hjerteoperasjoner ikke inkluderer hjelp med «bivirkninger» som angst og depresjon. Vi er alle sosialisert inn i det delte systemet, og tenker innenfor det. Derfor kan det være vanskelig for mennesker som har sterke kroppslige symptomer, å akseptere at psyken også virker inn.

Måten vi har bygd helsevesenet på, tvinger helsearbeidere inn i forståelsesmodeller som de ofte er imot, mener professoren.

– Jeg vil ikke anklage leger eller psykologer. Jeg vet at mange fastleger er frustrerte, og at de føler avmakt fordi systemene rundt dem ikke er tilrettelagt for å kunne ivareta disse pasientene på en helhetlig måte, sier hun.

Det at mange med ME-diagnose utvikler angst og depresjon som resultat av at de har kommet i en vanskelig livssituasjon, forteller ikke noe om årsaken til sykdommen, påpeker Wang, og forteller at både Helsedirektoratets retningslinjer og faglitteraturen legger til grunn en biopsykososial tilnærming til CFS/ME. Både fordi man ikke har noen sikker årsaksforklaring, og fordi en tenker at mye kan virke sammen. »





– Slik jeg kjenner fagområdet, er det få som mener at ME ikke har noen biologisk årsak. En biopsykososial forståelse tar hensyn til helhet ved å vektlegge både biologiske, psykologiske og sosiale forhold.

### FLERE BLIR FRISKE

Ingrid B. Helland er leder for Nasjonal kompetansetjeneste for CFS/ME, og Elin B. Strand er forsker og psykologspesialist samme sted. Begge har jobbet med pasientgruppen og både utredet og fulgt opp pasienter over mange år. De erfarer at mange pasienter blir møtt med en overdreven optimisme blant hjelpere. Behandlerne pasientene har hatt, *tror* de følger Helsedirektoratets veileder, som anbefaler kognitiv terapi, aktivitetsavpassning og fysisk aktivitet tilpasset til den enkelte pasienten. Men det virker som om noen blir for ambisiøse i oppfølgingen, mener Helland og Strand.

– Vi sier til pasientene at rehabiliteringen kan ta lang tid. Ofte anbefaler vi dem å redusere aktivitetsnivået en periode, til et nivå de også mestrer på dårlige dager. Når dette går greit, kan en så øke forsiktig, sier Helland.

Ved kompetansesenteret benytter de en tverrfaglig, helhetlig tilnærming.

– Ja, og nå ser vi at pasienter blir friske, sier Strand.

– Det er faktisk litt tabuisert å snakke om, dette at pasienter blir betydelig bedre, eller friske. Pasienter som tidligere har vært syke og blitt friske, får ofte høre at de aldri har hatt CFS/ME. En av mytene rundt CFS/ME – blant helsepersonell, forskere og ikke minst pasienter og pårørende – er at man ikke kan bli frisk. Vår faring etter å ha vært i feltet i en god del år, er at mange blir friske, og de fleste blir bedre.

– *Har dere tall?*

– Vi har ikke fått anledning til å gjøre gode oppfølgingsstudier – fordi våre søknader om midler til en slik undersøkelse alltid har blitt avslått. Også av ME-foreningen, når vi har søkt gjennom dem.

I en e-post kommenterer ME-foreningen: «Da dette skjedde for en del år siden, kjenner ikke nåværende administrasjon til de faglige vurderinger som lå til grunn da for avslag, men ME-foreningen støtter all god forskning på ME, og ser absolutt behovet for prognosestudier. I år ga ME-foreningens innsamlingsaksjon midler til en prognosestudie i regi av professor Kristian Sommerfelt på Haukeland.»

Helland og Strand trekker fram en studie fra USA som fulgte noen ungdommer over mange år. Etter 25 år rapporterte fire av fem at de ikke lenger hadde CSF/ME-diagnosen, at de deltok i livet både i arbeid og sosialt, og hadde god livskvalitet. Dette er den eneste studien som følger pasienter over lengre tid, men den regnes ikke som god. Derfor er det usikkert hvor mye man kan stole på den. Likevel kan den gi en viss pekepinn om at pasienter blir bedre, mener de.

– Vi har jobbet over lang tid med et stort antall pasienter, både voksne og barn, og møter pasienter som kommer tilbake etter flere år og ikke lenger har symptomer på CFS/ME. Og så har vi jo recoveryforeningen, der flere forteller at de er friske. Nå skal vi heller ikke glemme at det er mye sykdom man blir frisk av. Tenk bare på lungebetennelse før vi hadde antibiotika, folk ble friske av lungebetennelse da også, sier Helland.

### VILJESTYRKEN SVIKTET

Eline Lie Hæreid var ferdig psykolog i 2011, og gikk rett ut i jobb på en rusinstitusjon. I Psykologtidsskriftets mainnummer skrev hun et debattinnlegg der ingressen lød: «Den offentlige debatten knyttet til ME røper »

– Det er faktisk litt tabuisert å snakke om, dette at pasienter blir betydelig bedre, eller friske

*Ingrid Helland*



**SKJELLSETTENDE** - En del av min identitet var å alltid komme seg opp om morgenen. Plutselig kunne jeg ikke det. Kroppen vant. Den opplevelsen har gjort meg ydmyk, sier Eline Hæreid. Foto: Privat

noe om vårt forhold til fysisk og psykisk sykdom» (side 371). På kafé i Tønsberg en solfylt vårdag i mai får vi et kort resymé av psykologens sykdomshistorie. Den begynner slik mange fortellinger om ME gjør: med en kraftig influensa. Nå er det rundt fire år siden. Men hun kom ikke til hektene igjen. Noe hadde skjedd i kroppen.

- Da jeg sykla til jobben en dag, klarte jeg ikke å prate da jeg kom fram. Jeg måtte bare legge meg ned. Det var nok det første tegnet, forteller Hæreid.

Etter hvert ville hun gå tilbake til jobben. Det ble tøffere enn forventet.

- Jeg hadde alltid vært aktiv og hatt sterk viljestyrke, men den virket ikke lenger. Det var som om motoren ble slått av, sier Hæreid. I dag tror hun at stress og påkjenning i forkant kan ha bidratt til å utløse tilstanden. Det var såpass vanlig for henne å ha et høyt aktivitetsnivå at hun ikke hadde lagt spesielt merke til at kroppen var stressa. «Jeg er utbrent», tenkte hun. Men utmattelsen ble kronisk, selv om hun hvilte og stressfaktorene ikke lenger var der.

Særlig husker hun det å våkne om morgenen. Det var som å være overkjørt av en lastebil. En voldsom sykdomsfølelse.

- Verst var det likevel å prate, rett og slett. Det gjorde at jeg isolerte meg mye. For ett år siden hadde det vært vanskelig å snakke med deg. Og fortsatt må jeg av og til trekke meg tilbake fra sosiale situasjoner, bare lukke øynene, sier psykologen, som også i dag opplever det mange med sykdommen kaller hjernetåke, når kognisjonen ikke fungerer. Heldigvis kommer det sjeldnere og sjeldnere.

### BLITT YDMYK

Bortsett fra en lite innsiktsfull fastlege er hun overrasket over forståelsen hun har møtt blant mennesker rundt seg.

- Selv hadde jeg ikke kunnet forstå dette, tror jeg.

- *Hvorfor ikke?*

- Det høres sikkert ikke bra ut, men jeg tenkte vel at det ikke kunne skje meg. Jeg visste ikke så mye om ME/CFS, og hadde tillit til at viljekraften min alltid ville være der. En del av min identitet var å alltid komme seg opp om morgenen. Plutselig kunne jeg ikke det. Kroppen vant. Den opplevelsen har gjort meg ydmyk, sier hun.

«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,» skrev Hæreid i *Psykologtidsskriftet*. Selv lette hun seg fram til verktøy både for hode og kropp; som rehabiliteringskurs, amygdalatrening og psykomotorisk fysioterapi.

- *I debattinnlegget hos oss tar du opp temaene skyld og ansvar. At psykisk sykdom oppfattes som noe en selv kan gjøre noe med, og at det derfor kan forstås som vår egen feil hvis vi ikke blir friske?*

- Jeg tenker ikke at man har mer skyld hvis man får angst eller depresjon enn en fysisk sykdom. Jeg tror ikke det er konstruktivt å snakke om skyld. Likevel mener jeg at man har et ansvar, og at en kan gjøre noe for å få det bedre. Ingen andre kan ... Dette er vanskelig å snakke om, men jeg føler at jeg har jobba veldig hardt for å komme meg dit jeg er, sier Hæreid, som vet det kan være provoserende for dem som mener at ME utelukkende er en fysisk sykdom.

- Men det provoserer meg igjen - at man ikke er ydmyk overfor dem som har blitt friske fra ME/CFS. Dette er komplekst. Noen med ME er jo kjempedårlige, de ligger i et mørkt rom.



**SKAPTE DEBATT** Psykologtidsskriftets reportasje fra desember 2017 om en familie med ME-syke sparket i gang en debatt om sykdommen. Både brukere og fagfolk engasjerte seg i diskusjonen (se boks).

– Nesten alle jeg har møtt i sammenheng med ME, er bekymret for å uttale seg om disse temaene.

– Ja, for mange med ME opplever å ikke bli forstått. Det er jo tungt.

Hun blir taus.

– Jeg vet ikke helt hva jeg skal si. For det kan oppfattes som om jeg indirekte sier at også andre kunne gjort noe.

Vi har snakket snart en time. Hæreid virker matt. Blikket hennes glir stadig oftere til siden. Hun nøler mer. Bekrefter at hun er sliten, men vil gjerne si litt mer om ME-debatten.

– Jeg føler jeg står mellom to motpoler i debatten, i hvert fall slik den kan fremstå i offentligheten. På den ene siden er de som ikke har forstått ME, og mener at «du må tenke annerledes». Den motsatte siden mener at ME ikke har noe med psyken å gjøre. Selv tenker jeg at stress kan være en av flere faktorer som bidrar. Da mener jeg ikke først og fremst det åpenbare stresset, men et mer automatisert stress, et «alarmsystem» i nervesystemet som er i ubalanse, og som ikke er så lett å kontrollere. Her mener jeg det er viktig å ha en utforskende holdning heller enn å snakke om skyld.

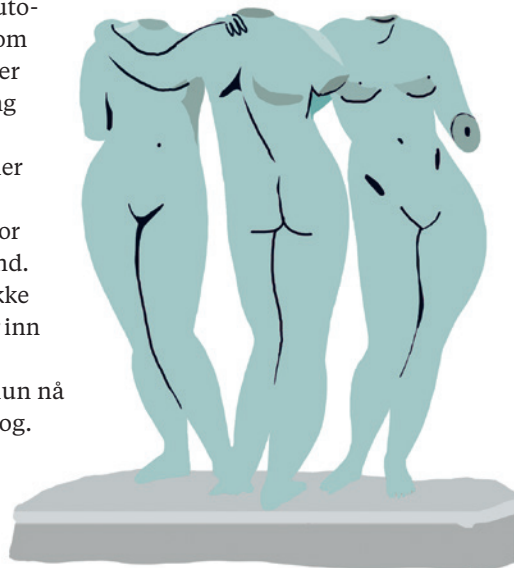
Av og til overvurderer hun kapasiteten sin, og er mer aktiv enn hun tåler.

– Jeg kan fortsatt bli dårlig, og da er jeg veldig glad for at de rundt meg oppfatter dette som en fysisk tilstand. Jeg blir minnet på at jeg må være ydmyk, for jeg har ikke full kontroll. Sykdommen er fortsatt en prosess jeg går inn og ut av, sier psykologen.

Etter å ha jobbet frivillig i Kirkens Bymisjon er hun nå i gang med å starte opp privat praksis som psykolog. Det vanlige arbeidslivet kan begynne igjen. ✘

## ME-debatten i Psykologtidsskriftet

- H. og V. Bratholm Wyller: «Feilinformasjon om kronisk utmattelses-syndrom» i nr.2/18
- N. Andresen: «Er dagens praksis på avveier?» i nr. 2/18
- G. Linerud: «Vi - de krenkede» i nr. 3/18
- M. Holmelin: «Er Norge klar for en moderne stressdiagnose?» i nr. 4/18
- N. Andresen: «ME-pasienter misforstår» i nr. 4/18
- E. Randsborg: «Feil virkelighetsforståelse» i nr. 4/18
- B. Olsen: «Identitet og faktasjekk» i nr. 4/18
- E. L. Hæreid: «ME-debatten trenger ikke være så betent» i nr. 5/18
- A. R. Lossius: «Mellom to onder» i nr. 6/18





## VITENSKAPELIG ARTIKKEL

TIDSSKRIFT FOR NORSK PSYKOLOGFORENING 2018 S. 586-596 FAGFELLEVDERT

BJØRN LAU<sup>1</sup>, ANETTE HØY DYE<sup>2</sup>, SARA AARSETH<sup>2</sup>

KONTAKT bjorn.lau@lds.no

<sup>1</sup> Lovisenberg sykehus, Forskningsavdelingen, <sup>2</sup> Moment organisasjon og ledelse AS

# LEDERES ERFARINGER MED OPPFØLGING AV SYKMELDTE

- Kjennetegn ved enkle versus utfordrende saker

God sykefraværsoppfølging er viktig for å få sykmeldte tilbake i jobb og for å utvikle gradert sykemelding. Vi har undersøkt positive og negative erfaringer ledere i en kommune hadde med sykefraværsoppfølging.

Myndighetene og partene i arbeidslivet er opptatt av å redusere sykefraværet og antall personer som blir uføretrygdet (IA avtalen, 2014). Høyt sykefravær er forbundet med økonomiske omkostninger for samfunnet og arbeidslivet (Regjeringen, 2015). For den enkelte kan det føre til tap av lønn og et sosialt miljø på arbeidsplassen (Øverland, Knudsen & Mykle-tun, 2011). Samtidig er det naturlig å være syk innimellom, slik at noe sykefravær må forventes. I IA-avtalen har derfor partene i arbeidslivet og myndighetene inngått en avtale om å redusere det nasjonale sykefraværet på et nivå under 5,6 prosent. Dette målet ligger en del unna dagens sykefraværstall i norsk arbeidsliv. Ser vi nærmere på sykefraværstatistikken, var det totale sykefraværet (egenmeldt og legemeldt) i Norge på 6,4 prosent i 2016, med en betydelig kjønnsforskjell: 5 prosent blant menn og 8,1 prosent blant kvinner (SSB, 2017). Videre finner man høyere sykefravær i kommunal forvaltning: 8,5 prosent (SSB, 2017), og ytterligere høyere i spesifikke sektorer som i helse, pleie og omsorgssektoren (11,2 prosent) og offentlige barnehager (12,5 prosent) (KS, 2017).

Av det legemeldte sykefraværet var 32 prosent tapte dagsverk knyttet til muskel- og skjelettplager og omtrent 20 prosent til psykiske lidelser i siste kvartal i 2017 (Sundell, 2018). Samtidig som mange blir sykmeldt og

## ABSTRACT

### *Managers' experiences with sickness absence management*

**Discussion:** Managers needed insight into the employee's problems and functioning, without having to know the diagnosis. It might therefore be advisable to have some transparency about causes of absence. Otherwise, managers are left to make their own interpretations, and when these are wrong, sickness absence management might not succeed.

**Introduction:** Employers are obliged to make adaptations at work for persons on sick leave. However, there is a lack of research with a managerial perspective in this field.

**Method:** In two focus groups, leaders in a Norwegian municipality were interviewed about their experiences with sick leave management.

**Results:** Managers experienced sickness absence management as difficult in cases where employees did not comply with the rules, in cases with sparse or no dialog, and when there were few possibilities to make arrangements at the workplace.

*Keywords: sickness absence management, leadership, sick leave, sickness presenteeism, work environment, return to work*

»

er borte fra jobb på grunn av slike lidelser, går også mange på jobb med rygg- og nakkeplager samt tretthet og moderate depressive tilstander (Aronsson, Gustafsson & Dallner, 2000). Det å være i jobb til tross for symptomer og sykdom betegnes som sykenærvær (Aronsson, Gustafsson & Dallner, 2000). Til tross for at det eksisterer ulike definisjoner på sykenærvær, er det to kjennetegn som går igjen. For det første at man er på jobb uten å føle seg helt i form, og for det andre at man er på jobb uten å kunne yte som vanlig. I en undersøkelse av et representativt utvalg av norske arbeidstakere ble det vist at over halvparten hadde vært sykenærverende i løpet av det siste året (Johansen, 2012).

I nordisk forskningslitteratur blir sykenærvær betraktet som positivt, gitt at det opptrer i kombinasjon med adekvat tilrettelegging på arbeidsplassen (Saksvik, Guttormsen & Thun, 2011). Ved god tilrettelegging på arbeidsplassen kan noen oppleve at de kan være på jobb uten å kjenne seg syk, samtidig som de klarer å yte som tidligere. I Norge betraktes positivt sykenærvær derfor som et helsefremmende tiltak, og gradert sykemelding anbefales brukt for å få langtidssykmeldte tilbake til arbeid (Mykletun et al., 2010). Gradert sykemelding er med andre ord et middel for å oppnå full tilbakeføring til arbeid. Da er det også viktig med kunnskap om hvordan selve tilbakeføringen av sykmeldte bør gjøres. Tilbakeføring til arbeid defineres både som et *resultat*; at den sykmeldte kommer tilbake i arbeidet (Krause & Lund, 2004), og som en *prosess* som fører til dette (Young, et al., 2005), altså selve sykefraværsoppfølgingen. I en slik prosess har både arbeidsgiver og den sykmeldte forpliktelser i det norske velferdssystemet. Den sykmeldte skal være proaktiv i arbeidet med tilbakeføring til jobb og i utprøving av eventuelle tilretteleggingstiltak. Arbeidsgiver har på sin side ansvaret for kontinuerlig oppfølging av sykmeldte. Dette ansvaret delegeres vanligvis til nærmeste leder med personalansvar. Dermed har nærmeste leder en viktig praktisk rolle i sykefraværsoppfølgingen med blant annet ansvar for oppfølgingsplan, iverksetting av tiltak og vurdering av andre arbeidsoppgaver, samt eventuelt innkalling til dialogmøte.

Lederes sentrale rolle i prosessen med sykefraværsoppfølging reflekteres i at både innholdet og kvaliteten i relasjonen mellom leder og arbeidstaker kan ha betydning for tilbakefø-

ring til arbeid. Dette illustreres i en systematisk litteraturgjennomgang av forhold for betydning for sykefraværsoppfølging, der Higgins, O'Halloran & Porter (2012) blant annet fant at kvaliteten på forholdet mellom leder og ansatte var av betydning. I tråd med dette fant Krause og kolleger (2001) at lite støtte fra ledere var assosiert med 20 prosent lavere tilbakeføring til arbeid blant sykmeldte ryggpasienter. Andre har funnet at sykmeldtes tilfredshet med ledelsens sykefraværshåndtering har større betydning for tilbakeføring til arbeidet enn det tilfredshet med helsevesenet har (Butler, Johnson & Côté, 2007). Slike funn indikerer at ledere har en viktig rolle i sykefraværsoppfølgingen, og at en god relasjon mellom leder og arbeidstaker er av vesentlig betydning (Butler, Johnson & Côté, 2007; Franche et al., 2005). På linje med dette konkluderte Krause og Lund (2004) i en metastudie om tilbakeføring til arbeid at interaksjonen mellom leder og sykmeldte bør undersøkes nærmere. I forlengelsen av dette understreker Tjulin, MacEachen og Ekberg (2009) at det trengs mer forskning på hvordan relasjonen til leder virker i tilbakeføringsprosessen.

Det er gjort en del forskning på lederes betydning for den sykmeldtes tilbakeføring til arbeid. For eksempel er det vist at sykmeldte verdsetter ledere som gir støtte, er gode på kommunikasjon, er empatiske, opptrer rettfærdig og respektfullt, involverer den sykmeldte i beslutninger og tar seg av oppfølging med lege (Shaw, Robertson, Pransky & McLellan, 2003). Andre har funnet at sykmeldte oppfatter lederegenskaper som det å ha evne til å ta kontakt, vise empati, være forståelsesfull og være anerkjennende som viktig for egen tilbakeføring til arbeid (Aas, Ellingsen et al., 2008).

Mye av forskningen på sykefraværsoppfølging har sett på hva *arbeidstakere* karakteriserer som god sykenærveroppfølging. Det er imidlertid mer sparsomt med forskning som tar utgangspunkt i *ledernes* oppfatning av hva som karakteriserer god sykefraværsoppfølging, og hva som kan være særlig utfordrende i dette arbeidet. Studien til Aas og kolleger (2008) understreker viktigheten av lederperspektivet, da lederne selv la vekt på andre lederegenskaper enn det ansatte gjør, når de vurderte tilbakeføringsarbeidet. Andre har funnet at ledere med en hensynstakende lederstil samt autonomi over sykefraværsoppfølgingsarbeidet i

større grad er villig til å bistå sykmeldte arbeidstakere tilbake i arbeid (McGuire et al., 2015). Det er også av betydning for lederes involvering i sykefraværsoppfølging at de selv vurderer å ha kapasitet til å utføre flere roller samtidig. Forhold av betydning for en slik vurdering er blant annet egenvurdert evne til å samhandle med andre på arbeidsplassen (Blackman & Chiveralls, 2011).

Fordi lederperspektivet i mindre grad er undersøkt, trengs det kvalitative studier som kan skape ny kunnskap fra praksis, samt etablere interessante og fruktbare hypoteser, som siden kan testes i kvantitative studier. I denne studien undersøkte vi hva lederne selv mente kjennetegnet sykefraværsoppfølging som fungerte bra, og sykefraværsoppfølging som fungerte dårlig, hele tiden sett fra deres ståsted. I tillegg ønsket vi å diskutere resultatene opp mot tiltak psykologer og andre helsearbeidere bør gjøre i samråd med sine pasienter for å støtte opp under en sykefraværsoppfølging som forkorter sykefravær og forebygger utstøting fra arbeidslivet.

## METODE

### Design

Fordi vårt ønske om en grundig tolkning av fenomenet lederes oppfatninger av sykenærver er tidkrevende, valgte vi fokusgruppeintervjuer med et mindre antall ledere. Disse resultatene ble deretter analysert i overensstemmelse med prinsipper for fortolkende fenomenologisk analyse (Smith, Flowers & Larkin, 2009).

### Deltagere

Vi rekrutterte ledere gjennom bedriftshelsetjenesten i en større norsk kommune. Bedriftshelsetjenesten hjalp oss med å finne fram til ledere som hadde god erfaring med sykefraværsoppfølging blant sine ansatte. I alt 26 ledere ble kontaktet og informert om studien per e-post og telefon. Av disse deltok 11 kvinnelige ledere innenfor helse, barnehage og pleie og omsorg. Syv av deltagerne var ledere i barnehager, tre var ledere av bo- og behandlingseenheter og en leder for en annen enhet. Antall år med ledererfaring var i gjennomsnitt 16 år, og varierte fra 2,5 år til 29 år.

Samtlige ledere ble rekruttert via bedriftshelsetjenesten (BHT), og alle samarbeidet på ulike vis med BHT når det gjaldt sykefravær. Fire av de syv barnehagelederne deltok i et kommunalt strategisk tiltak i regi av BHT med mål om redusert sykefravær. Sykefraværet på ledernes tjenestesteder varierte fra 10,9 prosent til 16,8 prosent med et snitt på 13,9 prosent i perioden januar-mars i 2016. Lederne som deltok i fokusgruppene, hadde således et noe forhøyet sykefravær på sine tjenestesteder sammenlignet med nasjonale tall for tilsvarende sektor, og langt over det generelle landsgjennomsnittet. Men siden sykefravær de siste tre månedene kan være sesongavhengig, gir ikke dette nødvendigvis et representativt bilde av sykefraværet i deres avdelinger. Likevel indikerer det at informantene ledet enheter med forhøyet sykefravær, og derfor hadde viktige erfaringer med dette.

