

TIDSSKRIFT FOR NORSK PSYKOLOGFORENING

PSY KOL OGI

Vol.56 nr.05 2019

**Koden for å
få unge i jobb**

Meninger

**SKJERM-
AVHENGIGHET
OG SKOLE-
VEGRING**

Fra praksis

Per Are Løkke:

**Ungdommens
hybris**

Fagessay

ISSN 0332-6470

TIDSAM 2008-05



RETURUKE 24 185 NOK

PSY KOL OGI

Vol. 56 **nr. 5** 2019

Sjefredaktør Bjørnar Olsen, bjornar@psykologtidsskriftet.no, tlf. 474 01 165
Fagredaktører Kjersti Solhaug Gulliksen, kjersti@psykologtidsskriftet.no,
tlf. 911 78 096 og Ida Holth, ida.holth@psykologtidsskriftet.no, tlf. 930 23 429

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

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

Redaksjonen redaksjonen@psykologtidsskriftet.no

Debatt meninger@psykologtidsskriftet.no

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

Markedskonsulent Winnie Engevold

Sentralbord 23 10 31 30

Redaksjonsråd Joar Halvorsen, Nidaros DPS

Ivar Iversen, Agenda

Åshild Skogerbø, Stavanger universitetssykehus
Astrid Weber, Psykisk helse- og rusklinikken, Tromsø

Denne utgaven ble godkjent til trykk 24. april 2019

Omslagsillustrasjon Åge Peterson

Form Bøk Oslo AS

Trykk 07 Gruppen AS

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

© Tidsskrift for Norsk psykologforening

Folkehelse: Den nye oljen

«**GODE LIV I EIT TRYGT SAMFUNN**» er tittelen på folkehelsemeldingen eldre- og folkehelseminister Åse Michaelsen la frem 5. april. Ambisjonen om å skape et trygt samfunn og fremme helsevennlige valg er knapt mulig å si seg uenig i.

I det hele tatt: Man blir fort mett på antall gode intensjoner som har funnet veien inn i meldingen. En grunn til dette er at meldingen har blitt til gjennom et tverrdepartementalt arbeid og innspill i møter med privat, ideell og frivillig sektor. Folkehelsearbeidet skjer altså i alle departementene, og skjer på tvers av en rekke sektorer. Når alle skal med og alle skal bidra, blir alt nevnt. Uten at det kjennes spesielt forpliktende ut.

At Folkehelsemeldinga ikke oppleves som et forpliktende handlingsdokument, skyldes også at den ikke er en selvstendig tekst, men hviler tungt på andre stortingsmeldinger, strategier og planer (et eget vedlegg ramser opp de 55 mest relevante av disse). Dette er allerede vedtatt politikk som skal følges opp i det ordinære budsjettarbeidet. Men når det konkrete arbeidet slik spres utover en rekke budsjettposter i en mengde forskjellige departementer, blir det vanskelig å følge med på regjeringens overordnede folkehelsepolitikk.

Ikke bare peker meldingen til et vell av eksisterende tekster, den viser også til en rekke kommende strategier, handlingsplaner og meldinger. Det gjør at Folkehelsemeldinga mest av alt fremstår som et nettverk av andre tekster. Men uten at det i selve meldingen fremgår hva regjeringen egentlig har prioritert, utover overordnede ønsker som deles av befolkningen som et hele: bedre luftkvalitet, mindre støy, god alderdom, trygg oppvekst, inkluderende arbeidsliv og helsefremmende nærmiljø.

Det mest konkret nye i folkehelsearbeidet er kanskje at regjeringen alt på første side ønsker forsterket innsats på tre områder: Tidlig innsats for barn og unge. Mindre sosial ulikhet i helse. Forebygging av ensomhet. De to første punktene inngår allerede i Psykologforeningens satsningsområder, mens ensomhet alt er tema i mang en klinisk samtale. Slik sett viderefører regjeringen sin intensjon fra forrige folkehelsemelding om å gjøre psykisk helse til en likeverdig del av folkehelsearbeidet.

Viktigheten av folkehelsearbeid, ikke minst den forebyggende delen, begrunnes gjerne i de kostnadene vår uhelse og våre dårlige levevaner skaper. Så også her. Sykdom og ulykker summeres til 1860 milliarder kroner, mens vi ville spart 154 milliarder hvis vi hadde fulgt de offisielle kostholdsrådene. Ikke bare kroppen koster: 290 milliarder kroner er hva psykiske lidelser koster Norge i året, forteller Arne Holte til Folkehelsemagasinet 20. oktober i fjor. Selv om deler av disse tallene er overlappende, er sluttsummen av en størrelse som tilsvarer nær to tredjedeler av Norges brutto nasjonalprodukt.