### Datainnsamling

Vi gjennomførte to fokusgruppeintervjuer i bedriftshelsetjenestens lokaler med henholdsvis seks ledere i den første og fem i den andre fokusgruppen. Utvalget av ledere i fokusgruppene var tilfeldig satt sammen ut fra hvem som hadde anledning til å delta de aktuelle datoene. Hvert



Flere ledere hadde erfaringer med at det var særlig utfordrende å få til dialog med medarbeidere som var sykmeldt grunnet psykisk uhelse



intervju varte i 1,5 time. Vi utarbeidet en intervjuguide med brede og åpne spørsmål. Denne ble benyttet som sjekklister underveis i intervjuene, og intervjuformen kan derfor best beskrives som semistrukturert. Før intervjuene startet, ble skjemaet med informert samtykke gjennomgått og undertegnet av deltagerne. Lederne ble lovet full anonymitet på sine utsagn. I tillegg underskrev de en taushetsklæring som skulle sikre at man ikke gikk videre med det andre ledere måtte fortelle i fokusgruppene.

To forskere gjennomførte den første fokusgruppen, mens en tredje var observatør og referent. I den andre fokusgruppen var det to forskere til stede, hvorav den ene også skrev referat til bruk i videre analyser. Vi valgte en fleksibel tilnærming til fokusgruppeintervjuene, med åpne spørsmål knyttet til problemstillingene, der intervjueren inntok en nysgjerrig og fasiliterende rolle i oppfølgingen av svarene som kom fram. På denne måten ønsket vi å få fram lederens personlige erfaringer, som vi så senere kunne analysere. Gruppeformatet gjorde det enklere å skape åpne diskusjoner der deltagerne kunne utveksle erfaringer og kommentere hverandres synspunkter. Intervjueren skiftet tema når man fikk inntrykk av at deltagerne hadde snakket seg ferdig. Intervjuerens oppgave innebar også å stimulere gruppen til å dele sine erfaringer, sørge for at samtalen var fokusert på sentrale temaer, samt følge opp nye relevante temaer som dukket opp.

Det ble gjort lydopptak av begge fokusgruppeintervjuene, som senere ble transkribert.

### Analyser

Etter transkripsjon ble teksten analysert i overensstemmelse med prinsipper for fortolkende fenomenologisk analyse (Smith, Flowers & Larkin, 2009). Studier som benytter denne tilnærmingen, undersøker i detalj hvilke erfaringer og synspunkter en mindre gruppe respondenter har om et gitt fenomen i en gitt kontekst ut ifra en felles erfaring.

I den første fasen av analysen leste vi nøye gjennom transkripsjonen for å bli godt kjent med den. Kommentarene som ble skrevet i denne fasen, kan betegnes som parafraisering, foreløpige oppsummeringer og tolkninger samt ulike assosiasjoner vi fikk underveis. Etter denne gjennomgangen ble utskriften

kategorisert i Excel etter to hovedspørsmål: 1) Hva kjennetegner sykefraværsoppfølging som fungerer bra? 2) Hva kjennetegner sykefraværsoppfølging som fungerer dårlig? Deretter leste vi gjennom transkripsjonen på nytt. Denne gangen for å identifisere sentrale temaer. Disse temaene ble kodet på et høyere abstraksjonsnivå enn kommentarene ved den første gjennomlesningen. I disse analysene fremkom det en rekke dilemmaer som lederne opplevde som krevende i sykefraværsoppfølgingen. Vi valgte derfor å fokusere mest på dette, og gjennomgikk det transkriberte datamaterialet på nytt med dette i fokus. Den tredje fasen var ytterligere analytisk og teoretisk, da vi prøvde å forstå sammenhengen mellom de enkelte temaene. Ved å analysere på denne måten fremkom det nye grupperinger av temaer som representerte de overordnede temaene. Vi kategoriserte og markerte med fargekoder hovedområder og underpunkter av dilemmaer. Disse punktene ble så sjekket opp mot transkripsjonen av intervjuene for å sikre at de ga uttrykk for det som faktisk ble sagt på de aktuelle stedene i transkriberingen. Deretter fant vi sitater fra lederne som kunne belyse temaene. Det endelige settet med hovedområder og undertemaer presenteres under resultater. I skrivestadiet av manuskriptet ble temaene omgjort til en fortellende beskrivelse. Dette innebar at analysen ble ekspanderende ved at temaene ble forklart, illustrert og nyansert. Det ble vektlagt å skille mellom hva respondenten sa, og hva som er våre tolkninger og forklaringer.

### Etiske vurderinger

Vi fulgte prinsippene for Helsinkideklarasjonen fra 2013. Forhold som informert samtykke, konfidensialitet og konsekvenser av å delta i forskningsprosjektet har blitt vektlagt ved rekruttering, datainnsamling, analyse og formidling av resultater. Deltagerne ble informert om at gruppeintervjuet ville bli tatt opp på bånd, og sikret at det ikke var mulig å identifisere dem eller arbeidssted. De ble også informert om at slike forhold ville bli anonymisert under transkriberingen, og at de kunne trekke seg fra studien uten begrunnelse. Lydfilene ble slettet etter transkribering. Deretter ble datamaterialet anonymisert og behandlet konfidensielt. Alt skriftlig datamateriale ble slettet ved utgangen av 2017.



## RESULTATER

### Sykefraværsoppfølging som fungerer bra

Lederne som ble intervjuet, rapporterte at sykefraværsoppfølgingsarbeidet i de fleste tilfeller fungerte bra. Lederne erfarte at sykefraværsoppfølging som fungerer godt, er preget av tre forhold: For det første at formelle og uformelle spilleregler ble fulgt av den sykmeldte. For det andre at dialogen mellom leder og sykmeldte var åpen og preget av tillit. Det tredje temaet var at det måtte være mulig å gjøre tilrettelegginger på arbeidsplassen.

#### *Spilleregler*

Lederne opplevde det som lettere å følge opp ansatte de mente forstod betydningen av eget fravær for virksomheten som helhet. I tillegg ble det enklere for lederne å drive sykefraværsoppfølging med ansatte som oppfylte sin del av ansvaret som sykmeldt. Eksempler på dette kunne være at den sykmeldte leverte sykmelding i tide, stilte opp i avtalte møter, tok telefonen når leder ringte, informerte leder jevnlig om antatt varighet av fravær samt informerte om restarbeidsevne og tilretteleggingsbehov.

#### *Tilstrekkelig og tydelig dialog*

Den andre forutsetningen for god sykefraværsoppfølging ble oppfattet å være en tidlig, åpen dialog mellom leder og den sykmeldte preget av gjensidig tillit. Når dialogen og informasjonsutvekslingen i tillegg var regelmessig utover i sykefraværsperioden, ble det lettere for lederne å følge opp med tilrettelegging. Lederne var ikke opptatt av kjennskap til diagnoser, men trengte noe informasjon om behov og vansker.

«De som jeg opplever har tillit til meg, at jeg vil deres beste, ... der kommer jeg lengst.»

Enkelte ledere påpekte også nytten av å avgrense samtalene til det som var aktuelt for arbeidssituasjonen:

«Nå skal vi snakke om tiden som er mellom åtte og fire ... jeg opplever at det er mer effektivt faktisk, enn når ... alt dras inn.»

#### *Tilrettelegging*

Den tredje erfarte betingelsen for god sykefraværsoppfølging omhandlet tilrettelegging. Når lederen fikk tilstrekkelig informasjon fra den

sykmeldte om dennes behov og restarbeidsevne, ble det lettere å forstå og finne løsninger. Lederne formidlet også at sykefraværsoppfølgingen ble lettere når den ansatte hadde tilstrekkelig innsikt i egne behov og begrensninger, og når den ansatte og leder hadde noenlunde samme opplevelse av den sykmeldtes jobbfungering. I tillegg var det enklere for ledere å tilrettelegge for den sykmeldte når tilretteleggingsbehov var forenlig med god og forsvarelig kvalitet på tjenesten.

#### **Når sykefraværsoppfølging er vanskelig**

Det framkom i fokusgruppene at lederne brukte mye tid og ressurser på et mindre antall sykefraværssaker som kunne bli krevende og vanskelige. Som en av lederne uttrykte det: «De fleste har jo faktisk ikke høyt fravær [...] og så er det noen resterende.» Lederne opplevde i slike saker utfordringer når det gjaldt de samme tre temaene som nevnt ovenfor, men med motsatt fortegn. I det følgende skal vi gå gjennom disse punktene: a) brudd på formelle og uformelle spilleregler, b) utilstrekkelig dialog og c) utfordringer ved tilrettelegging.

#### *Brudd på formelle og uformelle spilleregler*

Ledere opplevde sykefravær som ekstra krevende dersom spillereglene ble brutt, ved for eksempel at den sykmeldte ikke leverte sykmelding i tide, ikke var mulig å få tak i, eller stadig utsatte møter. Det kunne også dreie seg om et mønster i sykefraværet, eksempelvis fravær mange mandager eller hver helg, som gjorde at leder satte spørsmålstegn ved sykefraværsgrunnlaget og om den ansatte egentlig ivaretok egen helse. Dette kunne også oppstå når andre ansatte påpekte tvil og frustrasjon rundt hvorvidt kollegers sykefravær var legitimt.

«Å nei, nå står hun på vakt til helgen, da blir hun sikkert syk igjen. Og så gruer de seg faktisk til å gå på vakt denne helgen, for de antar at det blir tøft fordi det er én som ikke kommer.»

I slike tilfeller kunne det fra leders synspunkt oppleves som brudd på den ansattes medvirkningsplikt eller aktivitetsplikt. De fleste av lederne var vant til å tematisere dette i dialogen med den ansatte, men det kom også fram at de kunne bli negativt påvirket av slik atferd og den ansattes sykefraværshistorikk.



- Det er en grense for hvor mye man kan tilrettelegge



«Nei, altså, jeg opplever vel at det er frustrerende. Når det er gjengangere som stadig er borte. [...] Nå er jo hun borte igjen, ikke sant. [...] I noen tilfeller så vet man jo det at det handler om andre ting enn det å være syk, [...] som at de bor langt unna, har lang reisevei.»

«Når den som har vært mye borte ringer, klarer jeg da å være like proff og imøtekommende? Det er klart det er mye enklere å være blid [...] når den som aldri er syk ringer.»

#### *Utilstrekkelig og manglende dialog*

Lederne var bevisste på sin lederrolle, og tydelige på at de skulle behandle ansatte likt. De forsøkte å etterleve dette, samtidig som det i noen tilfeller var særlig utfordrende. I de tilfellene de opplevde sykefraværsoppfølgingen som krevende, var det et gjennomgående tema at dialogen uteble eller var utilstrekkelig. I noen tilfeller kunne det oppleves ubehagelig å ta kontakt med den sykmeldte. Hvis de for eksempel ble møtt med sinne eller avvísning, kunne lederne oppleve det som de ikke viste nok respekt for privatlivets fred. At de var «plagsomme» eller «invaderende», samtidig som de var bevisste på at de var pålagt å følge opp medarbeiderens sykefravær.

«Noen synes vi er plagsomme når vi tar kontakt. [...] Krenkelse, at det på en måte føles som en krenkelse, at dette er noe vi faktisk skal snakke om.»

Det kunne være ulike grunner til at dialogen ikke fungerte. De opplevde det som særlig utfordrende når den sykmeldte ikke ønsket eller unngikk dialog. Eksempelvis ble det nevnt at det rent praktisk kunne være vanskelig å komme i kontakt med den sykmeldte, eller at den sykmeldte utsatte møter. Dialogen kunne også være preget av lav gjensidig tillit og lite åpenhet hos den ansatte. Det ble nevnt at enkelte medarbeidere motsatte seg tettere oppfølging, og ikke ønsket å bli konfrontert med eget fravær. Enkelte av lederne erfarte at tettere oppfølging i slike tilfeller kunne bidra til mindre dialog og høyere fravær.

Et annet punkt var at det kunne være krevende å få til dialog om medarbeiderens fungering på jobb når denne var dårlig. Det ble vist til erfaringer der ledere opplevde ansatte som hadde en væremåte som påvirket yrkesutø-

velsen negativt. Lederne antok at dette kunne handle om psykisk uhelse eller manglende motivasjon. Lederne tok opp denne typen utfordringer med medarbeidere dette måtte gjelde. Men ofte var det krevende å få til reell dialog og endring hvis den ansatte ikke ønsket å snakke om det. Som en av lederne uttalte:

«Det er sjeldent at det kommer på bordet, det det egentlig handler om.»

I de tilfellene ansatte ikke var åpne om hvorfor de var sykmeldte, dannet lederne seg likevel antagelser om årsaken til sykefraværet: «... man aner at det er noe mer, men vi kan ikke være sikre om det er psykisk sykdom eller ekteskapsproblemer eller andre ting.» De var innforstått med at de ikke kunne spørre om diagnose i slike tilfeller. Samtidig kunne de observere atferd hos medarbeideren som de antok var relatert til psykisk helse, og som åpenbart påvirket arbeidsevnen negativt. Flere ledere hadde erfaringer med at det var særlig utfordrende å få til dialog med medarbeidere som var sykmeldt grunnet psykisk uhelse.

«Når man har med de som er sykmeldte i psykiatri å gjøre, det kan være vanskelig. For en ting er at man prøver, men man får ikke fatt i dem, da kan det like gjerne være at de vil ikke nås. De evner ikke å ta den rollen de har og det ansvaret de har som sykmeldte.»

#### *Utfordringer ved tilrettelegging*

Lederne viste til at tilrettelegging for den enkelte måtte veies opp mot hensynet til kvaliteten i de tjenestene de skulle levere. Dette var særlig krevende dersom ansatte hadde en atferd som ble opplevd som utfordrende når det gjaldt utføring av arbeidsoppgaver, kolleger eller tjenestemottagere. Det ble eksempelvis nevnt saker der leder observerte ansatte som hadde så store helsemessige eller private utfordringer at de ikke klarte å sette barns, brukeres eller pasienters behov foran egne. For eksempel ansatte som «ikke tåler motbør», «fyker i været hvis det skjer (noe)», «som reagerer med sinne», «roper eller gjør ting som gjør at barna blir skremt» eller «ikke har kontroll på seg selv». I slike tilfeller opplevde lederne at det var vanskelig å skulle gjøre tilrettelegginger, og at det nesten ville være bedre for arbeidsplassen om den ansatte var sykmeldt.

«Vi har tilretteleggingsplikt ... Men det er en grense for hvor mye man kan tilrettelegge, eller for hvor mange man kan tilrettelegge for på en gang.»

Det opplevdes også som krevende å gjøre tilrettelegginger hvis det var flere ansatte som hadde behov for tilrettelegging samtidig. Fordi mulighetene for alternative oppgaver var begrenset, hadde de ofte for få arbeidsoppgaver å tilby i slike situasjoner. Lederne formidlet i så måte at det kunne være frustrerende å måtte bruke mye tid på å støtte noen få medarbeidere med høyt sykefravær, mens tilstedeværende kolleger fikk mindre oppmerksomhet.

### DISKUSJON

I denne studien ønsket vi å undersøke lederes erfaringer med sykefraværsoppfølging som fungerte bra, versus sykefraværsoppfølging som fungerte dårlig. Lederne som deltok i fokusgruppene, rapporterte at sykefraværsoppfølgingsarbeidet i de fleste tilfeller fungerte bra. Det fremkom videre at et mindre antall saker ble betegnet som krevende og til dels belastende for dem. Både når det gjaldt gode og dårlige erfaringer med sykefraværsoppfølging, opplevde lederne at ett eller flere av de tre punktene som skal diskuteres nedenfor, var sentrale.

#### Etterlevelse av formelle og uformelle spilleregler

Det var praktisk vanskelig for lederne å drive god sykefraværsoppfølging i saker der ansatte ikke overholdt formelle spilleregler nedfelt i medvirkningsplikten og aktivitetsplikten. Det innebar atferd som ikke å levere sykmelding i tide, la være å stille opp i møter, eller ikke informere om restarbeidsevne og tilretteleggingsbehov. I tillegg reagerte lederne negativt på ansatte de opplevde ikke fulgte uformelle spilleregler. Dette kunne for eksempel dreie seg om hyppig sykefravær i helger eller å ta ut maksimalt med sykedager. I slike tilfeller virket det som lederne opplevde at ansatte brøt en form for psykologisk arbeidskontrakt, det vil si gjensidige forventninger om hva en selv som leder og ansatte er forpliktet til (Schein, 1980). Slike opplevde forpliktelser er ikke nedtegnet i en skriftlig kontrakt, men regulerer likevel samhandling mellom leder og medarbeider. Fordi psykologiske arbeidskontrakter nærmest er

implisitte per definisjon, kan de være vanskelig å definere. Likevel var forventningene til lederne om hvordan en sykmeldt arbeidstaker skulle opptre, ganske klare.

#### Kvalitet på dialog

Kvaliteten på dialogen med den sykmeldte var det andre punktet som kunne skape problemer i sykefraværsoppfølgingen. Flere ledere hadde opplevd å bli oppfattet som brysomme og invaderende når de tok kontakt med henblikk på sykefraværsoppfølging. En slik opplevelse bidro til at dialogen kunne bli ubehagelig og belastende, noe som gjorde det videre oppfølgingsarbeidet vanskelig for lederen. Lederens dilemma består i å balansere den ansattes ønske om privatliv opp mot plikten man som arbeidsgiver har til å være i dialog med den sykmeldte. I tillegg har ledere også et reelt behov for informasjon som grunnlag for å sette i gang tilpasninger på arbeidsplassen, slik at den sykmeldte arbeidstakeren kan komme tilbake i jobb. Ved psykisk helseproblematikk er unngåelsesatferd vanlig, og den sykmeldte kan derfor oppleve det som vanskelig å følge opp sine forpliktelser overfor arbeidsgiver. Lederne i utvalget uttrykte forståelse for en slik sammenheng i de tilfellene dette hadde blitt gitt som forklaring på den sykmeldtes manglende overholdelse av sine forpliktelser. Men ved mangel på en slik forklaring kunne leders oppfatning av den sykmeldte påvirkes negativt.

Manglende åpenhet fra den sykmeldte om hva som feilte dem, kombinert med en atferd som var påfallende, kunne bli attribuert til indre tilstander hos medarbeideren, som psykiske problemer. Det kan derfor virke som at manglende åpenhet om egen helsetilstand i noen tilfeller ikke er til gunst for den sykmeldte. Ingen av lederne uttrykte negative holdninger til psykisk sykdom, men de uttrykte et behov for å vite hva den ansatte var i stand til å utføre av arbeid, og hvilke tilpasninger som ville være gunstige. En større åpenhet om den sykmeldtes sykdom, funksjonsnivå og behov kan muligens balansere lederens avveining mellom den sykmeldtes behov for skjerming og tilpasninger og eget behov for informasjon. Derfor bør det fremkomme tydelig i sykemeldingen hvis det er hensiktsmessig at den sykmeldte ikke har kontakt med arbeidsgiver i en periode. På den måten kan leder opptre i tråd med dette uten at dialogen blir vanskeliggjort. Det er også viktig



Det var praktisk vanskelig for lederne å drive god sykefraværsoppfølging i saker der ansatte ikke overholdt formelle spilleregler



at helsepersonell veileder sykmeldte med tilbaketrekingsproblematikk, slik at de får hjelp til å opprettholde dialog med arbeidsgiver ved for eksempel å utforme en informasjonsstrategi overfor arbeidsgiver. Selv om god dialog i mange tilfeller ser ut til å gi raskere tilbakeføring for ansatte med psykiske lidelser, har man også funnet mulige unntak: En kvalitativ studie fant at god kommunikasjon mellom leder og medarbeider hadde sammenheng med retur til arbeid for ansatte uten depresjon, men ikke for ansatte med depresjon (Nieuwenhuijsen, Verbeek, De Boer, Blonk, & Van Dijk, 2004).

### Tilrettelegging

I Norge har man i de senere årene satset på gradert sykmelding som et tiltak for å redusere sykefraværet. Lederne i vårt utvalg var generelt positivt innstilt til bruk av gradert sykmelding, men kunne oppleve noen praktiske utfordringer. Det kunne være vanskelig å få vikar når graderingsprosenten stadig måtte tilpasses, og det kunne bli større arbeidsbelastning på kolleger. Tilsvarende ble det ansett som utfordrende å gjøre tilpasninger på arbeidsplassen i tilfeller der arbeidstakere ikke var åpne om hva de slet med, og hva de var i stand til å utføre av arbeid. På en måte havner ledere i en umulig posisjon. De har ikke krav på å vite årsaken til fraværet, men skal samtidig tilrettelegge for sykenærver og retur til arbeid. Da kan det bli utfordrende å igangsette tilrettelegging som virker. Viktigheten av tilrettelegging understrekes i en kanadisk intervjuundersøkelse av ledere og sykmeldte med depresjon, der Negrini og kolleger (2017) fant at den eneste signifikante prediktoren av faktisk retur til arbeid var lederes intensjon om å tilrettelegge for sine ansatte. De mest brukte lederbaserte intervensjonene var å gi assistanse, tilbakemeldinger, anerkjennelse og følelsesmessig støtte til den ansatte.

Arbeidstakere som er i arbeid til tross for begrenset arbeidsevne eller sykdom, betegnes som sykenærverende. I nordisk sammenheng betraktes dette som positivt, gitt at det opptrer i kombinasjon med adekvat tilrettelegging på arbeidsplassen (Saksvik, Guttormsen & Thun, 2011). Derimot blir det i internasjonal forskningslitteratur betraktet mer negativt, assosiert med redusert produktivitet, lavere kvalitet på arbeidet, sikkerhetsrisiko og økt risiko for negativ sykdomsutvikling (Johns,

2010; Saksvik, Guttormsen & Thun, 2011). Blant lederne i vår studie kom begge disse standpunktene til uttrykk. I mange tilfeller anså lederne det som positivt at ansatte møtte på jobb til tross for sykdom eller nedsatt funksjonsevne. I de fleste tilfeller ville de strekke seg langt for å gjøre tilrettelegginger for den enkelte. Men i de sakene lederne oppfattet at den ansattes problemer kunne gå utover kvaliteten på tjenestene og brukerne, var de ikke like positivt innstilt til sykenærver. Lederne jobbet hovedsakelig i sektorene helse og sosial, pleie og omsorg og pedagogiske tilbud for barn og unge. I disse enhetene var det særlig utfordrende hvis sykdom gjorde at den ansatte ikke var i stand til å sette brukernes behov foran egne. Dette funnet er delvis i tråd med en svensk kvalitativ undersøkelse, der man fant at mulighet for å gjøre arbeidstilpasninger, samt hvor viktig den sykmeldte var for virksomheten, hadde betydning for lederes involvering i sykefraværsoppfølging (Seing, MacEachen, Ekberg & Ståhl, 2015).

Oppfølging av medarbeidere med helsemessige begrensninger er riktignok en lederoppgave, men lederne hadde høy terskel for å uttrykke bekymring for om en ansatt var frisk nok til å være på jobb. De kunne oppleve at medarbeidere som ikke var sykmeldte, hadde liten innsikt i hvordan helsen deres påvirket arbeidsevnen, samtidig som lederen tydelig observerte at atferden deres kunne gå på bekostning av tjenestetilbudet til blant annet små barn og eldre. I slike tilfeller opplevde mange det vanskelig å påpeke at begrensningene kunne være relatert til helsemessige utfordringer når medarbeideren selv ikke ønsket eller evnet å tematisere dette. Dette dilemmaet viste også en norsk fokusgruppet studie av Ask og Magnussen (2015). De fant at ledere i helse- og sosialsektoren vektla ulike strategier i sykefraværsoppfølging, som oppfølgende støtte i en tidlig fase, etterfulgt av mer konfronterende strategier overfor langtidssykmeldte og ansatte med tilbakevendende sykefravær.

### IMPLIKASJONER AV FUNN

Lederne som deltok i fokusgruppene, rapporterte at sykefraværsoppfølging som regel fungerte godt i de tilfellene spillereglene ble fulgt, der det var en åpen og god dialog med den sykmeldte, og der det var mulig å gjøre tilrettelegging på arbeidsplassen. Når det var

utfordringer knyttet til disse punktene, opplevde lederne at sykefraværsoppfølgingen ble vanskelig. Det er derfor viktig at også helsepersonell som psykologer har kunnskap om den sykmeldtes rettigheter og plikter, og følger opp at disse blir etterfulgt. For at arbeidstakere med langvarig eller kronisk sykdom skal kunne være sykenærværende, ser det ut til at åpen og god dialog med arbeidsgiver er nødvendig. I den forbindelse stiller vi oss spørsmålet om arbeidstakere med psykiske lidelser bør være mer åpne med arbeidsgiver om sin problematikk. Vi anbefaler derfor at psykologer tar dette opp med sine klienter og sammen vurderer hensiktsmessigheten av åpenhet. Deretter kan man i samarbeid med den sykmeldte utvikle en informasjonsstrategi overfor arbeidsgiver.

I framtidig forskning bør man derfor undersøke hvilken betydning det har for sykefravær og psykisk helse om psykologer i større grad fokuserer på arbeidsplassen og arbeidsoppgavene til sine klienter. Vi trenger også mer kunnskap om hvilke lederatferder som faktisk er assosiert med effektiv sykefraværsoppfølging. Videre har vi behov for å utvikle et valid og reliabelt instrument som måler disse formene for lederatferd, slik Munir og kolleger gjorde i en britisk studie der de utviklet et instrument på 42 spørsmål som målte faktorer som sykmeldte opplevde som viktige hos sine ledere (Munir, Yarker, Hicks & Donaldson-Feilder, 2012). Et annet moment er at ledere ser ut til å ha behov for opplæring i hva alminnelige psykiske lidelser innebærer, og hva de medfører når det gjelder utførelse av arbeidsoppgaver. Dette understrekes også i en australsk studie der Johnston og kolleger (2015) konkluderte med at ledere har behov for kunnskap, ferdigheter og personlige egenskaper for å kunne gi effektiv støtte til sykmeldte som skal tilbake til jobb. En slik opplæring bør fokusere på tilrettelegging for positivt sykenærvær, samt tilbakeføring til arbeid for sykmeldte. Det bør deretter evalueres om slik opplæring fører til redusert sykefravær og økt bruk av positivt sykenærvær.

#### SVAKHETER OG STYRKER VED STUDIEN

En av styrkene ved denne studien er det kvalitative designet, som muliggjør dybdeundersøkelse av et tema som det ikke er forsket så mye på tidligere. Bruk av fokusgrupper gjorde også at deltagerne fortellinger og opplevelser kunne utfylle hverandre. Gjennom diskusjoner ble uenigheter på ulike undertemaer godt belyst. Riktignok kan deltagerne ha sensurert seg selv fordi andre ledere hørte på dem. For å motvirke en slik tendens prøvde vi å skape en trygg atmosfære preget av et ikke-dømmende klima. På den andre siden berørte vi mange temaer på begrenset tid i fokusgruppene. Et annet kritisk moment er at utvalget ikke kan betraktes som representativt for ledere i kommunal sektor, og kanskje ikke som representativt for kommunen de kom fra. Men formålet med sampling i kvalitativ forskning er ikke å etablere et representativt utvalg, men å identifisere grupper av mennesker som er relevante for fenomenet som studeres. Vi valgte informanter gjennom bedriftshelsetjenesten som hadde erfaringer med sykefraværsoppfølging blant sine ansatte. Ved å innhente en rik og dyp beskrivelse av dette fenomenet mener vi å kunne bidra til en bredere forståelse av dette fenomenet, både teoretisk og praktisk. Vi anser derfor resultatene som informative, og at de kan danne grunnlag for gode hypoteser og fremtidige undersøkelser i større utvalg. ✕



Flere ledere hadde opplevd å bli oppfattet som brysomme og invaderende når de tok kontakt med henblikk på sykefraværsoppfølging

## LITTERATUR

- Aronsson, G., Gustafsson, K., & Dallner, M. (2000). Sick but yet at work. An empirical study of sickness presenteeism. *Journal of Epidemiology & Community Health, 54*(7), 502–509.
- Blackman, I., & Chiveralls, K. (2011). Factors influencing workplace supervisor readiness to engage in workplace-based vocational rehabilitation. *Journal of occupational rehabilitation, 21*(4), 537–546.
- Butler, R. J., Johnson, W. G., & Côté, P. (2007). It pays to be nice: employer-worker relationships and the management of back pain claims. *Journal of occupational and environmental medicine, 49*(2), 214–225.
- Franche, R. L., Cullen, K., Clarke, J., Irvin, E., Sinclair, S., Frank, J., & Institute for Work & Health (IWH) Workplace-Based RTW Intervention Literature Review Research Team. (2005). Workplace-based return-to-work interventions: a systematic review of the quantitative literature. *Journal of occupational rehabilitation, 15*(4), 607–631.
- Higgins, A., O'Halloran, P., & Porter, S. (2012). Management of long term sickness absence: a systematic realist review. *Journal of occupational rehabilitation, 22*(3), 322–332.
- IA-avtalen. (2014) Intensjonsavtale om et mer inkluderende arbeidsliv 4. mars 2014 – 31. desember 2018. Signert av partene.
- Johansen, V. (2012). Sickness presenteeism in Norway and Sweden. *Nordic Journal of Social Research, 3*, 88–102.
- Johns, G. (2010). Presenteeism in the workplace: A review and research agenda. *Journal of Organizational Behavior, 31*(4), 519–542.
- Johnston, V., Way, K., Long, M.H., Wyatt, M., Gibson, L., & Shaw, W.S. (2015). Supervisor competencies for supporting return to work: a mixed-methods study. *Journal of occupational rehabilitation, 25*(1), 3–17.
- Krause, N., & Lund, T. (2004). *Returning to work after occupational injury. The psychology of workplace safety*. Washington DC: APA Books.
- Krause, N., Dasinger, L.K., Deegan, L.J., Rudolph, L., & Brand, R.J. (2001). Psychosocial job factors and return-to-work after compensated low back injury: A disability phase-specific analysis. *American journal of industrial medicine, 40*(4), 374–392.
- KS (2017). Hentet fra: <http://www.ks.no/fravarstall>
- McGuire, C., Kristman, V.L., Shaw, W., Williams-Whitt, K., Reguly, P., & Soklaridis, S. (2015). Supervisor autonomy and considerate leadership style are associated with supervisors' likelihood to accommodate back injured workers. *Journal of occupational rehabilitation, 25*(3), 589–598.
- Munir, F., Yarker, J., Hicks, B., & Donaldson-Feilder, E. (2012). Returning employees back to work: developing a measure for supervisors to support return to work (SSRW). *Journal of occupational rehabilitation, 22*(2), 196–208.
- Mykletun, A., Eriksen, H.R., Røed, K., Schmidt, G., Fosse, A., Damberg, G., ... & Guldvog, B. (2010). Tiltak for reduksjon i sykefravær: Aktiviserings- og nærværsreform. *Ekspertgrupperapport til Arbeidsdepartementet*.
- Negrini, A., Corbière, M., Lecomte, T., Coutu, M.F., Nieuwenhuijsen, K., St-Arnaud, L., ... & Berbiche, D. (2017). How Can Supervisors Contribute to the Return to Work of Employees Who have Experienced Depression? *Journal of occupational rehabilitation, 1*–10.
- Nieuwenhuijsen, K., Verbeek, J.H.A.M., De Boer, A.G.E.M., Blonk, R.W.B., & Van Dijk, F.J.H. (2004). Supervisory behaviour as a predictor of return to work in employees absent from work due to mental health problems. *Occupational and Environmental Medicine, 61*(10), 817–823.
- Regjeringen.no. (2015). Folketrygdens utgifter. <https://www.regjeringen.no/no/aktuelt/folketrygdens-utgifter/id2456725/>
- Saksvik, P.Ø, Guttormsen, G. & Thun, S. (2011). Sykenærver, nærværspress, fraværmestring og langtidsfriskhet – nye begrep i sykefraværskningen. I P.Ø. Saksvik (2011). *Innføring i arbeids- og organisasjonspsykologi – aktuelle tema til inspirasjon for et bedre arbeidsliv*. Oslo: Cappelen Akademisk Forlag.
- Schein E.H. (1980). *Organizational psychology (3rd ed.)*. Englewood Cliffs, NJ: PrenticeHaU.
- Shaw, W.S., Robertson, M.M., Pransky, G., & McLellan, R.K. (2003). Employee perspectives on the role of supervisors to prevent workplace disability after injuries. *Journal of Occupational Rehabilitation, 13*(3), 129–142.
- Smith, J.A., Flowers, P., & Larkin, M. (2009). *Interpretative phenomenological analysis: Theory, method and research*. Sage.
- SSB (2017). Hentet fra: <https://www.ssb.no/arbeid-og-lonn/statistikker/sykefratrot/kvartal/2017-03-23#content>
- Seing, I., MacEachen, E., Ekberg, K., & Ståhl, C. (2015). Return to work or job transition? Employer dilemmas in taking social responsibility for return to work in local workplace practice. *Disability and Rehabilitation, 37*(19), 1760–1769.
- Sundell, T. (2018). Utvikling i sykefraværet, 4. kvartal 2017. Arbeids- og velferdsdirektoratet – statistikkseksjonen. Sykefraværnotat.
- Tjulin, Å., MacEachen, E., & Ekberg, K. (2010). Exploring workplace actors experiences of the social organization of return-to-work. *Journal of occupational rehabilitation, 20*(3), 311–321.
- Young, A.E., Roessler, R.T., Wasiak, R., McPherson, K.M., Van Poppel, M.N., & Anema, J.R. (2005). A developmental conceptualization of return to work. *Journal of occupational rehabilitation, 15*(4), 557–568.
- Øverland, S., Knudsen, A., & Mykletun, A. (2011). Psykiske lidelser og arbeidsuførhet. *Tidsskrift for Norsk psykologforening, 48*(8), 739–744.
- Aas, R.W., Ellingsen, K.L., Lindøe, P., & Möller, A. (2008). Leadership qualities in the return to work process: a content analysis. *Journal of Occupational Rehabilitation, 18*(4), 335.

# Rettsikkerheten til sårbare voldsofre

Vold og overgrep mot utviklingshemmede er trolig kraftig underrapportert, og få saker havner i rettsvesenet. Rettsikkerheten deres kan være svekket.

**HVORDAN AVHØR GJENNOMFØRES**, kan være avgjørende for rettsprosessen i volds- og overgrepssaker. Både avhørsmetoden og avhørerens ferdigheter er viktig for at et vitne skal kunne fortelle om sine opplevelser på en troverdig måte. I saker der utviklingshemmede er ofre, kan manglende evne til å formidle opplevelser med ord gjøre avhørene vanskelige, og i verste fall true offerets rettsikkerhet.

I dag avhøres personer med utviklingshemming av spesialutdannede politietterforskere på barnehusene. Politiet er avhengig av et godt samarbeid med helsepersonell for å få informasjon som kan bidra til å tilrettelegge avhøret på best mulig måte. Informasjon om språklig fungering og kommunikative ferdigheter er særlig viktig. Det hviler også et spesielt ansvar på ansatte i helse- og omsorgstjenesten når det gjelder avdekking av vold og overgrep. I tillegg må helsepersonell ha god kunnskap om hvordan de skal håndtere slike saker for å bidra til nettopp å øke rettsikkerheten for personer med utviklingshemming i volds- og overgrepssaker.

Ved OsloMet er vi nå i gang med et forskningsprosjekt som vil gi ny kunnskap om hvordan avhør av utviklingshemmede gjennomføres. Vi håper også at denne kunnskapen kan bidra til at flere overgrep avdekkes og anmeldes. Prosjektet er i en tidlig fase, men de første analysene har allerede gitt interessante funn.

## LITE KUNNSKAP

Vi har i dag for lite kunnskap om hvordan avhør av personer med utviklingshemming gjennomføres, og hva de resulterer i, og det er gjort få vitnepsykologiske studier. Det som er publisert av forskning, viser at personer med utviklingshemming kan være troverdige vitner (Gudjonsen, Murphy, & Clare, 2000), og at dette først og fremst avhenger av hvordan spørsmålene i avhørene stilles (Bowles & Sharman, 2014; Cederborg & Lamb, 2008; Wyman, Lavoie, & Talwar, 2018).

I dag avhøres personer med utviklingshemming etter samme avhørsmetoder som ved avhør av barn (Henry, Bettenay, & Carney, 2011). Dette er basert på den kunnskapen vi har i dag, og den forskningen som finnes, støtter en slik metodisk forankring.



## TEKST

Tone Åker, ph.d.-student ved OsloMet

## KONTAKT

taker@oslomet.no

## Hva sier forskningen?

- Gode avhørsmetoder kan øke rettsikkerheten for utviklingshemmede voldsofre.
- Åpne spørsmål og fri fortelling fungerer best i avhør.
- Det er trolig en kraftig underrapportering av vold og overgrep mot utviklingshemmede, og få saker havner i rettsapparatet.
- I mange overgrepssaker er det personer som utnytter sin stilling eller posisjon for å skaffe seg seksuell omgang.



**AVDEKKE VOLD** Det finnes ingen sentrale retningslinjer for hvordan helsepersonell i habiliteringstjenestene kan avdekke vold eller overgrep under en diagnostisk utredning. Her bør psykologene ta et særlig ansvar, skriver Tone Åker, som forsker på avhør av sårbare personer.  
Foto: bady gb/Unsplash

## Vold og overgrep mot funksjonshemmede

Prosjektet Vold og overgrep mot funksjonshemmede er støttet av Extrastiftelsen i samarbeid med Redd barna, og er en del av et større forskningsprosjekt om avhør av barn og sårbare personer. Prosjektet er finansiert av Justis- og beredskapsdepartementet og Fritz Moen stiftelsen, har konsesjon fra datatilsynet, og dispensasjon fra Riksadvokaten og Rådet for taushetsplikt og forskning.

De siste tiårene er det gjennomført en rekke studier av avhør av barn. Et gjennomgående funn er at *åpne spørsmål* (eks.: Fortell meg hva som skjedde) og *frie fortellinger* gir mest og best informasjon. Direkte spørsmål (eks.: Hva hadde han på seg?) bør stilles på bakgrunn av hva barnet fritt har fortalt, og spørsmål med tvungne svaralternativer (eks.: Var bilen blå eller rød?) bør kun stilles for å oppklare detaljer som allerede har fremkommet i en fri fortelling. Denne praksisen er godt forankret i kunnskap om barns utvikling og forskning om hukommelse (Lamb, Orbach, Hershkowitz, Esplin, & Horowitz, 2007), og synes også å være den beste metodikken i avhør av utviklingshemmede. Forskning viser til at mental alder og språklig fungering kan være en god indikator for hvor mye informasjon en kan forvente at en person med utviklingshemming kan formidle i et avhør. Studier der en har sammenlignet avhør av barn med og uten utviklingshemming, viser at barn med utviklingshemming er like pålitelige som andre barn når en tar hensyn til barnas mentale alder (Brown, Lewis, Stephens, & Lamb, 2017).

Selv om avhørsmetoder tilpasset barn kan fungere for personer med utviklingshemming, mener vi at det er behov for tilpasninger for denne gruppen. Utviklingshemmede er svært forskjellig både i alder, funksjonsevne og evne til å uttrykke seg språklig. Det er derfor viktig å få bedre kunnskap om hvordan personer med ulike grader av nedsatt funksjonsevne avhøres. Vi håper derfor vårt prosjekt skal gi kunnskap som kan bidra til å utvikle de avhørsmetodene vi har i dag.

### ANALYSERER AVHØR

Det empiriske materialet i prosjektet er avhør av personer med nedsatt funksjonsevne fra volds- og overgrepssaker i tidsrommet høsten 2015 til og med 2017. I 2015 ble det gjennomført 109 førstegangsavhør av denne



gruppen ved barnehusene i Norge, og året etter 193 avhør. Vi jobber med å hente data fra alle landets politidistrikt, noe som vi regner med vil gi oss tilgang på om lag 100 avhør for analyse.

I analysen av avhørene benytter vi en internasjonalt anerkjent analysemetode brukt i tilsvarende studier nasjonalt og internasjonalt (Johnson et al., 2015; Lamb, 1996; Lamb et al., 2007). Metoden går ut på å kartlegge hvilke spørsmål som stilles, og vurdere disse ut fra den kunnskapen vi har i dag om avhør av personer med utviklingshemming. Analysene vil gi et bilde av i hvilken grad avhører gir den avhørte anledning til å gi en så god forklaring som mulig ut fra sine kognitive og språklige forutsetninger.

Så langt har vi analysert nærmere 50 avhør. Vi ser allerede at det er stor variasjon i gjennomføring av avhørene. Det er nærliggende å anta at noe av variasjonen er knyttet til den avhørtes kognitive fungering, og i de utfordringene som ligger i det å avhøre en person med begrensede språkferdigheter. Samtidig ser vi en tendens til at det gis få muligheter til at den avhørte kan avgi en fri forklaring. Det er imidlertid for tidlig å trekke konklusjoner på bakgrunn av de analysene vi har gjort per i dag.

### HVILKE SAKER HAVNER I RETTEN?

I tillegg til å se på selve avhørsmetodene skal prosjektet også se på omfang og karakteristika ved de volds- og overgrepssaker med utviklingshemmede som behandles i rettssystemet. Denne type kartlegging er ikke gjort før, og vil gi viktig tilleggs kunnskap om rettssikkerheten til utviklingshemmede som har vært utsatt for vold og overgrep. Skiller disse sakene seg fra saker i befolkningen ellers?

Så langt viser våre analyser at avhør av utviklingshemmede i hovedsak handler om seksuelle overgrep mot jenter over den seksuelle lavalder. Mange har en relasjon til overgriper, og i en rekke saker er det snakk om personer som utnytter sin stilling eller posisjon til å skaffe seg seksuell omgang. Det er også mange saker der antatt gjerningsmann har flere enn ett offer. Materialet inneholder derimot veldig få saker som omhandler incest, og få saker der overgriper er en person med utviklingshemming. Det er få voldssaker, og svært få saker som omhandler barn.

Disse funnene er urovekkende. Annen forskning viser at barn med utviklingshemming er tre til fire ganger mer utsatt for vold og overgrep enn barn ellers (Jones et al., 2012). Hvorfor finner vi ikke da flere slike saker i vårt materiale?

Vi tror mangelfull avdekking er den viktigste årsaken, og at dette kan skyldes systemsvikt. Det finnes for eksempel ingen sentrale retningslinjer eller prosedyrer for hvordan helsepersonell i habiliteringstjenestene kan avdekke vold eller overgrep under en diagnostisk utredning. Her mener vi psykologene, som observerer og tester disse barna, og møter dem flere ganger under utredning og ved senere oppfølging i helsetjenesten, bør påta seg et særlig ansvar. Både når det gjelder rutiner for avdekking, og ikke minst for å vurdere muligheten for at vold eller overgrep kan være en bakenforliggende årsak til et barns ferdighetstap eller utfordrende atferd.

Det er viktig å understreke at våre funn, både når det gjelder avhør og beskrivelsene av omfang og karakteristika av sakene, er foreløpige. Prosjektet er knyttet til et doktorgradsarbeid ved OsloMet og er i dag i en fase der datainnsamling og analyser står sentralt. Hele prosjektet er planlagt avsluttet våren 2020. Da vil vi også forhåpentligvis ha mer kunnskap om hva som kan gjøres for å bedre rettssikkerheten for noen av våre mest sårbare medmennesker. ✖

### REFERANSER

- Bowles, P.V., & Sharman, S.J. (2014). A Review of the Impact of Different Types of Leading Interview Questions on Child and Adult Witnesses with Intellectual Disabilities. *Psychiatry, Psychology and Law*, 21(2), 205–217. doi:10.1080/13218719.2013.803276
- Brown, D., Lewis, C., Stephens, E., & Lamb, M. (2017). Interviewers' approaches to questioning vulnerable child witnesses: The influences of developmental level versus intellectual disability status. *Legal and Criminological Psychology*, n/a-n/a. doi:10.1111/lcrp.12104
- Cederborg, A., & Lamb, M. (2008). Interviewing alleged victims with intellectual disabilities. *Journal of Intellectual Disability Research*, 52(1), 49–58.
- Gudjonsson, G.H., Murphy, G.H., & Clare, I.C.H. (2000). Assessing the capacity of people with intellectual disabilities to be witnesses in court. *Psychological Medicine*, 30(2), 307–314. doi:10.1017/S003329179900149X
- Henry, L.A., Bettenay, C., & Carney, D.P.J. (2011). Children with intellectual disabilities and developmental disorders. I M.E. Lamb, D.J.L. Rooy, L.C. Malloy, & C. Katz (red.), *Children's testimony. A handbook of Psychological Research and Forensic practice*. (2. ed., s. 251–285). United Kingdom: Wiley-Blackwell.
- Johnson, M., Magnussen, S., Thoresen, C., Lønnum, K., Burrell, L.V., & Melinder, A. (2015). Best Practice Recommendations Still Fail to Result in Action: A National 10-Year Follow-up Study of Investigative Interviews in CSA Cases. *Applied Cognitive Psychology*, 29(5), 661–668. doi:10.1002/acp.3147
- Jones, L., Bellis, M.A., Wood, S., Hughes, K., McCoy, E., Eckley, L., ... Officer, A. (2012). Prevalence and risk of violence against children with disabilities: a systematic review and meta-analysis of observational studies. *The Lancet*, 380(9845), 899–907. doi:http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(12)60692-8
- Lamb, M.E. (1996). Effects of Investigative Utterance Types on Israeli Children's Responses. *International Journal of Behavioral Development*, 19(3), 627–638. doi:10.1080/016502596385721
- Lamb, M.E., Orbach, Y., Hershkowitz, I., Esplin, P.W., & Horowitz, D. (2007). A structured forensic interview protocol improves the quality and informativeness of investigative interviews with children: A review of research using the NICHD Investigative Interview Protocol. *Child Abuse & Neglect*, 31(11–12), 1201–1231. doi:http://dx.doi.org/10.1016/j.chiabu.2007.03.021
- Wyman, J.D., Lavoie, J., & Talwar, V. (2018). Best Practices for Interviewing Children with Intellectual Disabilities in Maltreatment Cases. *Exceptionality*, 1–18. doi:10.1080/09362835.2018.1425623

# Ambulant hypnoterapi

Hypnoterapi kan stimulere barnets egen opplevelse av kontroll over kroppen og følelsene sine. Behandlingsformen passer i ambulante behandlerteam.

## TEKST

Agnes Aarre,  
psykologspesialist,  
Vestre Viken,  
BUPA, Ambulant  
familieseksjon,  
Ambulant familieenhet  
avdeling Bjerketun

## KONTAKT

agnes.aarre@  
gmail.com

**ENKELTE FAMILIER HAR** behov for mer eller annerledes hjelp enn poliklinikkene kan gi. Som et svar på dette opprettes det stadig nye ambulante team i psykisk helsevern for barn og unge. Intensjonen med ambulante tjenester er at brukeren skal møte et samordnet og behovstilpasset tilbud i eget miljø, i tråd med Opptrappingsplanen for psykisk helse (1999–2006) (Svantorp & Førland, 2012). I Ambulant familieenhet (AFE) ved Vestre Viken tar vi utgangspunkt i familiemedlemmenes mestingsforståelse for sammen å finne løsninger på problemene. Familie- og nettverksarbeid, samspill og miljøterapi er viktig i behandlingsarbeidet i ambulant team. Men i tillegg ser jeg behov for kunnskap og ferdigheter knyttet til mer spesifikke individualterapeutiske metoder i møte med kompleksiteten i sakene våre – den ambulante terapeuten trenger et mangfold av metoder og teorier i sin omreisende virksomhet – hypnoterapi kan være en slik metode.

I forhold til tradisjonell poliklinisk behandling innebærer ambulant behandlingsarbeid hyppigere behandlingskontakt og mer fleksibilitet knyttet til rammer, som møtested og varighet av konsultasjoner. Arbeidet innebærer også metodisk skreddersøm tilpasset den enkelte. Hypnoterapi har foreløpig fått lite oppmerksomhet innenfor det ambulante behandlingsfeltet. I det følgende vil jeg beskrive hva hypnoterapi er, presentere en kasushistorie om en gutt med alvorlig skolevegning, og diskutere metodens anvendelse i ambulant behandlingsarbeid.

## HVA ER HYPNOTERAPI?

Hypnoterapi er en behandlingsmetode med spesifikke terapeutiske mål og teknikker, som brukes mens klienten er i en transetilstand. Transe er en bevissthetstilstand som vi beveger oss naturlig inn og ut av i løpet av en dag. Sugarman og Wester (2014) hevder at transe likner mye på det de kaller «intensifisert nevrologisk



**LEK OG BILDER** I hypnoterapi må terapeuten ta i bruk sin egen lekeevne og sin evne til å tenke i metaforer, skriver psykologspesialist Agnes Aarre. Bilde: Arthur Dove (1935)/ The Metropolitan Museum of Art.

endring», en tilstand vi befinner oss i når vi er veldig fokuserte og interesserte i å lære noe nytt. Transen karakteriseres av høy konsentrasjon, og viser seg atferdsmessig ved fokusert blikk, sparsom motorisk aktivitet, absorbert oppmerksomhet, redusert oppmerksomhet rettet mot omgivelsene, og noen ganger REM (Rapid Eye Movement, som i søvn). Hypnoterapi er en måte å bruke denne tilstanden på, der klie-

ten vil være ekstra påvirkbar for suggestjoner fra terapeuten. Hensikten med suggestjonene er å påvirke klientens løsningsevne, egenregulering og mestring. Gjennom hypnoterapi får både barn og terapeut anledning til å trene evnen til å se nye og originale løsninger på problemer gjennom aktiv bruk av sin indre forestillingsevne.

#### Evidens

Hypnoterapi er en metode med et stort anvendelsesområde (Kohen & Olness, 2011; Sugarman & Wester, 2014). Metaanalyser og systematiske oversikter rapporterer om effekt av hypnoterapi på en rekke medisinske og psykosomatiske tilstander hos barn, som angst for medisinske inngrep eller prosedyrer, prosedyrerelatert smerte, akutt smerte og enurese. Det finnes god evidens i form av en mengde enkeltstudier som dokumenterer effekt av hypnoterapi når det gjelder magesmerter, migrene »

”

**Sensitivt utført hypnoterapi for barn dreier seg i stor grad om å stimulere barnets egen opplevelse av kontroll over kroppen og følelsene sine**

og andre smertetilstander, astma, hudplager, vaneproblemer (som tommelsuging og neglebiting) (Kohen & Olness, 2011; Sugarman & Wester, 2014). Mange enkeltstudier finnes også når det gjelder effekt av hypnoterapi på psykiske vansker hos barn. Det finnes god evidens for å benytte hypnoterapi i forbindelse med ulike former for angst (Kaiser, 2011; Kaiser, 2014), depresjon, ADHD/uro, autisme/Aspergers syndrom (Sugarman, Garrison & Williford, 2013; Sugarman & Wester, 2014). Imidlertid mangler det fortsatt metastudier og systematiske oversikter for hypnoterapi ved psykiske lidelser hos barn. I mitt eget søk i flere databaser (Medline, Cochrane, Up to date, Psychinfo, Pubpsych og Pubmed) fant jeg metastudier og systematiske oversikter som omhandler hypnoterapi som behandling for psykiske vansker hos voksne pasienter, men ikke for barn, så her er det behov for mer forskning.

#### Utføring

Når terapeuten arbeider hypnoterapeutisk, vil hun forsøke å vekke klientens bevissthet og motivasjon med noe som er nytt og interessant, noe som vekker våre iboende læringsevner. Samtidig er det viktig å ta hensyn til bevissthetens og kroppens døgn- og dagsrytmer i endrings- og helingsarbeidet. Det er viktig med hvilepauser og å finne gunstige tidspunkter for selvhypnose eller terapitimer. I hypnoterapi med små barn brukes blant annet lek, tegning og fortelling til å skape en fokusert, oppslukt tilstand. Barn går naturlig inn og ut av denne tilstanden mange ganger om dagen. Når det gjelder større barn, kan man bruke mer formell induksjon, det vil si at de sitter i en stol



**Hvis man begynner med barnets eget oppdrag, gjerne en liten problemstilling knyttet til noe fysisk, så kan dette ha stor betydning for å begynne å berøre de større temaene**

og følger terapeutens verbale instruksjoner om å fokusere på pusten eller finne et godt sted i fantasien, dra på en fantasireise, og lignende. Disse instruksjonene må skreddersys til barnet og bør formuleres med stor grad av valgfrihet. For eksempel kan terapeuten si: «Hvis du føler for det, kan du lukke øynene.» Noen barn liker å ha en dialoggående underveis, der de forteller hva de opplever – en slags hypnotisk samtale.

Det er svært viktig i alt arbeid med hypnoterapi å sørge for stor grad av innlevelse og forsiktighet fra terapeutens side, slik at klienten opplever seg støttet og styrket, og ikke manipulert. Sensitivt utført hypnoterapi for barn dreier seg i stor grad om å stimulere barnets egen opplevelse av kontroll over kroppen og følelsene sine, å stimulere deres egenregulering. Gjennom hypnotisk induksjon og suggesjon lærer barnet å bruke sine egne ressurser i denne reguleringen. Nedregulering av sympatisk aktivitet og oppregulering av parasympatisk aktivitet er ofte en viktig del av det å bli kvitt symptomer og komme i bedre balanse (Kaiser, 2014; Sugarman, Garrison & Williford, 2013). Den avspente transetilstanden stimulerer også kreativ problemløsning og øker evnen til å se nye løsninger.

Kasushistorien som følger, viser hvordan det går an å jobbe med hypnoterapi innenfor et ambulant behandlingsteam.

#### En kasushistorie

Johan på 14 år<sup>1</sup> ble henvist til vår enhet på grunn av alvorlig sosial angst og skolevegring. Tiltak i BUP hadde vært forsøkt og ikke hatt ønsket virkning. Gutten unngikk kontakt med mennesker utenfor familien, dermed også terapeuter. Han unngikk fritidsaktiviteter, gikk ikke i butikken, gikk sjelden ut, og etter hvert hadde han ingen kontakt med venner. Mange ulike former for tiltak ble forsøkt i Ambulant familieenhet, men gutten forble på rommet sitt med låst dør, eller unngikk all form for spontan kommunikasjon med oss i teamet. Så kom det frem at gutten var svært plaget av magesmerter. Jeg hadde akkurat fullført videreutdanning i hypnoterapi og lest om effekten av hypnoterapi

1 Kasushistorien er anonymisert ved at flere historier er satt sammen. Kasus er således et prototypisk eksempel på en vanlig problemstilling i ambulant familieenhet der hypnoterapi kan være hjelpsomt.



## For denne gutten ble magesmertene inngangsporten til behandling, selv om han var henvist med alvorlig sosial angst og skolevegring

på ulike former for smertetilstander og irritable tarm. Jeg fortalte foreldrene om dette, og de formidlet videre til gutten – som plutselig ble interessert og ba om hjelp.

Første gangen gjorde vi en bio-psyko-sosial kartlegging av magesmertene. Vi snakket om at symptomene hans liknet veldig mye på irritable tarm (IBS), og at han derfor antagelig kunne ha nytte av endret kost og kosttilskudd, som probiotika og peppermynteolje. Så begynte vi med hypnoterapi. I første hypnoterapitime kom jeg hjem til familien og ga en induksjon, det vil si veiledning til transe eller avspenning til hele familien. Induksjonen var knyttet til oppmerksomhet på pust og på å etablere et «trygt sted». Hele familien hadde gode opplevelser med dette. Av praktiske grunner fortsatte kun far og sønn sammen med hypnoterapien. Gutten viste seg å ta godt imot instruksjoner om å gå inn i en avslappet tilstand og gikk etter hvert dypt i transe. Jeg ga suggesjoner særlig knyttet til å ha en «dimmer» i magen som han selv hadde kontroll på, og som han kunne skru ned magesmertene med. Etter hvert som han fikk mer kontroll på magesmertene, la jeg inn noen utvidete suggesjoner om at han snart ville merke at han ville bli mer kjent med den siden av seg som vil ut i verden, som liker å spille fotball og være sammen med andre, og at det skjer spennende ting. Etter fire ganger var magesmertene borte, og gutten ønsket ikke mer hypnoterapi.

Parallelt med den hypnoterapeutiske behandlingen samarbeidet jeg med en terapeut i teamet som jobbet med familiedynamikken, særlig knyttet til samarbeidsforhold i familien. Gutten forpliktet seg blant annet til arbeidsoppgaver i huset og passet på at de andre gjorde sine oppgaver. Mor rapporterte at

gutten var mer glad, aktiv og utadrettet enn på lenge, han hadde begynt å gå i butikken, besøke besteforeldre, ta t-banen og ta helt nye utfordringer. Han snakket om at han skulle begynne på fotball igjen og på ny skole til høsten, og var i gang med å forberede seg til dette. Etter en del uker fikk jeg en sms om at han ønsket en ny time, for magesmertene var kommet tilbake. Han var redd for at den forestående ferien skulle bli en ferie med vondt i magen. Denne gangen ga jeg suggesjoner der jeg igjen minnet om dimmeren. Men jeg minnet også om at han hadde tatt en bestemmelse da han kontaktet meg, en bestemmelse om å få en ferie uten smerter. Jeg minnet om de evnene han hadde til å få til det han har bestemt seg for, og ikke minst om evnen han tidligere hadde vist i hypnoterapien til å ta kontroll over sin egen kroppslige og emosjonelle tilstand. Jeg la videre inn suggesjoner om å gå tilbake til tidligere gode ferier med fotballspilling og bading og vannskikjøring, og gå inn i disse følelsene, sette farge på dem og «spre dette inn i ferien» som sto for døren.

Da jeg ringte på hos gutten etter ferien, åpnet han for første gang døren selv, smilte og sa at sommeren ble kjempefin! Vi møttes en gang til – og så begynte han på ny skole. Han hadde nesten ikke vært til stede i et klasserom på tre år. Skolestarten gikk fint. Og ukene går. Han er fortsatt på skolen nå, et halvt år etterpå.

### HYPNOTERAPI I AMBULANT BEHANDLING

Dette kasuset viser noe av kompleksiteten i de sakene vi møter i ambulant team, og hvordan hypnoterapien kan brukes. For denne gutten ble magesmertene inngangsporten til behandling, selv om han var henvist med alvorlig sosial angst og skolevegring. Flere har observert at hvis man begynner med barnets eget oppdrag, gjerne en liten problemstilling knyttet til noe fysisk, så kan dette ha stor betydning for å begynne å berøre de større temaene.

For mange barn og ungdommer er det vanskelig å sette ord på følelser og vansker. Barnets primære uttrykk går gjennom kroppen, leken og kreativiteten. Hypnoterapi er en metode som gir muligheter for å finne mestringmåter uten å måtte gå veien om reflekterende samtaler i tradisjonell forstand. Jeg erfarer at effekten av behandlingen kan komme uten at barnet klarer å si så mye om hva som



sker. Dette kan være nyttig for svært mange barn og unge som henvises til behandling, men særlig for barna og ungdommene som henvises til ambulant behandling. Disse barna har vanligvis forsøkt mye annen behandling tidligere.

Videre viser denne historien hvordan man kan arbeide på andre arenaer enn på kontoret med hypnoterapi – også hjemme i stua til folk. Det eneste som kreves, er mulighet for en viss ro til å skape en fokusert avspenningstilstand. Dessuten er også foreldrene med som aktive deltakere. Far rapporterte at han hadde stor nytte av hypnoterapien for sin egen del, og forteller at han og sønnen i en del stressende situasjoner kan minne hverandre på det de har lært. På den måten blir hypnoterapien også familierapi.

Hypnoterapi med barn krever av naturlige grunner at terapeuten evner å kombinere metodikk og tenkning innenfor familierapi med hypnose. Denne historien viser hvordan en familierapeut og en hypnoterapeut i vårt ambulante team kombinerte metodikk sammen antagelig bidro til endringsprosessen. Vi terapeuter samarbeidet tett, selv om vi i denne fasen av behandlingen ikke hadde felles timer med familien.

De fleste av våre pasienter i ambulant familieenhet har sammensatte problemer med symptomer på flere områder samtidig, noe som vanligvis også krever at terapeutene kan kombinere metodikk. Hypnoterapi passer godt sammen med og støtter opp om annen terapeutisk metodikk og teori. Det er dokumentert god effekt av en kombinasjon av kognitiv atferdsterapi og hypnoterapi (Kaiser, 2011; Yapko, 2001) og av EMDR og hypnoterapi (Frischholz, Kowal & Hammonds, 2001; McNeal, 2001). Jeg erfarer at den narrative familierapiens bruk av metaforer og historiefortelling ligger nær opp til hypnoterapeutisk tenkning og metode, og at de lett kan kombineres.

Jeg mener at hypnoterapi kan og bør ha en plass i ambulante behandler-team. Kohen vektlegger at hypnoterapeuten arbeider gjennom innlevelse, reformuleringer og anerkjennelse av ressurser. Dette kan stimulere håp, mestring og mobilisering av egne krefter. Hos Johan så vi hvordan han etter hvert fikk tro på at han hadde kraft og evne til å kunne regulere egen tilstand og dermed også våge å møte det han



## Jeg erfarer at effekten av behandlingen kan komme uten at barnet klarer å si så mye om hva som skjer

var redd for. Denne forståelsen passer godt sammen med Ambulant familieenhets visjon om å bygge på «familiens styrke og egne løsninger».

Selv om hypnoterapi kan være et verdtfullt tilskudd i familierapeutens verktøykasse, betyr det ikke at hypnoterapi passer for alle. Mange påpeker betydningen av å utforske barnets egen motivasjon for forandring. Hvis motivasjonen i hovedsak ligger hos foreldrene, er dette et dårlig utgangspunkt for hypnoterapien. Videre erfarer jeg, i likhet med andre i feltet, at der problemene i høy grad henger sammen med samspills- og familieproblematikk, er det viktig å først konsentrere seg om disse vanskene – også for at hypnoterapien skal ha effekt. Vi ser at familiene ved henvisning ofte har behov for en første fase der man blir kjent og forholder seg til familien som helhet, før man eventuelt på et senere tidspunkt også går i gang med individuell hjelp.

### MENTAL JOGGING

For meg er arbeidet med hypnoterapi en form for *mental jogging* – det er trening i kreativ problemløsning, også for terapeuten. Terapeuten må ta i bruk sin egen lekeevne, sin evne til å tenke i bilder og metaforer, til å leve seg inn i et bredt spekter av sanseopplevelser og følelsetilstander, og sin egen evne til å gå inn i transelikkende tilstander. I møte med Johan måtte jeg lete etter metaforer og bilder han kunne gjenkjenne, og som kunne motivere til å gjenfinne egen kontroll. Jeg arbeidet med å lage effektfulle induksjoner og suggestjoner som kunne hjelpe ham inn i en avslappet tilstand og til å aktivere egen problemløsningsevne. Disse induksjonene og suggestjonene ble delvis laget på forhånd, men i stor grad ble de laget i det jeg opplevde som en kreativ og sensitiv prosess i møtene med Johan. ✕

## REFERANSER

- Accardi M.C. & Milling, L.S. (2009). The effectiveness of hypnosis for reducing procedure-related pain in children and adolescents: a comprehensive methodological review. *Journal of Behavioral Medicine*, 32(4), 328-339.
- Daitzman, R.J. (1980). *Mental Jogging: 365 Games to Enjoy, to Stimulate the Imagination, to Increase Ability to Solve Problems and Puzzles*. New York: Richard Marek Publishers.
- Frischholz, E.J., Kowal, J.A., & Hammonds, D.C. (2001). Introduction to the special section: Hypnosis and EMDR. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 43(3), 179-182.
- Huyn, M.E., Vandvik, I.H., & Diseth, T.H. (2008). Hypnotherapy in child psychiatry: The state of the art. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 13(3), 377-393.
- Kaiser, P. (2011). Childhood anxiety, worry, and fear: Individualizing hypnosis goals and suggestions for self-regulation. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 54(1), 16-31.
- Kaiser, P. (2014). Childhood anxiety and psychophysiological reactivity: Hypnosis to build discrimination and self-regulation skills. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 56(4), 343-367.
- Kohen, D.P., & Olness, K. (2011). *Hypnosis and Hypnotherapy with Children*. New York, East Sussex: Routledge.
- Linden, J.H. (2011). Hypnosis and parents: pattern interrupted. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 54(1), 70-81.
- McNeal, S.A. (2001). EMDR and hypnosis in the treatment of phobias. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 43(3), 263-274.
- Milling L.S. & Costantino, C.A. (2000). Clinical hypnosis with children: First steps toward empirical support. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 48(2), 113-137.
- Schnur, J.B., Kafer, I., Marcus, C., & Montgomery, G.H. (2008). Hypnosis to manage distress related to medical procedures: a meta-analysis. *Contemporary Hypnosis*, 25(3-4), 114-128.
- Sugarman, L.I., Garrison, B.L., & Williford, K.L. (2013). Symptoms as solutions: Hypnosis and biofeedback for autonomic regulation in autism spectrum disorders. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 56(2), 152-173.
- Sugarman, L.I., & Wester, W.C. (2014). *Therapeutic hypnosis with children and adolescents*. New York: Crown House Publishing.
- Svantorp, T., & Førland, M. (2012). Å sette en stol under den som ramler mellom alle stoler – Ambulante team i barn- og ungdomspoliklinikk for psykisk helse; en utvidelse av terapeutiske muligheter. *Fokus på familien*, 40(3), 179-195.
- Yapko, M.D. (2001). *Treating Depression With Hypnosis*. Philadelphia, Sussex: Brunner-Routledge.

## Aktuelt

### - Tragisk på psykosfeltet

TEKST OG FOTO Øystein Helmikstøl

- **DET ER TRAGISK** at den dynamiske og psykoanalytiske forståelsesmåten nesten er helt borte fra psykosfeltet.

Det sa psykologiprofessor og psykoanalytiker Siri Gullestad på slippfest på Nasjonalbiblioteket. Arrangementet markerte Psykologtidsskriftets juniutgave med 160 sider psykoanalyse.

På slippfesten ledet Psykologtidsskriftets fagredaktør Kjersti Gullestad en samtale om betydningen av taushet i terapi med Siri Gullestad og Jonas Sharma-Bakkevig. Han er psykologspesialist, og veileder i «intensive short term dynamic therapy» (ISTDP).

160 fagfolk hadde funnet veien til Nasjonalbiblioteket, og det var på spørsmål fra en som omtalte seg som «kung og uerfaren psykolog» med ett års arbeid på psykospost, at Gullestad snakket om den psykoanalytiske tradisjonens stadig mindre plass i fagfeltet.

- Det har vært et tap for fagfeltet. Det er blitt kun et biologisk, farmasøytisk og psykoedukativt perspektiv på behandlingssiden. En oppfordring til dere som er i det feltet, er at det er mye å hente i den psykodynamiske forståelsesmåten i tilnærming til psykoser, sa Gullestad, men understreket at psykoanalytisk terapi ikke nødvendigvis er «treatment of choice» for alle psykospasienter.

- Du må jo tilpasse det til pasienten, sa Gullestad.

Fungerende redaksjonssjef og fagredaktør i Psykologtidsskriftet Ida Holth opplyser at tidsskriftet jobber med et nytt arrangement i tilknytning til et andre temanummer om psykoanalyse seinere i høst.

Se opptak fra slippfesten her: <https://mediasite.nb.no/Mediasite/Play/8329d5551f4b4159a6039fe3a0aaf6311d>



**SAMTALE** Siri Gullestad og Jonas Sharma-Bakkevig samtalte med Kjersti Gulliksen (til høyre) om betydningen av taushet i terapi på Nasjonalbiblioteket 12. juni.

# En ny klode

Som nyansatte er vi sårbare, men klare for å lære.

## TEKST

Ingvild Sagberg,  
forsker og skribent

## ILLUSTRASJON

Pixabay/  
Psykologtidsskiftet

Tenk deg at du er nyutdannet psykolog. Du kan faget ditt, har jobbet med det i flere år, lest, øvd, blitt veiledet. Du har fått jobb, og det står på papirene dine at dette kan du. Du skal inn i arbeidslivet – og begynne på en ny arbeidsplass. Du gleder deg. Men er du klar?

Det er overraskende krevende å begynne i jobb, og bevege seg fra utsiden til innsiden av en ny organisasjon. Sansene skjerpes. «Her er så underlig ...» Vi kan ha havnet på feil klode – eller kanskje bare i en ny organisasjon. Ansiktene strømmer forbi, vi hilser i vei, det er mange navn, vi husker få. Hvordan gjør man ting her?

Som forsker har jeg vært nysgjerrig på hvordan nykommere opplever å tre inn i arbeidslivet. Jo mer jeg lærer om opplevelsen, jo mer overbevist blir jeg om hvor avgjørende det er å få en god start.

## ET SLAGS SJOKK

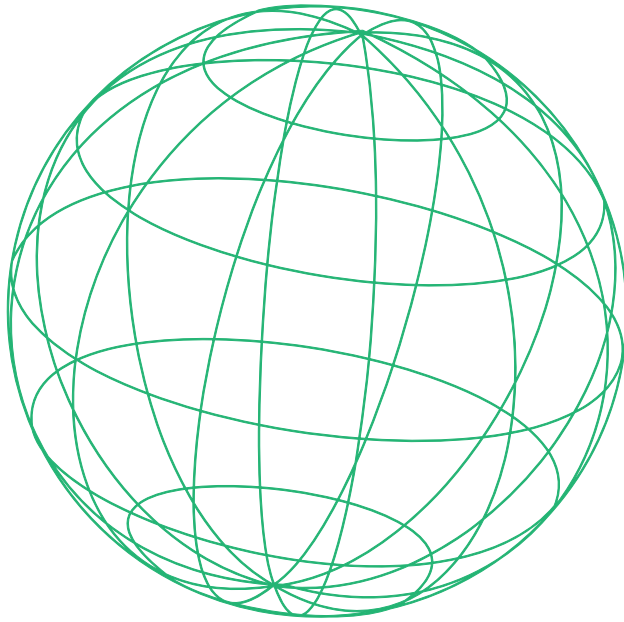
På en ny jobb må vi forstå hvordan organisasjonen fungerer, og hvordan vår egen profesjon kan utøves i den. Vi må skjønne stammespråket, lære historiene, forstå sladder, finne ut hvem som vet hva, sette oss inn i data-systemer og kommunikasjonsrutiner. Den ferske psykologen trenger klarhet i hva rollen innebærer, og hvordan hun kan gjøre en god jobb med integritet, helse og privatliv i behold. Det er viktig i en sosialt og emosjonelt krevende jobb, som psykologer ofte har, og i et arbeidsliv der arbeid og ikke-arbeid stadig berører hverandre.

Organisasjoner er langt fra like – de har hver og en slags «personlighet» (Louis, 1980). Nye situasjoner er dessuten komplekse; det er mange ting å feste seg ved, og flere forståelser er mulige. Overraskelse preger ofte nykommeropplevelsen. Hvor stor overraskelsen blir, kommer an på hva vi på forhånd hadde håpet eller forventet. Vi kan til og med få et slags sjokk, et virkelighetssjokk.

## STERKE INNTRYKK

Endelig har du fått et skille mellom jobb og fritid, tenker du, på vei inn i arbeidslivet. Endelig er du ferdig med lekser og lesing. Du skal jobbe selvstendig, ta ansvar, tjene penger. Endelig får du hjelpe folk og ha den etterlengtede tittelen





– på ordentlig. I gang med arbeidet snakker du med klienter, det går fint, og du får kontakt. Men hvilke verktøy skal du bruke? Hvordan gjør de andre det? De har en annen teoretisk vinkling enn deg og bruker ukjente teknikker. De fleste som jobber her, er ikke engang psykologer. Du burde lese deg opp, men orker ikke på kvelden. Skillet mellom jobb og fritid var ikke så tydelig som du trodde.

I min studie (Sagberg, 2017) fant jeg ut at nyutdannede psykologer var trygge på å snakke med folk, men kunne oppleve at de manglet verktøy og teknikker. Mange starter på en stor arbeidsplass i helsevesenet, med tverrfaglighet og høye produksjonskrav. Systemet kan være vanskelig – både å forstå og å forholde seg til.

Hvem skal du snakke med, hvordan skal du henvise videre, hvilke skjemaer må fylles ut? Hva skal du si til legen som vet best, og som insisterer på å medisinerer? Det føles ikke riktig for deg å behandle klienter på denne måten.

En aktiv, spørrende nyansatt klarer seg kanskje best. Men det krever trygghet å stille sin uvisshet til skue ved å spørre. Som nyansatte er

vi sårbare, men klare for å lære. Hva vi lærer, blir viktig. For det som skjer i denne aller første fasen, vil prege arbeidsforholdet, hvor tilfreds vi blir med jobben, hvor stresset eller utbrent vi blir, hvor knyttet vi blir til virksomheten, og hvor lenge vi ønsker å jobbe der.

Tenk deg at tiden er kommet for din første suicidalvurdering, og du skal avgjøre om klienten vil komme seg trygt gjennom natta. En kollega vurderer sammen med deg og hjelper deg til, etter hvert, å klare oppgaven på egen hånd. Tryggere, men aldri helt sikker, for slik er denne jobben. Du tar med deg historiene, blickene, bildene hjem. De kommer tilbake når du skal sove, mens du dusjer om morgenen, og når du sitter på gulvet og leker med barnet ditt. Grensa mellom arbeid og fritid er mer utydelig enn noen gang.

## PÅ GODT OG VONDT

Organisasjonssosialisering har sin mørke side. Kanskje blir vi godt sosialisert fordi vi skjønner hvordan det passer å opptre i organisasjonen, men vi har det likevel ikke godt. Kanskje lærer





Grensen mellom arbeid og fritid er mer utydelig enn noen gang

vi å holde tilbake informasjon, gi blaffen i sikkerhetsregler, skåle med kunder, tåle tvilsomme kommentarer, eller smile til den som synder bak andres rygg. Den svarte humoren som behøves for å overleve i jobben, kommer på plass, men ikke uten at det har en pris.

Pasienten blir ikke bra, men de tilmålte terapitimene går. Det kjennes for tidlig å sende pasienten ut i verden. Det lærte du ikke på studiet, men sånn er det her; det er ikke nok tid til å gjøre en ordentlig jobb. Kollegaene kaller det New Public Management. De sender hverandre overbærende smil når du forteller om en ny tilnærming som du har lært om.

Sosialiseringen har ikke samme verdi hvis den nyansatte mister sin integritet på veien inn i organisasjonen. Å anerkjenne nykommernes autentiske egenskaper og styrker, slik at de kan få fram sitt beste selv i jobben, er gjerne det beste også for organisasjonen. Nyansatte ser ting med friske øyne. De er mottakelig for inntrykk, fordi de ennå ikke vet hva de skal fokusere på i alt mylderet, og kan dermed se det som de «innfødte» på kloden ikke ser. Slik blir nyansatte en stor ressurs – hvis kulturen på arbeidsplassen er mottakelig.

## EN ROLLE Å LEVE MED

Å ta ansvar for en nyansatt handler om å hjelpe personen med å integrere opplevelsene og inntrykkene hun får i løpet av den første tiden. Ledere skal fortelle nyansatte *hvordan* de gjør ting i organisasjonen, og, kanskje enda viktigere, *hvorfor* de gjør ting på denne måten. En god forklaring gjør det nok lettere å leve med det som bryter med forventningene. Det å forklare hvorfor er en nyttig øvelse, som dessuten gjør det mulig å gå sin egen praksis etter i sømmene.

Hadde du bare skjønt hvor grensen for din rolle skal gå. Var det egentlig meningen at du skulle være med klienten på IKEA? Lederen din ringer noen, ordner opp, du lytter, skjønner mer. Neste gang skal du selv snakke med noen, ordne opp. Klienten skal få dra på IKEA, men ikke sammen med deg. Det framstår mer tydelig hvordan man gjør ting her. Den du er her, kan du klare å være.

Å skape mening i tilværelsen på en ny arbeidsplass handler om å bli en del av et faglig fellesskap og forstå hvilken rolle en selv skal ha i det. En nyutdannet skal i tillegg finne ut av rollen som profesjonsutøver. Rollen må være en det går an å forstå – og leve med. Sunne organisasjoner og gode ledere hjelper sine nyansatte med det. ✕

## REFERANSER

- Louis, M.R. (1980). Surprise and sense making – what newcomers experience in entering unfamiliar organizational settings. *Administrative Science Quarterly*, 25(2), 226-251.
- Sagberg, I. (2017). Novice psychologists and organizational entry: Broadening the perspective of organizational socialization. Ph.d.-avhandling, Det samfunnsvitenskapelige fakultet, Universitetet i Oslo.

# Meninger



FOTO: PRIVAT



## - Terapi er ikke nok

Psykologer må jobbe arbeidsrettet for å få folk med depresjon og angst ut i jobb igjen, skriver Silje Endresen Reme (bildet).

*Les debattinnlegget på side 610*

### Kommentar

## - Psykologene er det nye presteskaperet

*Side 618*

**Send innlegg til [meninger@psykologtidsskriftet.no](mailto:meninger@psykologtidsskriftet.no). Frist er den 8. i hver måned.**

#### DELTA I DEBATTEN

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

Forfattere må opplyse om teksten er publisert tidligere andre steder.

#### HOVEDINNLEGG

Hovedinnlegg i Psykologtidsskriftet er en kronikk om en aktuell problemstilling eller et tema. Kronikken er ikke et svar på et annet innlegg. Lengde: 4000 til 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.



# De 20 kritiske prosentene

20 prosent av arbeidstakerne står for 80 prosent av fraværet. Skal vi hjelpe disse tilbake i arbeid, er det ikke nok å behandle depresjonen eller angstlidelsen – behandlingen må også være arbeidsrettet.

**MANGE PSYKOLOGER** og helsearbeidere lever i den villfarelsen at en friskmeldt pasient automatisk kommer tilbake i jobb. Deres blikk og innsats rettes derfor mot å behandle pasientens psykiske lidelse, i den tro at de slik får den sykmeldte tilbake i jobb. Forskningen viser at dette er en naiv forestilling. Skal vi lykkes med å hjelpe personer tilbake i jobb, må behandlingen også være eksplisitt arbeidsrettet. Og skal vi lykkes med å være arbeidsrettede i vår behandling, må vi nødvendigvis spille på lag med arbeidslivet, ikke minst pasientens ledere.

## EN STØTTE FOR LEDERE

La meg først understreke at for de fleste sykmeldte går det greit. Som studien til Lau og kolleger i denne utgaven av Psykologtidsskriftet forteller (se side 586), opplever ledere at sykefraværsoppfølgingsarbeidet i de fleste til-

feller fungerte bra. Mest sannsynlig vil det fungere bra i omtrent 80 prosent av tilfellene, da pareto-prinsippet har vist seg å gjelde også for sykefravær: 20 prosent av arbeidstakerne står for 80 prosent av fraværet. Og lederne i Lau og kollegers undersøkelse forteller det samme: De bruker mye tid og ressurser på et mindre antall sykefraværssaker, som de opplever som krevende og vanskelige. Samtidig er det nettopp i møtet med disse sakene vi ser viktigheten av ledere som møter den ansatte på gode måter. Som oftest ønsker lederne å møte den ansatte på dette viset. Så når de ikke lykkes, handler det sjelden om vond vilje, men trolig som oftest om tidspress, usikkerhet og mangel på gode kommunikasjonsstrategier. For hva sier de til en som er sykmeldt for depresjon? Eller hvordan tilrettelegger de for en som sliter med panikkangst? Her kan vi som psykologer bidra, »



## SILJE ENDRESEN

**REME**, psykolog og professor ved Psykologisk institutt, Universitetet i Oslo

## ILLUSTRASJON

Hilde Thomsen

## OPPFØLGING AV SYKEFRAVÆR

både med kunnskap og samtaleverktøy som gjør at ledere kan senke skuldrene nok til at samtalen blir overkommelige. For de skal jo ikke være behandlere, de skal fortsatt være ledere for sine ansatte.

En ny svensk studie forteller at selv en kort intervensjon med problemløsnings- og kommunikasjonstrening for ledere ga redusert sykefravær hos ansatte med forhøyet risiko for sykefravær (Linton, Boersma, Traczyk, Shaw & Nicholas, 2016). De 20 kritiske presentene ser altså ut til å profittere på ledere som har lært *litt* mer om hvordan møte og følge opp den sykmeldte. I så fall kan vi gjøre mye med sykefraværet ved å gi ledere kompetansen som trykker dem i sykefraværarbeidet med arbeidstakere fra denne gruppen.

Intervensjonen som ble undersøkt i den svenske studien, bygger på psykologisk kunnskap og består av to komponenter: én affektiv del, som handler om trening i god kommunikasjon basert på valideringsprinsipper (være bekræftende og støttende), og én kognitiv del, som mer handler om konkrete problemløsningsstrategier og teknikker. Selv enkle psykologiske prinsipper kan altså utgjøre en stor forskjell i sykefraværsoppfølgingen av den enkelte.

Både negative holdninger og usikkerhet om hvordan møte ansatte med psykiske helseplager vil være uheldig for kommunikasjonen mellom leder og ansatt. Men ved at ledere lærer seg å sette seg inn i den ansattes utfordringer og bekrefter og støtter den ansatte, vil man ha et langt bedre utgangspunkt for sykefraværsoppfølgingen.

#### ÅPENHET – I HVERT FALL LITT

Empatisering og validering – innlevelse og bekræftelse – forutsetter at lederen får vite litt om hvorfor den ansatte er sykmeldt. Nettopp den manglende åpenheten fra den ansattes side fremheves som en av de største utfordringene til lederne i studien til Lau og kolleger. For den sykmeldte ansatte handler dette om hvilken historie de skal fortelle når de kommer tilbake på jobb etter et lengre fravær. I tilfeller der man har brukket et bein, er det sjelden utfordrende å fortelle om fraværet. Men langtidsfravær hos ansatte skyldes sjeldent brukne armer og bein, og heller ikke alvorlige diagnoser som kreft eller hjerte- og lungesykdom. Størstedelen av langtidsfraværet utgjøres derimot av muskel- og skjelettsmerter og psykiske lidelser. Og har

man vært sykmeldt i lengre tid for en depresjon eller angstlidelse, kan det være vanskelig å vite hvordan man skal fortelle om dette til leder og kolleger. Samtidig er dokumentasjonen klar på at sykmeldte med en psykisk lidelse som velger å være åpne med sin arbeidsgiver, bedre lykkes med å komme tilbake i jobb enn de som velger å være tause. Som psykologer bør vi hjelpe pasienten til å finne ut av hvilken historie som skal fortelles til hvem: Ikke alle trenger å vite, og ingen trenger å vite alt. Samtidig er det fint å jobbe frem en fortelling som det er mulig å dele med sin leder, og kanskje også sine kolleger og andre. Det er også en inngang til å jobbe med skam og stigma, noe mange opplever rundt sin psykiske lidelse.

#### DRAHJELP

Samtidig skal vi være ydmyke ovenfor den oppgaven ledere står foran når de driver sykefraværsoppfølging. For forskningen har så langt ikke kunne gi de all verden av drahjelp. Snarere tvert imot: Forskning som har fokusert på tiltak rettet mot den enkelte sykmeldte har stort sett vist nedslående resultater. Få intervensjoner og tiltak har vist noen særlig effekt på sykefraværet, særlig ikke sykefraværet som skyldes psykiske lidelser. Men kanskje gir nyere forskning bedre retning til lederes arbeid med sykefraværsoppfølging. Ikke minst fordi at det som ser ut til å hjelpe, er å ha blikket solid rettet mot arbeidslivet og ikke bare mot bedring av helsen. At arbeidsdagen blir en sentral del av oppfølgingen, vil kanskje også trygge lederne da dette er noe de har langt mer erfaring med enn med psykisk uhelse.

En av de intervensjonene som viser effekt, er arbeidsfokuset kognitiv terapi (CBT-W), en tilnærming som integrerer et eksplisitt arbeidsfokus i terapien. Logikken vår tilsier at dersom man behandler depresjonen som pasienten opprinnelig ble sykmeldt for, så vil pasienten automatisk komme tilbake i jobb igjen som følge av symptombedringen. Forskningen viser noe annet. Det er ikke nok å bare behandle depresjonen eller angstlidelsen – behandlingen må også være arbeidsrettet. Det innebærer et eksplisitt arbeidsfokus og konkret arbeid med og uttesting av mestringsstrategier relevant for arbeidssituasjonen.

Troen på en direkte sammenheng mellom symptomlette og retur til arbeid er naiv, men antagelig ikke unik for psykologer. Også i

somatisk helsevesen, der jeg selv jobber, er dette en rådende oppfatning; behandler vi pasientens symptomer, vil funksjonen automatisk bli gjenopprettet og pasienten komme tilbake i jobb. Men selv om virkeligheten viser at pasienten ikke automatisk kommer tilbake i jobb, fortsetter praksis som før. Og i denne praksisen er det ikke vanlig å integrere arbeidsrehabilitering og helsetilbud, verken innenfor medisinsk eller psykisk helsevern. De to tjenestene har eksistert som separate siloer, der én silo tar seg av helseproblemene og den andre tar seg av tilbakeføring til jobb: NAV får da ta seg av arbeidsrehabiliteringen, mens vi i helsevesenet behandler pasientenes helseproblemer. Dette er ingen god arbeidsmodell, noe OECD var svært tydelig på i sin rapport «Mental Health and Work: Norway» fra 2013 (OECD, 2013). Her oppfordrer de til en langt bedre integrasjon av de to siloene arbeid og helse. Det er en oppfordring både Psykologforeningen og psykologer flest bør ta på alvor.

I en norsk studie av 529 personer som var sykmeldt for angst og depresjon, fant vi at *forventningen* om å komme tilbake i jobb var en viktig faktor for å predikere hvem som faktisk kom i jobb seks måneder senere (Lovvik, Shaw, Overland & Reme, 2014). Denne troen på at man igjen ville finne et fotfeste i arbeidslivet, predikerte bedre om personen kom tilbake i jobb enn pasientens symptomtrykk. I arbeidsfokusert kognitiv terapi er det nettopp denne mestringsforventningen som endres ved at pasienten får konkrete utfordringer og oppgaver knyttet til arbeidssituasjonen. En sekundærgvinst ved en slik tilnærming er at det gjør sykefraværsoppfølgingen enklere for den sykmeldtes leder, ved at lederen blir del av et team der også behandler og klient sammen jobber om et felles mål om jobbbretur og fungering.

### MER ENN SYKDOM

Når sykefravær handler om mer enn sykdom, betyr det at vi må jobbe på flere arenaer enn helsevesenet hvis vi ønsker å gjøre noe med sykefraværet. Det betyr at både arbeidsplassen, helsevesenet og NAV bør jobbe samlet, koordinert og integrert for å hjelpe folk som har falt ut av arbeidslivet, tilbake i jobb igjen. Dersom innsatsen settes inn kun ett av disse stedene, er det vanskeligere for prosjektet å lykkes. Eller som en pasient nylig sa til meg: «Når en stol har fire ødelagte bein, hjelper det lite å reparere bare ett.» Dette forteller også at det ikke er noen motsetning mellom å jobbe med symptomer og å ha et arbeidsfokus, slik en del psykologer later til å tro. For arbeidsfokusert kognitiv terapi gir nøyaktig like mye symptomlette som ordinær kognitiv terapi. Den gir bare en raskere retur til arbeid i tillegg. Og det tillegget er det absolutt verdt å ta med seg. ✕

### REFERANSER

- Linton, S.J., Boersma, K., Traczyk, M., Shaw, W., & Nicholas, M. (2016). Early Workplace Communication and Problem Solving to Prevent Back Disability: Results of a Randomized Controlled Trial Among High-Risk Workers and Their Supervisors. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 26(2), 150–159. doi:10.1007/s10926-015-9596-z
- Lovvik, C., Shaw, W., Overland, S., & Reme, S.E. (2014). Expectations and illness perceptions as predictors of benefit reciprocity among workers with common mental disorders: secondary analysis from a randomised controlled trial. *BMJ Open*, 4(3), e004321. doi:10.1136/bmjopen-2013-004321
- OECD (2013). *Mental Health and Work: Norway*. Hentet fra <http://dx.doi.org/10.1787/9789264178984-en>



Når sykefravær handler om mer enn sykdom, betyr det at vi må jobbe på flere arenaer enn helsevesenet hvis vi ønsker å gjøre noe med sykefraværet

# Barnekonvensjonen er et arbeidsverktøy

FNs barnekonvensjon er ikke et passivt, søvndyssende dokument. Den kan brukes aktivt for å bedre barns behandlingstilstand på steder der psykologer jobber med barn.



## REIDAR HJERMANN,

psykologspesialist,  
Menneskerettighets-  
utvalget

## MENNESKE- RETTIGHETER

**I PSYKOLOGFORENINGENS** menneskerettighetsutvalg (MRU) er vi opptatt av å bidra til at de internasjonale avtalene Norge har sluttet seg til, skal ha relevans i det arbeidet vi gjør.

Når du jobber i virksomheter som har med mindreårige å gjøre, er det særlig FNs barnekonvensjon som gjelder, i tillegg til konvensjonene som angår mennesker i alle aldre. Barnekonvensjonen er den raskest ratifiserte konvensjonen i verden, og det er bare USA av verdens land som ikke har sluttet seg til den. Dermed har den vid anerkjennelse, og din bruk av konvensjonen vil måtte tas på alvor av de du argumenterer overfor.

Barns rettigheter er grunnlovsfestet og Barnekonvensjonen er tatt inn bokstav for bokstav i norsk menneskerettighetslovgivning. Ikke nok med det: Skulle Barnekonvensjonen komme i strid med annen norsk lovgivning, er det konvensjonen som har forrang. Det betyr også at retningslinjer på arbeidsplassen må vike for konvensjonen. Derfor: Barnekonvensjonen kan være ditt verktøy når du ser at styresystemer og politiske føringer går på bekostning av barna du har viet ditt liv til å jobbe for.

## KLINISK RELEVANS

I din kliniske hverdag kan Barnekonvensjonen bli relevant på flere måter. Grovt sett kan konvensjonens artikler deles inn i tre bolker, henholdsvis beskyttelse, tilretteleggelse og deltakelse. Eller som det litt fjongere heter på engelsk: Protection, provision and participation, «the three P's».

Opplever du at din arbeidsplass ikke tar barns beskyttelse på alvor, kan du med konvensjonen i hånd kreve at noe gjøres. Jobber du i barnevernet, og rådmannen skjærer ned på stillinger slik at barn i kommunen får svakere beskyttelse enn de kunne forvente, ja, da smeller du konvensjonens tekst om beskyttelse i bordet. Den andre P-en, Provision, kan du aktivere hvis du for eksempel jobber i PPT, hvis du ser at det legges dårlig til rette for barn med spesielle behov selv om du vet hva som bør gjøres. Da flagger du Barnekonvensjonen igjen, og hevder barnas rett til å få tilrettelagt sin hverdag ut fra sine behov.

Det syndes kanskje aller mest mot den siste P-en, Participation, eller deltakelse og innflytelse. Lovverket vårt legger i tråd med Barnekonvensjonen konkrete føringer for barns medvirkning, og fra det tidspunktet barn er i stand til å danne seg en mening, skal de lyttes til. Selv





**GODT VERKTØY** Barnekonvensjonen kan være ditt verktøy når du ser at politiske føringer går på bekostning av barna du jobber for, skriver Reidar Hjermand i Psykologforeningens Menneskerettighetsutvalg. Foto: Matt Artz/Unsplash

i barnehageloven er barns rett til deltakelse og innflytelse i driften regulert. I barnevernloven og barneloven skal man senest når barnet er 7 år gammelt, holde barnet informert, og lytte til hva hun eller han har å si. Fra 12-årsalderen skal barnets meninger tillegges betydelig vekt.

Men det å involvere barn og unge for å lære av deres erfaringer skjer fremdeles altfor sjelden, og når det gjøres, er barna ofte bare til pynt i en prosess der medvirkningen bare er på liksom. Jobber du i psykisk helsevern, ser du kanskje at det finnes et brukerutvalg. Men hvordan brukes dette? Og hvorfor kan vi ikke systematisk benytte oss av erfaringen til alle pasientene vi har på huset, slik at vi blir en lærende bedrift der de vi er til for, er med på å utvikle tjenestene?

#### TIL BARNETS BESTE

Vi i MRU kan heller ikke dy oss for å trekke frem «barnets beste» i diskusjonen om ADHD-diagnostikk. Vi vet at vi psykologer til en viss grad er med på å gi barn diagnoser som legger store begrensninger for deres videre liv. Eksempel på dette er at ADHD-diagnosen begrenser karrieremuligheter for yrker i Forsvaret og Politiet, og den gir vanskeligere tilgang på ønskede forsikringsordninger. Vi vet at en del barn får diagnoser i tidlig alder basert på symptomer som forsvinner av seg selv med årene, uten at vi rutinemessig kaller dem tilbake etter noen år for oppfølging og eventuell rediagnostikk. Barnets beste er et grunnleggende prinsipp, sier Barnekonvensjonen. Det betyr at vi i våre virksomheter ikke bare skal spørre: «Er det evidensbasert? Er dette i henhold til prioriteringsveilederen?» Nei, vi skal også spørre oss, mange ganger hver dag: «Er det jeg nå gjør, det beste for dette barnet?» Hvis svaret er nei – gjør noe annet. ✕



Skulle Barnekonvensjonen komme i strid med annen norsk lovgivning, er det konvensjonen som har forrang

# Smått, men godt

Kan hende er små kommuner flinkere til å avdekke omsorgssvikt enn store kommuner.



**INGER MARIE  
KVARUM,**  
psykologspesialist

**KOMMUNE-  
SAMMENSLÅING**

«**DER BARNA BLIR** henta av barnevernet» var overskriften på NRKs artikkel 5. april 2018. Saken ble også omtalt i Avisa Nordland (AN) og av riksdekkende nyheter (Dagsrevyen) samme dag, med påfølgende kommentarer og debattinnlegg i ukene som fulgte.

NRKs artikkel presenterte tall fra Statistisk sentralbyrå (SSB) vedrørende andelen barn i alderen 0–17 år som er under barnevernets omsorg i de ulike norske kommunene. I artikkelen ble små kommuner presentert som «verstinger», og da særlig nordlandskommunene. I Salten ble Steigen og Hamarøy kommune særskilt fremhevet, med henholdsvis 4,3 prosent og 3,9 prosent barn som er under barnevernets omsorg. Landsgjennomsnittet er på 0,8 prosent.

Det stilles spørsmål om årsakene bak disse ulikhetene, og det er vel og bra, det trenger vi alle et svar på. Det som er bekymringsfullt, er derimot medias ensidige fremstilling av at offentlige tjenester i små kommuner ikke er gode nok. Videre er det også bekymringsfullt at tallene gjerne tas som et bevis for at det vil være gunstig med økt kommunesamarbeid og i beste fall sammenslåing. Dette uten å gå mer grundig til verks for å sjekke hva som ligger bak de faktiske tallene, og se hva som egentlig kjenneegner de konkrete omsorgsovertakelsene og de små kommunene i vårt landstrakte land.

For hva om de små kommunene i landet faktisk er de beste til å avdekke omsorgssvikt overfor barn?

## RISIKOFAKTORER

Omsorgssvikt omhandler det å forsømme barns grunnleggende behov slik at de utsettes for fysisk eller psykisk skade eller fare. Kjente risikofaktorer i omsorgsmiljøet som bør føre til ekstra oppmerksomhet, er blant annet rusmisbruk, psykisk sykdom, sosial isolasjon og fattigdom. Kjente risikofaktorer hos barnet er blant annet utviklingsforstyrrelser, kronisk sykdom og reguleringsvansker.

Tall fra Folkehelseinstituttet viser at Nordlands befolkning skårer høyere enn landsgjennomsnittet på de fleste av disse risikofaktorene, eksempelvis andel med psykiske helseplager, alkoholbruk og sosioøkonomiske utfordringer (enslig forsørgende, lav inntekt, lavt utdanningsnivå, sykefravær og andel som mottar uføreytelser). Lavere bruttoinntekt medfører også mindre penger i kassa til småkommunene, noe som igjen medfører begrensninger i hva kommunen kan gi av ytelser til kommunens befolkning.

Utover dette antyder også statistikk fra Folkehelseinstituttet og fra de nasjonale kartleggingsprøvene i norsk, regning og engelsk at

andelen barn som strever med lærevansker, er større blant barnebefolkningen i Nordland sammenlignet med hele landet.

Ved Nordlandssykehuset, der jeg jobber, har vi over år toppet landsstatistikken over andel barn henvist til BUP med nesten 7 prosent (mot ca. 5 prosent i landet for øvrig). Vi vet i dag at det er et stort sammenfall mellom barn som er utsatt for omsorgssvikt, og de som sliter med alvorlige psykiske helseplager. Psykiske helseplager hos barn kan ses i sammenheng med livskvalitet, fysisk helse og skolefaglig mestring. Det er blant annet større frafall fra videregående skole hos de ungdommene som sliter psykisk. Vi vet også at trygg og god omsorg forebygger og rehabiliterer psykiske helseplager. Akutt plasseringer av barn og/eller omsorgsovertakelser er en alvorlig inngripen for et barn på kort sikt, og uten tvil en betydelig påkjenning for et menneske. Men hva betyr dette for barnet på lang sikt?

Hva om det faktisk er slik at de små kommunene gjør en god jobb i å avdekke omsorgssvikt? Og hva om omsorgsplassering er et gode for barnet og for landet på lang sikt?

#### FOR ENKEL ANALYSE

Bakgrunnen for tallene som fremstilles i media, burde vært kartlagt mye bedre, og det er derfor beklagelig at kommunene ikke har råd til å granske disse tallene mer inngående. Det er enda mer beklagelig at heller ikke Fylkesmannen i Nordland ser det som nødvendig å hjelpe kommunene med dette. For før konklusjonene trekkes og beslutningene tas, bør det alltid gjøres en grundig analyse.

Vår erfaring med småkommunene Steigen og Hamarøy er at de jobber så godt de kan innenfor de rammene og ressursene de har. Og så langt har jeg ikke møtt på ett barn eller én ungdom fra disse kommunene som ble uberrettiget plassert i fosterhjem. ❌

## Debattert

# Sakkyndige

**Holder ikke mål** - Etter det jeg har hørt, er det flere ting som tyder på at enkelte personer på listen over sakkyndige i barne- og familiesaker ikke holder mål faglig, sier han. Det er fra denne listen at dommere velger sakkyndige.

*Thomas Nordhagen til Aftenposten 10. juni*

**Uten sikkerhetsnett** - I dag er det ingen uavhengig, faglig vurdering av de sakkyndiges arbeid i foreldretvistsakene. (...) En slik kvalitetsvurdering vil være et sikkerhetsnett både for de sakkyndige, for foreldre og barn og for domstolene når beslutninger i slike saker tas.

*Katrin Koch til Bergens Tidende 14. juni*

**Makt** På den ene siden har de sakkyndige mye makt. Deres vurderinger spiller som regel en avgjørende rolle for hvem som vinner saken. På den andre siden får de sakkyndige kritikk for å utføre arbeid av varierende kvalitet.

*Aftenposten på lederplass 15. juni*

**Rettsansvar** - Har ikke den sakkyndige gjort et godt nok arbeid, er det opp til retten å se bort fra vurderingene til vedkommende. (...) - Selv om domstolen mener den får et dårlig råd, kan den ikke fatte en dårlig beslutning.

*Gjermund Nysveen til Aftenposten 15. juni*

**Barrierer** Gapet mellom den sakkyndiges verden og familien som skal utredes, er stort. For mange er språket en barriere, og i møte med en høyere utdannet observatør klarer de ikke å gjøre egen omsorg om til teori. De aner ikke hva begreper som mentalisering, empati og skjevutvikling innebærer. At foreldre ikke har høyere utdanning, er ikke dårlig omsorg.

*Fra Thea W. Totlands og Trude Trønnes sine «Ni bud til sakkyndige» i Aftenposten 18. juni*

**Uten samsvar** Vi har sett plenty av sakkyndigrapporter hvor det ikke er samsvar mellom utførte observasjoner og sakkyndiges konklusjon.

*John Michal Sørensen og Harald Rækken debatterer i Lofotposten 18. juni*

# Den kosmiske terapeuten

Psykologar er dei nye prestane. Prestane er blitt terapeutar. Skal me snart bli ferdige med denne tåpelege kjenslenes inkvisisjon?



## TEKST

Øystein Helmikstøl  
Journalist  
Tidsskrift for Norsk  
psykologforening

*God don't leave me*  
Ingrid Helene Håvik

*God has left us anyway*  
Susanne Sundfør

Kva vil du svare eit homofilt par som kjem til deg for å få råd, og som vil høyre di meining om det er riktig å leve saman som homofile?

**Teolog, forskar og forfattar** Paul Leer-Salvesen intervjuar 19 prestar i Agder og Oslo mellom anna om kva dei sjølve trur på. «Einar» var ein av dei 19, som vart introduserte for tenkte moralske dilemma. Intervjua vart til boka *Moderne prester* i 2005. Filosof og psykolog Ole Jacob Madsen trakk fram den boka då han vart intervjuet om si eiga bok *Den terapeutiske kultur* i programmet *Verdibørsen* på NRK i mai i fjor. Innslaget med Madsen har NRK titulert «Psykologiens verdsherredømme». Boka til Madsen kom i fjor i ny utgåve, og Madsen sjølv vart av NRK-programleiaren introdusert som ein av våre mest spanande sakprosaforfattarar. Likevel: ikkje spanande nok til at psykolog- og kulturkritikken hans har blitt diskutert særleg mykje det siste året, i alle fall ikkje mellom psykologar her i deira eige tidsskrift.

«**Einar**» er ein konservativ prest. Han svarte nokolunde slik til det homofile paret: «Eg personleg meiner ikkje at det er rett, men viss de kjenner at det er rett, så synest eg at de skal leva saman.» Sa presten «Einar». Og sa vel eigentleg: Det som du sjølv kjenner er rett, gjer det, for då er det rett. For deg.

**No er det individet** sjølv som har all makt. Det heiter ikkje heteronomi no lenger, heretter heiter det autonomi. Prestane har ikkje forsvunne,

for å vere relevante har dei berre tilpassa seg den terapeutiske kulturen.

«**Religious man was born** to be saved, psychological man is born to be pleased», skreiv den amerikanske religionssosiologen, kulturkritikaren og sitatmaskinen Philip Rieff. Me ønskjer trøyst og tilfredsstilling. Før av presten, som då var sjeledoktoren. No er det psykologen som tilbyr trøyst og tolkar sjela. Psykologien har, ifølgje NRK, fått verdsherredømme. Ole Jacob Madsen syner i boka si at psykologien har inntatt økonomien, idretten og kyrkja. Og i politikken er det ikkje fakta, men kjensler, som gjeld. Emokratiet lever. I andreutgåva av *Den terapeutiske kultur* har Madsen fått med seg Donald Trump. Nokre dagar etter valet prioriterte Bergens Tidende å bruke forsida på dette: «Psykolog: La ikkje Trump styra livet ditt». Politikk vert psykologisert. Den terapeutiske kulturen er ifølgje Madsen ein samfunnsdiagnose på det vestlege samfunn. Før hadde me moralske eller religiøse forklaringar på det meste. Kulturen sette oss inn i noko større enn oss sjølve, for å stagge egoisten i oss. No er Sjølv et i sentrum, og kjenslene vert det sentrale. Madsen siterte Rieff på Verdibørsen i fjor: «Ingen kultur har i lengda overlevd utan å ha ein høgare himmel over seg.» Sitatet syner at Rieff meir var ein dommedagsprofet enn ein gladkristen.

**Det var dei amerikanske religionssosiologane** Christian Smith og Melinda Lundquist Denton som først snakka om Gud som ei slags blanding av guddommeleg hovmeister og kosmisk terapeut, etter å ha funne ut korleis amerikanske ungdommar for eit tiår sidan skildra gud: Ein diffus ven som støttar deg, men som ikkje krev noko av deg. Målet i livet er ifølgje ungdommane å kjenne lukke og ha det godt. Med seg sjølve. Gud hjelpe og trøyste Meg, kan ein då seie.

**Ole Jacob Madsen er ein av fleire psykologar** som har delteke på Utstein Refleksjonsforum på Utstein kloster ved Stavanger, der fagfolk innanfor helsevesenet har hatt viktige grunnlagsdebattar gjennom fleire år. Teologen Arnfinn Fiskå er ein av hovudpersonane bak grunnlagsdebattane på Utstein. Han snakkar om at då Gud, den eksterne instans, blei avvikla i renessansen, tok kjenslene over. Han parafraserer idéhistorikar Trond Berg Eriksen. Mennesket blei fritt og heimlaust, alltid på jakt etter det faste punktet, som forsvann. Den plassen har kjenslene teke over.

**No kjem muslimane.** Blir det meir religion eller meir kjensler framover? I religiøse rørsler over heile Europa finn me ei stadig aukande rørsle av sjølvmedvitne unge muslimar, jenter fremst, som stolte står fram i offentlegheita med sine eigne religiøse symbol og meiningar på tvers av det foreldra deira har lært dei, og samstundes på tvers av den sekulære kulturen. Innanfor dei protestantiske kyrkjene finn ein ikkje dette på same måten. Dei muslimske unge står fram av religiøse grunnar. Dei meiner at det er dei som er dei rette berarane av den religiøse arven. Dei er på same tid autonome og heteronome. Dei står fram som sjølvstendige individ, men gøymer ikkje trua vekk. Det er trua som er deira viktigaste verdigrunnlag. Karakteren Sana i NRK-serien *Skam* spegla denne rørsla.

**Ei rekkje muslimske forskarar** var i Hamar i fjor. *Culture, Context and Existential Challenges* var tema for ein religionspsykologisk konferanse i regi av The International Association for the Psychology of Religion (IAPR). Den norske arrangøren melde om eit aukande tal på bidrag frå muslimske forskarar. Dei kom særleg frå Tyrkia og Iran. Psykologen Mohammad Khodayarifard frå Teheran heldt eitt av hovudforedraga på Hamar. Fanatisme og fundamentalisme var eitt av mange tema på konferansen. Framtida vil vise om den internasjonale religionspsykologien med eitt kan bli relevant og verke samlande i ei splitta verd.

**Emotion Revolution** – det var namnet på «en av verdens største psykologikongresser om emosjoner i psykoterapi» i Bergen i vår. Prosjektet var ifølgje *Psykologisk.no* ambisiøst: «å forene de emosjonsfokuserte perspektivene i en felles forståelse av følelsenes rolle i psykoterapi». «Tanken om en følelsesrevolusjon spiller på tendenser man allerede ser i faget. Dette ønsker vi å forsterke og fremme», sa psykolog Jan Reidar Stiegler om kongressen. «Vi ønsker å bidra til en mer emosjonsvennlig verden», sa arrangør og psykolog Anne Hilde Vassbø Hagen, ifølgje forfattar Kathrine Aspaas. Aspaas rapporterte sjølv slik frå dag éin av kongressen: «Jeg sitter i salen og kjenner på kroppen hvor stort dette er. At dette skjer i Norge. I Bergen. En emosjonell revolusjon!» Håra reiste seg på armane hennar, og tårene trilla, fortalde ho på bloggen sin.

**Det kjennes (sic) rett** å la forfattar Milan Kundera få siste ord, frå kapitlet «Følelsenes domstol» i boka *Førdælte testament* (1993):

Og hvordan kunne han være så sikker på at hjertet er hjernen etisk overlegen? Begår man ikke nedrigheter like gjerne med hjertets deltagelse som uten? Kan ikke fanatikerne, med sine blodflekke hender, skryte av stor «følelsesaktivitet»? Skal vi kanskje bli ferdige med denne tåpelige følelsenes inkvisisjon en vakker dag, med denne hjertets terror? ❖



Mennesket blei fritt og heimlaust, alltid på jakt etter det faste punktet, som forsvann. Den plassen har kjenslene teke over

## Regler for psykologers yrkesutøving

Som nevnt i forrige utgave av PSYKOLOGEN\* foreligger nå den norske innstillingen. (...) For at det enkelte medlem skal være noe mer orientert, gjengir vi nedenfor utvalgets utkast til lov og enkelte utdrag fra innstillingen. Utvalget har konkludert med følgende utkast til lov om psykologers rettigheter og plikter:

§1.

**Bare den som** av vedkommende departement er autorisert som psykolog, har rett til å kalle seg psykolog.

Den som ikke er autorisert psykolog må ikke gi seg noen tittel eller betegnelse som er egnet til å gi inntrykk av at han er autorisert psykolog.

§2.

**For å få autorisasjon** som psykolog må søkeren godtgjøre at han har embetseksamen i psykologi eller magistergraden i psykologi eller eksamen i henhold til lov av 21 mai 1948 om eksamen i psykologi ved Universitetet i Oslo.

Autorisasjon kan også gis til søker som på annen måte har godtgjort å ha den nødvendige kyndighet. Før autorisasjon i slikt tilfelle blir gitt, skal uttalelse være innhentet fra Psykologrådet.

(...)

Utvalget [uttaler]:

«Hovedformålet med autorisasjonsbestemmelser for psykologer må som nevnt være å hindre at personer som mangler den nødvendige kompetanse misbruker psykologiske metoder og hjelpemidler. Samtidig er det meget viktig å passe på at autorisasjonsbestemmelsene i tilfelle ikke unødvendig begrenser yrkesutøvingen for beslektede 4200yrkesgrupper. Å foreta den riktige avveining her er etter Utvalgets oppfatning et meget sentralt punkt. En rekke av de metodene psykologene bruker er nemlig ikke spesifikke for psykologene, men må deles med andre yrkesgrupper. (...) Det skulle ellers uten nærmere begrunnelse være klart at det er vesentlig lettere å gjennomføre en autorisasjonsordning med hensyn til tittel enn med hensyn til yrkesutøving.»

(...)

Utvalget gir følgende kommentar til den foreslått §1; «Betegnelsen psykolog er her forbeholdt autoriserte psykologer. For andre yrkesgrupper som f. eks. revisorer og sykepleiere er betegnelsene «statsautorisert revisor» og «offentlig godkjent sykepleier» lovbeskyttet, mens det ikke er noe til hinder for at andre betegner seg som «revisor» eller «sykepleier». Når det gjelder psykologene, kan man ikke se at andre personer enn den som har fått autorisasjon etter §2, har noen særlig beskyttelsesverdig

.....

\* Tidsskrift for Norsk psykologforening het tidligere *Psykologen* de første årene, red. anm.

interesse i å kalle seg psykolog. Man bør særlig søke å forhindre at mennesker med personlige problemer lar seg lokke av betegnelser som «psykolog», «psykologisk konsulent», «psyk. kons.», «klinisk psykolog» o. l. til å søke hjelp hos ukvalifiserte rådgivere.»

(...)

**I henhold til §2, annet ledd, vil autorisasjon** også kunne til søker som på annen måte har godtgjort å ha den nødvendige kyndighet etter at uttalelse er innhentet fra Psykologrådet. Om denne bestemmelse heter det i innstillingen:

«Den gruppe av søkere som kommer inn under annet ledd, antas særlig å ville omfatte psykologer med utdanning fra utlandet. Videre kan det bli aktuelt å gi autorisasjon til andre som har utdanning i psykologi som kan sidestilles med nevnte universitetsksamener. Som en overgangsordning kan det muligens også komme på tale i et begrenset tidsrom etter lovens ikrafttreden å gi autorisasjon til personer uten slik utdanning som nevnt, når en har dokumentert kunnskaper som kan sidestilles med dette.»

(...)

«Den som skal hjelpe – psykoterapeuten – skal ikke bare ha medfødte anlegg eller tilstrekkelig livserfaring. Han skal ha spesielle faglige kvalifikasjoner på grunnlag av en profesjonell utdanning. Denne utdanning skal sette terapeuten i stand til med rimelighet å avgjøre hvilken tilstand han behandler (diagnosen) og til å vurdere hvilken psykisk innflytelse han vil bibringe sin klient eller pasient (valg av behandlingsmetode) og endelig til å kontrollere virkningen av den iverksatte behandling og beherske eventuelle komplikasjoner.»

*Fra redaktøren Odd Dyrborgs fremleggelse av «Innstillingen om regler for psykologers yrkesutøving m. v.», januar 1966*



## Terapi vs. sjelesorg

Psykologer har ofte hatt berøringsangst for de eksistensielle og religiøse livsdimensjonene i god psykoterapi, mener psykolog Peter la Cour. En ny bok om sjelesorg kan bygge bro mellom sjelesørgere og terapeuter, tror han.

*Les bokaktuelt på de neste sidene.*

## Recovery i et nyliberalt helsevesen

*Les anmeldelsen av en ny bok om recovery-tradisjonen i psykisk helsevern, side 626.*

### 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](mailto:nina@psykologtidsskriftet.no).

# Brobygger til sjelesorgen

En ny bok om sjelesorg øker muligheten for samarbeid mellom sjelesørgere og psykoterapeuter, ifølge dansk psykolog.

## TEKST

Øystein Helmikstøl

**EN VARM JUNIDAG** tropper rundt 70 personer opp på boklansering i Høyskolen Diakonovas lokaler i Oslo. Tor Johan S. Grevbo lanserer boka *Sjelesorg i teori og praksis* og samler et publikum av kirketopper. Blant de fremmøtte kjenner Psykologtidsskriftet igjen tidligere biskop Finn Wagle, tidligere Oase-leder Jan Gossner, generalsekretær Morten Dahle Stærk i Menneskeverd og Gunnar Prestegård, kjent som prest og politiker. Noen få terapeuter har også funnet veien.

De fremmøtte hører Grevbo slå et akademisk slag for sjelesorg, med et engasjement vekkespredikanter kunne misunt ham.

### «DEN ANDRE BANEHALVDELEN»

Sjelesorg er en variert omsorg for alle sider ved menneskelivet, på bakgrunn av kristen tro og tradisjon, forteller Grevbo. Troen vil ifølge Grevbo svært ofte være skjult, men likevel til stede hos sjelesørgerne og hyppig også hos sjelesorgpartnerne. Han omtaler dem som *konfi-*

*denter*. Det er imidlertid ingen forutsetning at disse selv har en kristen trosholdning.

Ukentlig utføres det kanskje 20 000 tilfeller av sjelesorg – bredt forstått – i Norge, har Grevbo regnet seg fram til.

I boken har han viet et kapittel til forholdet mellom sjelesorg og psykoterapi, og hva fagområdene kan lære av hverandre.

– Jeg blir bare mer og mer klar over at forholdet til sjelesorgen er av interesse for mange psykologer, sier han og fortsetter:

– Det er i hvert fall sikkert at sjelesorgtidsskrifter lenge har vært langt mer åpne for innspill fra psykoterapeutisk hold enn omvendt. Kanskje kan vi snu bitte litt på dette nå? spør han og vedgår at engasjementet han har i saken, nærmest er ustopkelig. Han vil gjerne diskutere det han brenner for, med psykologer og andre psykoterapeuter.

– Teologer har oftest diskutert seg imellom med bare noen få aktører fra den andre banehalvdelen, sier Grevbo.





**SJELESORGPROFESSOR** Tor Johan Grevbo skriver om sjelesorgens forhold til psykoterapien i ny bok. Foto: Fartein Rudjord

## BERØRINGSANGST

Den kjente danske psykologen Peter la Cour var selv ikke på boklanseringen, men han har lest boken til Grevbo. Psykologer har ofte hatt berøringsangst for de eksistensielle og religiøse livsdimensjonene i god psykoterapi, mener dansken. Han leder Videntcenter for funksjonelle lidelser, Psykiatri København, er spesialist i helsepsykologi og har doktorgrad i religionspsykologi.

– Veldig mange psykologer kjenner ingenting til det eksistensielle feltet. De har ikke lært noe om det på studiet, og de blir kanskje først kjent med det eksistensielle når de personlig har vært i en livskrise, mener la Cour.

Resultatet blir ifølge den danske psykologen ofte at de eksistensielle emnene blir utelatt og aldri kommer i spill i psykoterapien.

– *Hva kan sjelesorgen tilføre psykologien eller psykologen?*

– Psykologer er ofte ikke klar over at det finnes rike erfaringer om hvordan man kan snakke om det eksistensielle på en profesjonell måte, svarer la Cour.

I tillegg er mange psykologer ikke klar over hvor stor betydning troslivet kan ha for et menneske, mener han.

– De kjenner det ikke fra seg selv og unngår troslivet som et tabu, de oppfatter det som farlig for relasjonen, på lik linje med emnet politikk.



## Ny bok om sjelesorg

Tidligere professor i sjelesorg i Oslo og København, menighets- og sykehusprest, rektor og forfatter Tor Johan Grevbo kommer nå med boken *Sjelesorg i teori og praksis* på Luther forlag.



## - Den virkelige verden innretter seg ikke etter smale kriterier for evidens

*Religionspsykolog Peter la Cour*



**PSYKOLOGI OG TRO** Sjelesorgen har relevans for psykologene, mener religionspsykolog Peter la Cour, psykologiprofessor Silje Endresen Reme og psykologistudent Susanne Masvie. Foto: Privat/ Tron Trondal, UiO

Sjelesorgen kan ifølge la Cour lære psykologer å gi personlig tro en nødvendig respekt, så de er i stand til å henvise sjelesørgiske spørsmål videre til den rette religiøse autoritet.

- Akkurat som når psykologene henviser kroppslige sykdommer videre til legene.

I motsetning til det la Cour sier, mener Tor Johan Grevbo at psykoterapeuter ikke bare bør henvise til såkalte religiøse spesialister.

- De bør også selv noen ganger gå forståelsesfullt inn i eksistensielle spørsmål av religiøs karakter, sier Grevbo til Psykologtidsskriftet.

### LEVD LIV VS. MANUALER

Den danske religionspsykologen viser ingen nåde for dagens praksis.

- Psykologistudiet og helsevesenet har gjennom mange år rettet oppmerksomheten mot psykoterapi som bygger på manualer og fastlagte prosedyrer, den kognitive terapien. Det er også den letteste terapiformen å lære, fordi de unge studentene bare skal gjøre det som står i manualen. I tillegg er den «evidensbelagt», kritiserer la Cour og legger til:

- Den virkelige verden innretter seg ikke etter smale kriterier for evidens, men viser seg for psykologer i sin rike mangfoldighet.

I møtet med denne mangfoldigheten må psykologen lære å ha respekt for pasientens levde liv og oppfatning av verden, understreker han. La Cour mener at muligheten for et integrert samarbeid mellom sjelesørgere og psykoterapeuter er blitt betydelig bedre med Grevbos bok, som etter psykologens mening gir et godt faglig overblikk over sjelesorgens teori og praksis.

Susanne Masvie er psykologistudent, samfunnsdebattant, tilknyttet Tankesmien Skaperkraft og har en stor interesse for psykologifagets holdning til menneskers tro.

- Psykologien som fagfelt ser ut til å ha et noe anstrengt forhold til vitenskaper som ikke aksepterer de moderne vitenskapskriteriene i det naturvitenskapelige paradigmet, slik som for eksempel religion.

En samtale mellom tradisjonell psykoterapi og sjelesorg, slik Peter la Cour skisserer, vil derfor være nyttig og et steg fremover, mener Masvie.

### - LÆRE OG SAMARBEIDE

Psykologiprofessor Silje Endresen Reme er opptatt av psykologifagets holdninger til tro. På årets konferanse i helsepsykologi i Oslo ledet hun

en workshop om lindrende behandling med tittelen «Prest eller psykolog? Sjelesorg eller terapi?». Reme støtter la Cours synspunkter om at sjelesorgen har relevans for psykologene.

– Flere studier viser at pasienter, både i psykisk helsevern og i somatikken, ønsker at deres åndelige behov blir ivaretatt. Likevel vet vi at dette i altfor sjelden grad skjer. Her har vi en del å lære fra sjelesorgen, som har holdt på med nettopp dette i lang tid og lenge før psykologien ble etablert, mener Reme.

Reme fremhever at sjelesørgeren i tillegg er et viktig supplement til det tverrfaglige teamet rundt pasienten.

– Dette gjelder særlig i palliativ behandling, men ikke bare her. Ifølge Stortingets opptrappingsplan for psykisk helse skal vi ta nødvendige hensyn til pasientens åndelige og kulturelle behov. Det kan vi gjøre både ved å lære av sjelesorgen og ved å samarbeide med sjelesørgeren.

#### PASIENTENS BEHOV

Det går mot slutten av boklanseringen i Diakonovas lokaler. Kristin Sofie Waldum-Grevbo holder tale for sin far. Hun leder Landsgruppen av helsesøstre i Norsk Sykepleierforbund.

– Det er viktig at sykepleiere har kjennskap til sjelesorg, blant annet fordi vi skal bidra til å dekke pasientens behov på flere plan: fysisk, psykisk, sosialt og åndelig, svarer helsesøsterlederen til Psykologtidsskriftet på spørsmål om sjelesorg har relevans for sykepleiere.

– Sykepleieren må kjenne til presten som en viktig samarbeidspartner på linje med lege, fysioterapeut, sosionom og andre. Sykepleieren må i dag som før være åpen og ta utgangspunkt i pasientens ønsker og behov, mener Waldum-Grevbo.

Psykologtidsskriftet har spurt fagsjef Andreas Høstmælingen i Norsk psykologforening om sjelesorgens eventuelle relevans for psykologer, men har til nå ikke fått svar på henvendelsen. ❌

## KLASSIKEREN



### Skamfølelsen ble mindre farlig, og jeg oppnådde mine første gode resultater i terapi.

**Shame and Pride. Affect, Sex and the Birth of Self. Donald L. Nathanson, 1992**

I 2002 begynte jeg i min første jobb som psykolog. På studiet hadde jeg lært om psykologisk teori og evidensbasert praksis. Det var mange faglige artikler om hva som var effektiv behandling, men lite om hvordan jeg kunne omsette kunnskapen og teorien til praksis. Jeg var opptatt av hvordan affekter påvirker psykologisk utvikling, og hvordan et affektfokus kunne være virksomt i terapi.

Så kom jeg over boken *Shame and Pride* av Nathanson. Den ga umiddelbart mening til min kliniske praksis. Nathanson beskrev skammens kompass. Nå lærte jeg hvordan erfaringer med skam kunne føre til psykisk lidelse, og hvordan jeg kunne snakke med pasienter om dette temaet. Med disse samtalen tror jeg at skamfølelsen ble mindre farlig, og jeg oppnådde mine første gode resultater i terapi.

Når jeg veileder psykologer og andre faggrupper, har jeg ofte anbefalt *Shame and Pride* som en lettlest og klinisk relevant bok. Da jeg nå ble bedt om å skrive dette innlegget, var boken borte. Jeg har nok lånt den bort til noen, og glemt hvem det var. Men leseren har lånt en klassiker, og vil nok få glede av den.

*Kenneth Lindberget utfordrer psykologspesialist Vidar Andersen ved BUP Drammen til å ta stafettpippen videre.*

# Recovery på norsk

Kritikken av New Public Management i norsk helsevesen kunne vært mer spisset, men leseren tvinges likevel til å reflektere rundt egne holdninger.



**BENGT KARLSSON,  
MARIT BORG**

*Recovery. Tradisjoner,  
fornyelser og praksiser.*  
Gyldendal Akademisk,  
2017. 180 sider

**RECOVERY HAR** de siste årene blitt presentert som en ny og frisk tilnærming til arbeid med psykiske vansker og rusproblemer, gjerne i kontrast til paternalistiske tendenser i rådende psykiatri. Det dreier seg om brukermedvirkning, fokus på ressurser og bedring på den hjelpesøkendes premisser. Bengt Karlsson og Marit Borg tar med denne boken sikte på å sette recovery inn i en historisk, teoretisk og norsk samfunnsmessig sammenheng. I introduksjonskapittelet gir forfatterne i tillegg uttrykk for at de er kritiske til mye av den oppfølgingen mennesker med psykiske vansker og rusproblemer får i dag, og noe som skiller denne fagboken fra mange andre, er at forfatterne er tydelige på at de ønsker å bidra til forandring i praksis. Det er betimelig med en bredt orientert bok om recovery på norsk, og forfatternes engasjerte utgangspunkt gir forventninger til det som kommer.

## RADIKALT GRUNNLAG

Karlsson og Borg fremhever opprør og aktivisme som helt sentralt i den historiske utviklingen av recoverytradisjonen. 60- og 70-tallets USA var preget av antiautoritære bevegelser. Borgerrettighetskampene pågikk for fullt. Forfatterne peker på at det var i dette kulturelle klimaet recovery som bevegelse oppstod. Som andre marginaliserte grupper organiserte mennesker med psykiske vansker seg, og kjempet for sine rettigheter. Forfatterne peker på at siden da har pasientgrupper – særlig internasjonalt – fortsatt kampen mot autoritære trekk ved rådende psykiatri. Å bekjempe urettmessig bruk av tvang, overdreven medi-

siner og stempling ved diagnostisering har stått sentralt.

Det er forfriskende at forfatterne bruker mye plass på å kritisere utviklingstrekk ved sin «egen» tradisjon. Etter deres mening blir recovery i dag i for stor grad benyttet som en avgrenset teknikk innenfor en biomedisinsk behandlingstilnærming. Diagnostikk og standardiserte intervensjoner blir det viktigste ved behandlingen, og den hjelpesøkende plasseres hovedsakelig i en tradisjonell pasientrolle. Innenfor dette rammerverket injiseres så en dose recovery: Det snakkes om pasientens mål, om aksept av egen psykiske sykdom, og om ansvar for egen bedringsprosess, men hovedpoenget med behandlingen er fortsatt å bli frisk fra sykdom, eller – frykter forfatterne – til og med å bli «normal».

## IDEALER OG VIRKELIGHET

Forfatterne finner mye som er forenlig med recoverytankegang i norske politiske dokumenter fra de siste tiårene. Brukermedvirkning, betydningen av sosiale forhold og medborgerskap har gjennomgående vært vektlagt. Imidlertid fremheves det at faktisk politikk og helsehjelp ikke lever opp til de uttrykte idealene: «Vi vil hevde at norsk politikk på området helse og rus er forbilledlig – teoretisk sett» (s. 52). New Public Management og nyliberalisme presenteres som styringstrender som bidrar til at telling, måling og standardisering for helsearbeideren gir mindre rom for fleksibelt å støtte opp under enkeltmenneskets recoveryprosess. I kritikken av nåværende praksis trekker Karlsson og Borg særlig frem at mennesker med psykiske vansker og rusproblemer opplever diskriminering,

## ANMELDT AV

Leif Normann,  
psykologspesialist,  
Søndre Oslo DPS

utenforskap og stigmatisering, samt at den biomedisinske forståelsen fortsatt har klart forrang over sosiale perspektiver.

Jeg oppfatter imidlertid at boken kunne tjent på å være mer spisset og konkret i sin kritikk av det bestående. New Public Management og nyliberalisme er abstrakte størrelser som det er ufarlig å være skeptisk til. Inkludering og mindre stigmatisering er generelle målsettinger det for de fleste er lett å stille seg bak. Hvem er uenig med forfatterne, og hva er deres argumenter? Hvorfor lander forfatterne likevel på sine konklusjoner?

Boken er etter min mening sterkere når det gis eksempler fra Norge på hvordan recoveryorienterte tilbud kan se ut. Vi kan blant annet lese om Recoveryverksteder i Asker, Stabbursheilla i Valdres og Kjøkkenpraten i Agder. Alle er uformelle samlingssteder der mennesker som ønsker det, kan komme sammen, delta i aktiviteter eller snakke om temaer i dagliglivet som de opplever som viktige. Dette er inspirerende lesing!

#### HJELPERENS ROLLE

De siste kapitlene av boken, som omhandler helsearbeiderens rolle i recoveryprosesser, er nok den delen som vil være enklest å relatere til egen arbeidshverdag for mange psykologer. Karlsson og Borg ser som en forutsetning for recovery at mennesket som oppsøker hjelp, er i førerretet. Hjelpearbeidet skal ta utgangspunkt i enkeltindividets forståelse, mål og foretrukne fremgangsmåter. Hjelperens primære rolle synes å være – med stor toleranse for variasjonen i hva et meningsfullt liv kan innebære – å støtte individet i dets unike recoveryprosess.

Med referanse særlig til Jaakko Seikkula og tradisjonen Åpen dialog, samt Tom Andersen, som er kjent for utviklingen av reflekterende team, gis flere kloke, gjenkjennelige og anvendbare beskrivelser av hvordan dialoger kan være åpne. For eksempel skriver forfatterne, med utgangspunkt i Andersen og kollegers syn på forandring, at «(...) når en person utsettes for noe som er for vanlig, inviteres ikke personen til forandring. Utsettes vedkommende for noe passe uvanlig, øker sjansen for forandring betydelig. Utsettes personen for noe for uvanlig, skjer det ikke forandring, men heller fastlåsthet og motstand» (s. 125).

Boken har mange nyttige påminnere om grunnleggende aspekter ved den terapeutiske

samtale, som hos meg vekket refleksjoner om egen kliniske praksis. Jeg oppfatter imidlertid at presentasjonen av det dialogiske og av hjelperens rolle i boken blir for idealisert og for lite drøftende. Dialog er lytting og utveksling av refleksjoner, men kan også være preget av spenninger, vidt forskjellige forståelser, alliansebrudd og reparasjoner. Flere aspekter ved fremstillingen kan problematiseres. Er det for eksempel alltid hensiktsmessig at klienten er i førerretet? På en konferanse jeg nylig var, fremhevet flere brukere i en paneldebatt om recovery at de i ettertid så det verdifulle i at fagpersoner tok styringen ved å peke ut mål og metoder, når de hadde det som mest vanskelig. Det hadde kledd en tekst som fremhever det dialogiske, å inkludere motstemmer i større grad.

#### BØR BOKEN LESES?

For de som allerede har en interesse for og forsøker å jobbe ut fra en recoveryorientert tilnærming, kan Karlsson og Borgs bok klart anbefales. Det at det finnes en norsk fagbok om temaet med eksempler hovedsakelig fra Norge, er en selvstendig grunn til å lese den. Har man blitt kjent med recovery for eksempel som et element ved Illness Management Recovery (IMR), kan det være nyttig å bli bevisst den historiske og teoretiske bakgrunnen. Som en innføring i recovery for psykologer som ikke i særlig grad kjenner til tilnærmingen fra før, er jeg usikker på hvor godt boken treffer. Den har en argumenterende stil som står i fare for i tilstrekkelig grad å inkludere den lite informerte leser. For meg er mangelen på drøfting og motforestillinger en gjennomgående svakhet ved boken. Problemstillingene boken tar for seg, er ofte kompliserte, og jeg opplever at teksten for ofte befinner seg på et generelt og prinsipielt nivå.

Bokens største verdi er imidlertid at den utfordrer. Hvor stor toleranse har vi egentlig for ulike levemåter? Når vi har jobbet noen år, er vi da fortsatt åpne for å se det unike ved enkeltmennesket foran oss? Mener vi virkelig at pasienten er ansvarlig for eget liv? Hvis vi sier vi mener det, praktiserer vi det i det daglige? Ved at Karlsson og Borg klart og konsekvent fremmer idealene i recovery, nærmest tvinges leseren til å reflektere rundt egne holdninger og egen praksis. Dette, til tross for innvendingene jeg har, er grunn til å lese boken. ❌



Bokens største verdi er imidlertid at den utfordrer. Hvor stor toleranse har vi egentlig for ulike levemåter?

# «Gjørekunnskap» uten fasit

En høyst aktuell og relevant bok som løfter fram etisk refleksjon som en viktig metode for å utvikle faget og helsetjenesten.



**REIDAR PEDERSEN  
OG PER NORTVEDT  
(RED.)** *Etikk i psykiske  
helsetjenester.*  
Gyldendal Akademisk,  
2017. 364 sider

**IFØLGE REDAKTØRENE** har behovet for boken økt mens de har jobbet med den. Grunnen er blant annet nylige endringer i tvangsreglene, økte krav til medvirkning fra pasienter og pårørende og at legemiddelfri behandling er blitt et myndighetskrav – samtidig som kunnskapsgrunnlaget for de psykiske helsetjenestene diskuteres jevnlig. Spørsmål om strafferett og utilregnelighet og om hvordan tjenester og helsepersonell bør bidra til å beskytte samfunnet mot farlige personer, er også stadig fremme i den offentlige debatten. Dette er komplekse og kontroversielle faglige problemstillinger som utfordrer tjenestene.

## FØRST UTE

Internasjonalt er det få lærebøker i etikk som fokuserer særlig på psykiske helsetjenester, og *Etikk i psykiske helsetjenester* er den første i sitt slag på norsk. Redaktørene av boken er tilknyttet Senter for medisinsk etikk, og har i flere år jobbet med forskning og formidling ute i tjenestene og i academia. I denne boken har de invitert personer med ulik faglig bakgrunn til å bidra med forskning og faglige refleksjoner som på ulikt vis berører etiske dilemmaer i psykiske helsetjenester.

Forfatterne har bakgrunn fra både fra psykiatri, sykepleie, psykologi, sosiologi, sosialt arbeid, etikk og filosofi, juss og brukerkompetanse. Hovedfokuset i boken er pasientens perspektiv, og ifølge redaktørene er målet med boken å integrere relevant etisk teori og etiske prinsipper med aktuell forskning og juss som har betydning for de psykiske helsetjenestene.

Fagområdet psykiske helsetjenester blir stadig mer lov- og rettighetsbasert og styrt av forskrifter og juridiske krav. På den ene siden bidrar dette til å sikre kvalitet og pasientsikkerhet. På den andre siden kan det føre til en frykt blant ledere og ansatte for å gjøre feil som kan få juridiske konsekvenser. Dette kan igjen føre til at ledere og klinikere blir mer styrt av plikt og paragrafer enn av å gi rom for refleksjon og godt faglig skjønn. Boken starter nettopp med å drøfte grunnlaget for profesjonelt skjønn og hva som kan påvirke utøvelsen. Forfatterne viser til hvordan etisk teori og modeller kan gi hjelp til å utøve godt klinisk skjønn til det beste for pasienten.

## IKKE FASITSVAR

Psykisk helsefeltet er et ungt fagområde som skal ivareta komplekse faglige utfordringer.

Boken belyser utfordringer som er vanlige i klinisk praksis, blant annet knyttet til autonomi, taushetsplikt, krenkelser, bruk av tvang, samarbeid med pårørende og prioriteringer. Dette er ikke en bok med juridiske spissfindigheter og fasitsvar, men en bok som løfter opp og beskriver mange av de sentrale og krevende dilemmaene fagfolk i tjenestene møter i sitt daglige virke. Leseren blir gjennom boken kjent med begreper, teorier, kunnskap og verktøy som kan være til nytte for arbeidet med etiske problemstillinger på en systematisk måte.

Ved å bruke mange bidragsytere har redaktørene gitt rom for ulike perspektiver og faglige synspunkter. De presiserer at flere av temaene har vært heftig debattert blant forfatterne, og det fremkommer at deler av boken er preget av

## ANMELDT AV

Hanne Elisabet  
Strømsvik,  
psykologspesialist og  
seniorrådgiver

forfatternes eget faglige ståsted. Dette er en styrke ved boken, fordi den gir rom for forskjellige tilnærminger og forståelse av både hva psykiske lidelser er, hvordan de oppstår, hvilke implikasjoner dette har for etiske refleksjoner, og for hvordan hjelpen best skal innrettes.

### DEBATT ER BRA

Fagfeltet blir av mange kritisert for manglende konsensus både i forståelse av hva psykisk lidelse er, hvordan det oppstår, og i faglige anbefalinger. Varierende faglige tilnærminger og tradisjoner blir sett på som et problem. Redaktørene tar til orde for at ulike synspunkter blant helsepersonell og profesjonsgrupper ikke trenger å være et problem, men tvert imot kan være viktig for etikken. I etikken vil et mangfold av perspektiver primært være en styrke dersom en klarer å håndtere ulike syn og uenighet på en konstruktiv måte.

Her peker forfatterne på et viktig prinsipp, nemlig at et komplekst fagområde har behov for et mangfold av tilnærminger for å gi utvikling og finne de beste løsningene. Dette gjelder ikke bare etikken, men fagområdet generelt og har historisk sett vært noe av årsaken til at det pågår en kontinuerlig faglig utvikling på feltet.

I en bok med et så bredt anlagt perspektiv er det et savn at den i liten grad behandler etiske problemstillinger knyttet til psykisk helsehjelp til barn og unge. Det kan skyldes at det er mindre forskning på feltet, eller at redaktørene har valgt å avgrense antall temaer. Aktuelle emner kunne ha vært barn og unges opplevelse av å motta helsehjelp mot sin vilje basert på foreldrenes samtykke, eller de etiske utfordringene som har oppstått ved innføring av elektronisk journal, der foreldre har en rask og umiddelbar tilgang til barnets journal. I samtaler der det fremkommer at barnet kan være utsatt for vold fra foreldre eller andre med foreldreansvar, må behandleren håndtere krevende etiske dilemmaer i møte med kravene fra journalforskriften og behovet for å beskytte barnet.

### REFLEKSJON HJELPER

I siste del av boken presenteres ulike modeller for etisk refleksjon og hvordan refleksjonen kan finne sted. Forfatterne viser til studier fra klinikker der det å innføre etisk refleksjon som metode blant de ansatte har ført til bedre kommunikasjon og samarbeid i personalgruppen, en reduksjon av fordommer og at de utviklet en mer kritisk holdning til eksisterende rutiner og deres berettigelse. Her kan det være mye å hente for klinikker og avdelinger som ønsker å gjøre et forbedringsarbeid, for eksempel ved å redusere bruk av tvangstiltak. Redaktørene presiserer at det er helt essensielt med god forankring og pådriv fra ledere dersom etisk refleksjon skal bli en del av den kliniske hverdagen og bidra til endring.

Ifølge forfatteren er klinisk etikk ikke noe absolutt, men noe som må utøves. Det er «gjøre-kunnskap» – der helsepersonell i ofte stressende situasjoner skal evne å veie motstridende behov og krav opp mot hverandre, og finne de beste løsningene ut fra pasientens ønsker og behov, faglige anbefalinger, prioriteringer og juss. Det sier seg selv at dette ikke er kunnskap og kompetanse en kan lese seg til, men som skapes ved at det legges til rette for faglig refleksjon og rom i tjenestene for å lære av det som lyktes, og det som gikk feil.

Boken vil med sitt brede anliggende kunne fungere godt både som lærebok i etisk refleksjon og som et verktøy for fagutvikling og dialog i tjenestene. Den vil både inspirere og skape debatt. Det er en bok til å bli klok av. ❌

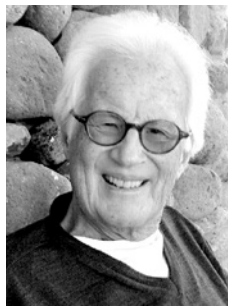


I en bok med et så bredt anlagt perspektiv er det et savn at den i liten grad behandler etiske problemstillinger knyttet til psykisk helsehjelp til barn og unge

## MINNEORD

## LEIF JOHAN BRAATEN

1928–2018



**LEIF JOHAN BRAATEN** døde 18. mai, 90 år gammel. Han var en av pionerne i den nye profesjonelle psykologien som vokste frem i Norge etter den andre verdenskrig.

Leif tok cand.psychol.-eksamen ved Universitetet i Oslo i 1952, og doktorgraden i 1958 ved University of Chicago hos Carl Rogers, den verdenskjente pioneren i klientsentrert behandling og humanistisk psykologi. Leif representerte og arbeidet innenfor denne retningen hele livet. Han var først ansatt ved Cornell University i USA, men vendte tilbake til Norge i 1964. Først ble han universitetslektor, og siden dosent ved Psykologisk institutt i Oslo. Fra 1970 til 1998 var han professor samme sted. Som pensjonist fortsatte han å arbeide ved Institutt for Funktionell Psykoterapi helt til han var 89 år.

Leif publiserte flere bøker, blant annet *Klient-sentrert rådgivning og terapi. En systematisk innføring i Carl Rogers' psykologi* i 1967, og *Psykoterapeutisk læring i grupper: en opplevelsesorientert undervisning* i 1974, samt mange forskningsrapporter om resultatene av gruppeterapi.

Han var i mange år aktivt medlem av *American Group Psychotherapy Association*, der han også ble utnevnt til *Fellow*. Ved slutten av sin

karriere skrev han en sammenfatning av sitt faglige syn med tittelen «My Credo as a Person-Centered Psychotherapist», publisert i *The Person-Centered Journal* i 2011. Jeg tror at de fleste praktiserende psykologer, uansett teoretisk bakgrunn, vil finne innholdet både stimulerende, provoserende og tankevekkende.

Leifs praksis omfattet individual- og gruppeterapi både med studenter, ektepar og par, og konsultasjonsgrupper med næringslivsledere. Han var alltid opptatt av relasjonen med klientene, og engasjerte og eksponerte seg i møtene med dem med hele sin person. For Leif handlet psykologi i liten grad om hjerneforskning og statistiske analyser, men om samspillet mellom personer og deres selvutvikling på livets arena. Han var alltid entusiastisk, og hadde stor evne til å lytte til andre.

Hans pågangsmot bar ham gjennom de siste årene med mye sykdom. Et markant uttrykk for hans holdning var at han presterte å gå rundt Sognsvann med rullator. Han sto på, og bevarte sin sans for humor. Jeg tror alle vi som kjente ham, opplevde Leif som et fargerikt, levende og interessert medmenneske. En å bli glad i.

*Jan Smedslund*



# Kurskalenderen

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

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

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

Ønsker du mer informasjon eller bestille annonse på kurskalenderen kontakt oss på [tidsskrift@psykologtidsskriftet.no](mailto:tidsskrift@psykologtidsskriftet.no) eller tlf. 23 10 31 33.

## AUGUST

### Behandling av psykosetilstander: Psykosebegrepet

Oslo, 30.–31. august

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

## SEPTEMBER

### Psyk meg opp i ledelse!

1. samling 20.–21. september

Se annonse i Psykologtidsskriftets juli-utgave

## NOVEMBER

### Psykologfaglig arbeid med barn og unges omsorgsbetingelser

Oslo, 15.–16. november

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

## Skal du flytte eller bytte arbeidssted?

Registrer ny adresse på [www.psykologforeningen.no](http://www.psykologforeningen.no)

**Min medlemsside**

eller send e-post til

**[medlemsservice@psykologforeningen.no](mailto:medlemsservice@psykologforeningen.no)**





## Fra risikovurdering til risikohåndtering

Dagsseminar med Svein Øverland for psykologer

Norsk psykologforening Sør-Trøndelag lokalavdeling har gleden av å invitere alle psykologer og psykologspesialister til dagsseminar tirsdag 18. september 2018, over temaet risikovurderinger og risikohåndtering. Seminaret vil ha særlig fokus på seksuelle- og internetrelaterte overgrep mot barn. I tillegg vil han snakke om hvordan gjennomføre gode voldsrisikovurderinger i klinikken.

Vennligst gi beskjed om du ønsker faktura sendt elektronisk eller i papirversjon ved påmeldingen.

Seminaret er godkjent av Norsk psykologforening som 8 timers fritt spesialkurs og som 8 timers vedlikeholdsaktivitet til spesialitetene.

**Sted/dato:** Scandic Nidelven Hotell Trondheim, tirsdag 18. september 2018  
 Registrering fra kl 08:30–09:00  
 Kurs fra 09:00–16:00

**Påmeldingsfrist:** 20. august 2018

**Kursavgift:** kr 1 200 inkl. lunsj

**Påmelding:** morten.thorsen@nav.no



Norsk psykologforening  
 Pb 419 Sentrum, N-0103 Oslo

Følg Tidsskrift for Norsk psykologforening på

facebook



## Stempel med medlemslogo for psykologer

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

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



For bestilling av standard stempel med kun logo – send «Stempel med medlemslogo Norsk psykologforening» til [firmapost@adprofil.no](mailto:firmapost@adprofil.no)

Ved bestilling av individuelle stempler – kontakt: [aage@adprofil.no](mailto:aage@adprofil.no)



## Ønsker du å annonsere i Psykologtidsskriftet?

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

**18. juli**

Kontakt oss på e-post [tidsskrift@psykologtidsskriftet.no](mailto:tidsskrift@psykologtidsskriftet.no) eller tlf. 23 10 31 33

## Er du på jakt etter artikler publisert i Psykologtidsskriftet?

Informasjon og bestilling:  
[www.psykologtidsskriftet.no](http://www.psykologtidsskriftet.no)



**Arbeider du klinisk med sorgproblematikk?**

**Da kan CGT-utdanning være noe for deg!**

**Søknadsfrist for utdanning i behandling av komplisert sorg (CGT) er den 10. august 2018**

Les mer på [www.uio.no/cgt](http://www.uio.no/cgt)

 **UiO : Universitetet i Oslo**  **NSSF** Nasjonalt senter for selvmordsforskning og -forebygging



## Regional traumekonferanse 2018

Trondheim, 24.-27. september 2018

### WORKSHOP I PROLONGED EXPOSURE THERAPY MED DR. EDNA B. FOA

Dette er en unik sjans til å lære å behandle PTSD med eksponeringsterapi! Dette er et obligatorisk kurs for å få sertifisering som PE-terapeut. Workshopen går over fire hele dager, og deltakerne får innføring i det teoretiske grunnlaget for metoden, og grundig opplæring i eksponering gjennom praktiske øvelser og videopresentasjoner.

**STED:** Scandic Hell, Stjørdal

**PRIS:** kr 10.000,-

**PÅMELDINGSFRIST:** 15. september 2018

For mer informasjon og påmelding  
<http://reft.no/Regional-traumekonferanse/>

## PSYKOLOGTIDSSKRIFTETS MATERIELLFRISTER OG ANNONSEPRISER 2018

### SPELPLASSERING:

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

### KURSANNONSER/RUBRIKKANNONSER:

Kurs, utleie av lokaler m.v. kr 24 per sp.mm.

Fargetillegg kr 11,50 per sp.mm.

Priseksempel for en 1/4 sides kursannonse i sort/hvitt kr 2 760, samme format i farger kr 4 083.

### SMÅANNONSER:

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

### NETTANNONSER:

Pris for en stillingsannonse kun på nett er kr 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](http://www.psykologforeningen.no) under «Konferanser og kurs».

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

*Alle stilling ledig-annonser innrykket i Psykologtidsskriftet blir også publisert, som en medlemservice, på [www.psykologtidsskriftet.no/stillingsannonser](http://www.psykologtidsskriftet.no/stillingsannonser)*

Nr	Materiellfrist	Utgivelse
08	18.07	01.08
09	17.08	03.09
10	17.09	01.10

### ANNONSEFORMATER

1/1 side	1/2 side	1/4 side
Stående	Stående	Liggende
170x234	82,5x234	170x115
		Stående
		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](mailto:tidsskrift@psykologtidsskriftet.no) eller tlf. 23 10 31 33.



## Valgfritt program i psykologfaglig arbeid med barn og unges omsorgsbetingelser

*Det valgfrie programmet i psykologfaglig arbeid med barn og unges omsorgsbetingelser skal gi deltageren økt kompetanse i psykologisk arbeid med barn og unge med utfordrende omsorgsbetingelser. Deltagerne vil få økt kjennskap til lovverk, forvaltning og hvordan barnevernet er organisert på statlig og kommunalt nivå.*

### Målgruppe

Psykologer som arbeider i en kontekst hvor barn og unges omsorgsbetingelser er et sentralt arbeidsområde. Psykologer som har fullført obligatorisk program til spesialiteten i barne- og ungdomspsykologi, voksenpsykologi, familiepsykologi eller samfunns- og allmennpsykologi.

Psykologspesialister kan søke opptak til kursene som vedlikeholdsaktivitet. Da stilles det ikke krav til praksis og veiledning.

### Målsetting

Å gi deltagerne økt kunnskap om forvaltning av relevant lovverk og psykologisk kunnskap i en barnevernfaglig sammenheng, i tillegg til å øke kompetansen om barnevernsundersøkelser, vurderinger og tiltak. Arbeidet med barns omsorgsbetingelser retter seg både mot barnet/ ungdommen, omsorgsgivere, systemet rundt og forvaltningen på ulike nivåer.

### Kurssamlingene

Fire samlinger med to dager per samling.

### Kursleder

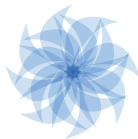
Bernadette Christensen er fagdirektør for avdeling ungdom på Nasjonalt utviklingssenter for barn og unge- NUBU. Hun har hatt ansvaret for implementeringen av metoder for behandling av familier og ungdommer med alvorlige atferdsproblemer, vold i nære relasjoner og for behandling av familier der det forekommer vold og omsorgssvikt. Hun er spesialist i klinisk psykologi og har i mange år undervist på Psykologisk Institutt ved Universitetet i Oslo.

Sted/dato: Oslo, 15.-16. november 2018

Påmeldingsfrist: 11. oktober 2018

Medlemspris: kr 6 800

Kursnr.: 191-18



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



## Psyk meg opp i ledelse!

*Norsk psykologforening viderefører tilbudet til psykologer med lederansvar innenfor helseforetakene. Vi inviterer nå til kull 13 med første samling 20. og 21. september 2018.*

Det er og vil være et stort behov for gode ledere innenfor psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Vi trenger ledere som behersker verdibasert endringsledelse og som har god kunnskap om den virkelighet tjenesten skal være en del av. Dette omfatter selvinnsikt som leder, en forståelse av økende krav til kunnskapsbasert praksis, av behovet for oppfølgingen av myndighetskrav, innsikt i økt brukermedvirkning, samt krav til samhandling mellom tjenestenivåene.

Kurset vil ledes av rådgiver Einar Li, tidligere fagsjef for lederutvikling i Helse Sør-Øst RHF, og psykologfaglig rådgiver/psykologspesialist Tove Mathiesen, Akershus universitetssykehus HF. Det blir invitert inspirerende forelesere fra helseforetakene i hele landet. I tillegg til forelesninger blir det anledning til å trene på å ta tak i utfordringer i deltakernes egen lederhverdag. Kurset er arbeidsintensivt og forutsetter at deltakerne er til stede hele tiden på alle tre samlinger og overnatter på kurshotellet. Det blir gitt enkle hjemmeoppgaver i periodene mellom samlingene.

Kurset består av tre samlinger på Quality Hotel Leangkollen i Asker.

**20. og 21. september 2018**

**22. og 23. november 2018**

**17. og 18. januar 2019**

Kurset er et tilbud til psykologer i alle fire helseregioner med lederansvar på ulike nivåer. Det vil også være aktuelt for psykologer med noe ledererfaring som ønsker å vurdere en videre lederkarriere i helseforetakene. Deltakere med økonomi- og personalansvar vil bli prioritert.

Deltakerne betaler selv reise og opphold. Psykologforeningen har holdt av rom på hotellet for en natt på hver samling. Mer informasjon kommer til de som får plass på dette kullet.

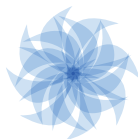
Vil du vite mer; se Psykologtidsskriftet januar 2008 s. 74, februar 2008 s. 198 og mai 2008 s. 608.

### **Spørsmål om kurset kan rettes til:**

Tove Mathiesen, tlf. 922 50 986, e-post [tove.mathiesen@ahus.no](mailto:tove.mathiesen@ahus.no)

Einar Li, tlf. 916 37 495, e-post [li.ledelse@gmail.com](mailto:li.ledelse@gmail.com)

**Søknad om deltakelse**, som må være anbefalt av overordnet, **sendes innen 10. august 2018** til Tove Mathiesen på e-post [tove.mathiesen@ahus.no](mailto:tove.mathiesen@ahus.no)



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

**- Trygghet når du trenger det mest**

Sørlandet sykehus er Agders største kompetansebedrift, med over 7000 ansatte fordelt på ulike lokasjoner. Vi har ansvar for spesialisthelsetjenester innen fysisk og psykisk helse og avhengighetsbehandling. I tillegg utdanner vi helsepersonell, forsker og underviser pasienter og pårørende. Les mer om oss på [www.sshf.no](http://www.sshf.no)

**Flekkefjord****Psykologspesialist/psykolog/ behandler - DPS Lister, poliklinikk****Vi har ved poliklinikken i Flekkefjord ledig følgende stillinger**

- 100 % st. fast som psykologspesialist/psykolog
- 100 % st. 1 års vikariat som psykolog/ behandler

Begge stillingene er ledig for snarlig tiltredelse. Oppgi i søknaden hvilken stilling det søkes på.

Opplysninger: Enhetsleder Eli Lende Lindeland, tlf. 38 32 73 70

**Søknadsfrist: 22. juli 2018**

Søknad og CV registreres elektronisk i vårt søknadsprogram. Informasjon og fullstendig utlysning finnes på [www.sshf.no](http://www.sshf.no) under Jobb hos oss.

Ønsker ikke kontakt med rekrutteringsbyrå/annonselegere.

frantz.no

**- Trygghet når du trenger det mest**

Sørlandet sykehus er Agders største kompetansebedrift, med over 7000 ansatte fordelt på ulike lokasjoner. Vi har ansvar for spesialisthelsetjenester innen fysisk og psykisk helse og avhengighetsbehandling. I tillegg utdanner vi helsepersonell, forsker og underviser pasienter og pårørende. Les mer om oss på [www.sshf.no](http://www.sshf.no)

**Kristiansand****Psykologspesialist - DPS Strømme, Akuttambulanseteam**

DPS Strømme er en egen avdeling i Sørlandet sykehus HF, Klinikk for Psykiatri og Avhengighetsbehandling.

Akuttambulanseteam er en egen enhet under DPS Strømme. Det er tverrfaglig og består av psykologspesialist/psykologer, psykiater og psykiatrisk sykepleiere.

Vi har ledig 100 % st. vikariat fom. 01.09.2018 tom. 31.08.2019

Opplysninger: Enhetsleder Linda Esperaas, tlf. 38 12 53 93 eller konsulent adm. Rannveig Finsådal, tlf. 38 12 53 93

**Søknadsfrist: 5. august 2018**

Søknad og CV registreres elektronisk i vårt søknadsprogram. Informasjon og fullstendig utlysning finnes på [www.sshf.no](http://www.sshf.no) under Jobb hos oss.

Ønsker ikke kontakt med rekrutteringsbyrå/annonselegere.

frantz.no

**- Trygghet når du trenger det mest**

Sørlandet sykehus er Agders største kompetansebedrift, med over 7000 ansatte fordelt på ulike lokasjoner. Vi har ansvar for spesialisthelsetjenester innen fysisk og psykisk helse og avhengighetsbehandling. I tillegg utdanner vi helsepersonell, forsker og underviser pasienter og pårørende. Les mer om oss på [www.sshf.no](http://www.sshf.no)

**Kvinesdal****Psykologspesialist/psykolog - DPS Lister**

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

Det er ledig 100 % st. fast i vårt Ambulante Akutt Team og 100 % st. fast i døgnposten som psykologspesialist/psykolog med påbegynt spesialisering eller psykolog som er villig til å spesialisere seg. Tiltredelse etter avtale.

Opplysninger: Enhetsleder Brit Randi Skoglund, tlf. 916 86 099

**Søknadsfrist: 1. august 2018**

Søknad og CV registreres elektronisk i vårt søknadsprogram. Informasjon og fullstendig utlysning finnes på [www.sshf.no](http://www.sshf.no) under Jobb hos oss.

Ønsker ikke kontakt med rekrutteringsbyrå/annonselegere.

frantz.no

**- Trygghet når du trenger det mest**

Sørlandet sykehus er Agders største kompetansebedrift, med over 7000 ansatte fordelt på ulike lokasjoner. Vi har ansvar for spesialisthelsetjenester innen fysisk og psykisk helse og avhengighetsbehandling. I tillegg utdanner vi helsepersonell, forsker og underviser pasienter og pårørende. Les mer om oss på [www.sshf.no](http://www.sshf.no)

**Kristiansand****Psykologspesialist/psykolog - DPS Solvang, FACT-team**

Vi har ledig svangerskapsvikariat 100 % stilling for psykologspesialist/psykolog i FACT - teamet, med tiltredelse høsten 2018.

FACT-teamet er et aktivt oppsøkende behandlingsteam basert på en behandlingsmodell for personer med psykoselidelser.

Opplysninger: Avdelingssjef Per Egeland, tlf. 905 74 999, enhetsleder Marianne Rønberg, tlf. 38 17 48 22 eller teamleder Stine Helene Sunde, tlf. 468 58 284

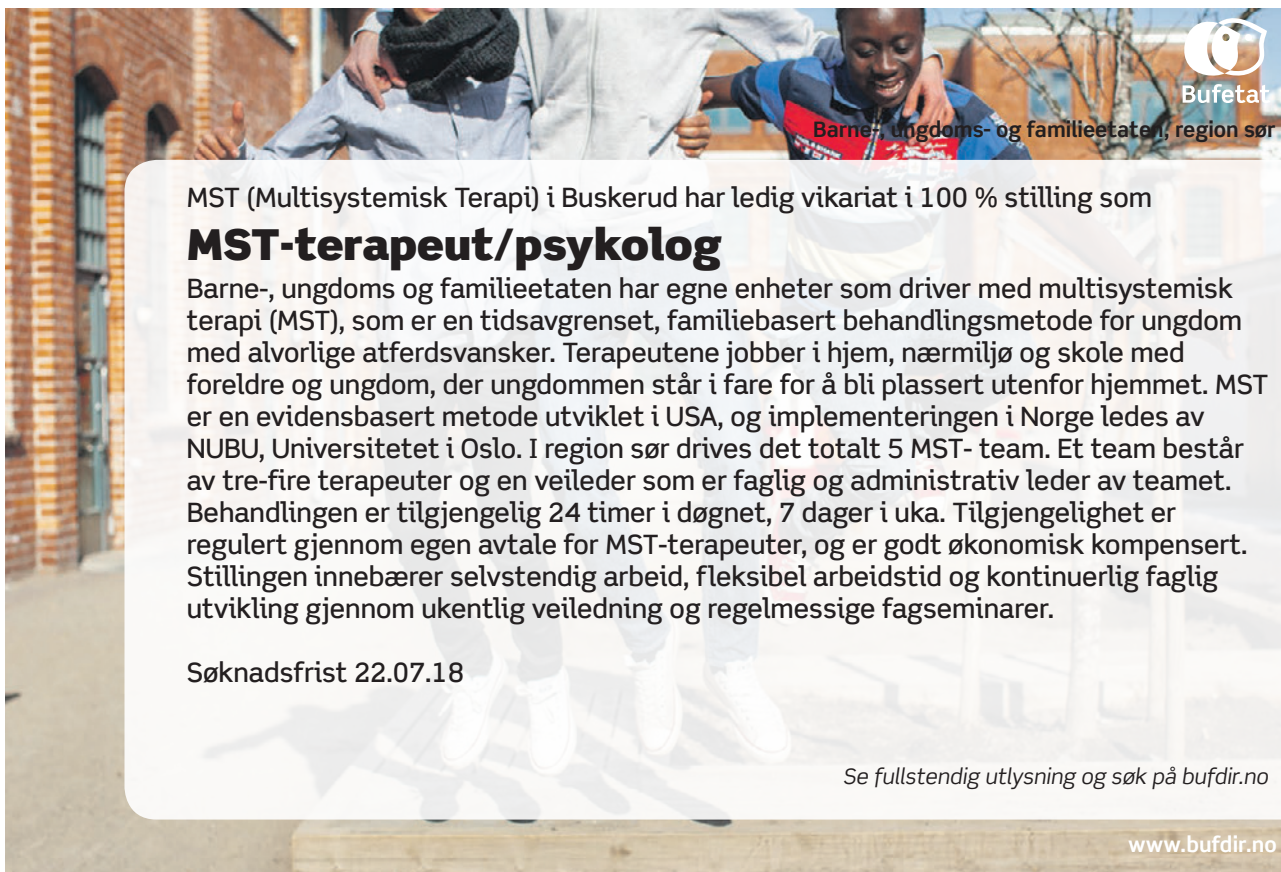
**Søknadsfrist: 10. august 2018**

Søknad og CV registreres elektronisk i vårt søknadsprogram. Informasjon og fullstendig utlysning finnes på [www.sshf.no](http://www.sshf.no) under Jobb hos oss.

Ønsker ikke kontakt med rekrutteringsbyrå/annonselegere.

frantz.no





MST (Multisystemisk Terapi) i Buskerud har ledig vikariat i 100 % stilling som

## MST-terapeut/psykolog

Barne-, ungdoms og familieetaten har egne enheter som driver med multisystemisk terapi (MST), som er en tidsavgrenset, familiebasert behandlingsmetode for ungdom med alvorlige atferdsvansker. Terapeutene jobber i hjem, nærmiljø og skole med foreldre og ungdom, der ungdommen står i fare for å bli plassert utenfor hjemmet. MST er en evidensbasert metode utviklet i USA, og implementeringen i Norge ledes av NUBU, Universitetet i Oslo. I region sør drives det totalt 5 MST- team. Et team består av tre-fire terapeuter og en veileder som er faglig og administrativ leder av teamet. Behandlingen er tilgjengelig 24 timer i døgnet, 7 dager i uka. Tilgjengelighet er regulert gjennom egen avtale for MST-terapeuter, og er godt økonomisk kompensert. Stillingen innebærer selvstendig arbeid, fleksibel arbeidstid og kontinuerlig faglig utvikling gjennom ukentlig veiledning og regelmessige fagseminarer.

Søknadsfrist 22.07.18

Se fullstendig utlysning og søk på [bufdir.no](http://bufdir.no)

[www.bufdir.no](http://www.bufdir.no)

### - Trygghet når du trenger det mest

Sørlandet sykehus er Agders største kompetansebedrift, med over 7000 ansatte fordelt på ulike lokasjoner. Vi har ansvar for spesialisthelsetjenester innen fysisk og psykisk helse og avhengighetsbehandling. I tillegg utdanner vi helsepersonell, forsker og underviser pasienter og pårørende. Les mer om oss på [www.sshf.no](http://www.sshf.no)

#### Arendal

### Psykologspesialist - DPS Aust-Agder, Døgnet

DPS Aust-Agder er en del av Klinikk for psykisk helse ved Sørlandet sykehus.

Døgnetenheten tilbyr utredning og/ eller behandling av et bredt spekter av psykiske lidelser. Vi tilstreber et høyt faglig nivå og et bredspektret, individualisert utrednings- og behandlingstilbud. Enheten har erfarent miljøpersonale, mange har relevant videreutdanning

Døgnetenheten har nå ledig 1 x 100 % fast stilling for psykologspesialist.

Opplysninger: Enhetsleder Hilde Thomassen, tlf. 909 67 092

**Søknadsfrist: 22. juli 2018**

Søknad og CV registreres elektronisk i vårt søknadsprogram. Informasjon og fullstendig utlysning finnes på [www.sshf.no](http://www.sshf.no) under Jobb hos oss.

Ønsker ikke kontakt med rekrutteringsbyrå/annonseeslgere.

frantz.no

### - Trygghet når du trenger det mest

Sørlandet sykehus er Agders største kompetansebedrift, med over 7000 ansatte fordelt på ulike lokasjoner. Vi har ansvar for spesialisthelsetjenester innen fysisk og psykisk helse og avhengighetsbehandling. I tillegg utdanner vi helsepersonell, forsker og underviser pasienter og pårørende. Les mer om oss på [www.sshf.no](http://www.sshf.no)

#### Farsund

### Psykologspesialist/psykolog/ høgskoleutdannet - DPS Lister, poliklinikk

Vi har ved poliklinikken i Farsund ledig følgende stillinger

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

Oppgi i søknaden hvilken stilling det søkes på.

Opplysninger: Enhetsleder Magne Vegge, tlf. 930 47 891

**Søknadsfrist: 1. august 2018**

Søknad og CV registreres elektronisk i vårt søknadsprogram. Informasjon og fullstendig utlysning finnes på [www.sshf.no](http://www.sshf.no) under Jobb hos oss.

Ønsker ikke kontakt med rekrutteringsbyrå/annonseeslgere.

frantz.no

## 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

##### Arnhild Lauveng

post@arnhildlauveng.com  
913 17 162

##### Else-Marie Molund

else-marie.molund@  
psykologene.no  
481 33 860

#### Studentrepresentanter

##### Marte Sandbugt Pettersen

marte.sa.pettersen@  
gmail.com  
469 51 450

##### Sebastian Gulbrandsen

sebastian.gulbrandsen@  
gmail.com  
926 93 702

#### 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 Søderholm

irisanette@gmail.com  
909 34 857

#### Oppland

##### Iver Sørli Røhr

iversr@gmail.com  
916 35 382

#### Oslo

##### Inger Marie Andreassen

ingermarieandreassen@  
hotmail.com  
992 33 966

#### Rogaland

##### Elise Constance Fodstad

ecgr@sus.no  
930 07 971

#### Sogn og Fjordane

##### 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 Høy 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@helsebergen.no, tlf. 990 27 309

**GODKJENNINGS-UTVALGET**

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

**ANKEUTVALGET FOR SPESIALISTSAKER**

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

**FAGUTVALG FOR RETTSPSYKOLOGI OG SAKKYNDIGHET**

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

**STUDENTPOLITISK UTVALG**

**Marte Sandbugt Pettersen**, NTNU, leder, e-post marte.sa.pettersen@gmail.com, tlf. 469 51 450

**FORSKNINGSPOLITISK UTVALG**

**Roger Hagen**, leder, e-post roger.hagen@svt.ntnu.no, tlf. 481 09 789

**MENNESKERETTIGHETSUTVALGET**

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

**TESTPOLITISK UTVALG**

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

**YNGRE PSYKOLOGERS UTVALG**

**Jørgen Edvin Westgren**, leder, e-post joergen.westgren@gmail.com, tlf. 911 16 616

**VALGKOMITEEN I NORSK PSYKOLOGFORENING**

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

**SEKRETARIATET**

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

**Administrasjonsavdeling**

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

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

**Forhandlingsavdeling**

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

**Fagpolitisk avdeling**

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

**Utdanningsavdeling**

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

**NORSK PSYKOLOGFORENING**

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

For mer informasjon, se [www.psykologforeningen.no](http://www.psykologforeningen.no)

## TIDSSKRIFT FOR NORSK PSYKOLOGFORENING

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

### FAGLIGE MED-ARBEIDERE I PSYKOLOG-TIDSSKRIFTET

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

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

**Øyvind Kvello**, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet  
**Kim Larsen**, Sykehuset Østfold  
**Arild Lian**, Bredtvet kompetansesenter  
**Gro Therese Lie**, Universitetet i Bergen  
**Astri J. Lundervold**, Universitetet i Bergen  
**June Ullevoldsæter Lystad**, Oslo Universitetssykehus  
**Svein Magnussen**, Universitetet i Oslo  
**Øyvind Lund Martinsen**, Handelshøyskolen BI  
**Willy-Tore Mørch**, Universitetet i Tromsø  
**Simon-Peter Neumer**, RBUP Øst og Sør, Oslo  
**Geir Høstmark Nielsen**, Universitetet i Bergen  
**Hans Nordahl**, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet  
**Inger Hilde Nordhus**, Universitetet i Bergen  
**Terje Ogden**, Nasjonalt utviklingssenter 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](mailto:bjornar@psykologtidsskriftet.no). Filnavnet skal inkludere navn på førsteforfatter. Bare ferdigstilte tekster blir vurdert. Ved oversendelse må manus være i overensstemmelse med retningslinjer og lengdekrav ([psykologtidsskriftet.no](http://psykologtidsskriftet.no), se: *Skriv for oss*). «Faglig bidrag» oppgis som e-postens tittel. E-postens hoveddel skal inneholde navn på artikkel og forfattere, sammendrag på inntil 130 ord, og det totale antall tegn i bidraget (inkl. mellomrom). Det bør komme fram om artikkelen passer som f.eks. fagbulletin (maks 12 000 tegn), fagartikkel (18 000–28 000 tegn), fagessay (maks 20 000 tegn), «fra praksis»-bidrag (maks 15 000 tegn), eller «faglig innspill» (7 000–15 000 tegn). Avklar også om artikkelen bygger på en student- eller spesialistoppagave.

**Abonnement:** Tidsskriftet utkommer den første i hver måned. Medlemskap i Norsk psykologforening inkluderer abonnement. For ikke-medlemmer er abonnementsprisen for privatabonnement kr 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](mailto:tidsskrift@psykologtidsskriftet.no) eller [www.psykologtidsskriftet.no](http://www.psykologtidsskriftet.no), se: *For annonsører* for informasjon om annonsering.

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