Den nye oljen er å være frisk. Så det er ikke rart at staten ønsker å sikre seg denne gevinsten. Men de virker lite villig til å ta utbyggingskostnaden for nye helsefelt. For selv om dette folkehelsearbeidet skal skje i kommunene, skal innsatsen for å bedre borgernes helse skje innenfor eksisterende økonomiske rammer, og kommunene forbeholdes retten til å utsette et tiltak inntil det er dekning i budsjettet. Det gir regjeringen en god politisk ryggdekning uansett hva som skjer og ikke skjer de kommende årene. For selv om lite blir gjort, vil mengden av gode intensjoner i Folkehelsemeldinga åpne for så mange mulige tiltak at man alltid kan peke på at *noe* er gjort. ✕



Bjørnar Olsen

Sjefredaktør

bjornar@

psykologtidsskriftet.no



Når alle skal med og alle skal bidra, blir alt nevnt. Uten at det kjennes spesielt forpliktende ut

315/334



ILLUSTRASJONSFOTO: EUNIVERSENINTJU

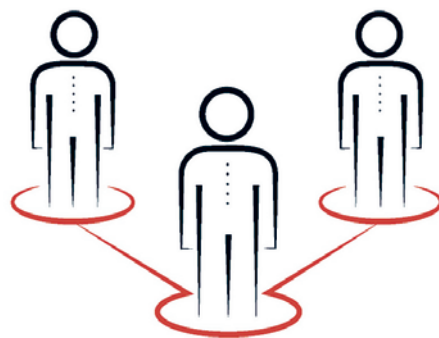
UNDER OBSERVASJON

Er veiledning best når
terapeuten blir observert?

*Aktuelt
Fra praksis*

322

ILLUSTRASJON: MR. RASHAD / SHUTTERSTOCK / NTB SCANPIX



KOGNITIV MILJØTERAPI

Et nytt måleinstrument kan hjelpe miljøterapeuter
med å utvikle ferdigheter og øke selvrefleksjonen.

Men det gjenstår å se om instrumentet, kalt
Selvevaluering - kognitiv miljøterapi, også
bidrar til at pasienter får mer utbytte av den
miljøterapeutiske behandlingen.

Vitenskapelig artikkel



SKJERMHEKT OG SKOLENEKT

«Det er kraften i spillene som skaper konflikter, og det er også denne kraften som hjelper ungdommen tilbake til skolen», skriver Gaute Godager.

Fra praksis

Innhold

- 305 **Folkehelse: Den nye oljen**
Leder | Bjørnar Olsen
- 308 **Ordfører søker forskere**
NÅ: Irene Lauvsnes | Øystein Helmikstøl
- 310 **«Våre behandlere opplever økt press»**
Aktuelt | Øystein Helmikstøl
- 314 **Det viktigste først**
Kommentar | Bjørnar Olsen
- 315 **Bak lukkede dører**
Aktuelt | Per Olav Solberg
- 320 **- Mangelfulle begrunnelser for tvangstiltak**
Aktuelt | Nina Strand
- 322 **Selvevaluering av ferdigheter i kognitiv miljøterapi - Praktisk egnethet og psykometrisk evaluering av et nytt instrument**
Vitenskapelig artikkel | Johansen, Gjervan & Aune
- 334 **Fra teknikk til improvisasjon**
Fra praksis | Jonas Sharma-Bakkevig
- 339 **Nyansene i tilbakemeldinger**
Oppsummert | Heidi Brattland
- 342 **Dataspill som problem - og løsning**
Fra praksis | Gaute Godager
- 351 **MENINGER**
Hovedinnlegg: NAV har løsningene | Ann-Elizabeth Wiig (s. 352), Klimapsykologi (s. 355), Kronisk utmattelsessyndrom (s. 356), Samhandling (s. 358)
- 361 **INNTRYKK**
Fagessay: Idealitetens sykdommer | Per Are Løkke (s. 362)
Bokanmeldelser: Hverdagsblikk på psykiske vansker (s. 370)
Refleksjoner fra modne menn (s. 372)
- 374 **Annonser**
- 378 **Stillingsannonser**



ETTERLYSER FORSKNING
Ordfører Irene Lauvsnes (H) i Strand kommune i Rogaland vil ha hjelp av forskere til å finne ut hvorfor kommunen strever på rus- og psykisk helsefeltet.

Ordfører søker forskere

Strand kommune i Rogaland har strevd lenge med rus og psykisk helse. Ordføreren vil samarbeide med forskere for å finne ut hvorfor – og hva de bør gjøre med det.

TEKST OG FOTO
Øystein Helmikstøl

– **Sjefredaktøren min beordret meg hjem til Strand. Hva vil du si om kommunen og psykisk helse?**

– Det er utfordrende for meg at psykisk helsefeltet er så uoversiktlig i kommunen. Det gjør at det er vanskelig å ta tak i problemene. Det er mange som jobber med psykisk helse, men det er så oppdelt, og jeg er usikker på hvor samkjørte de er.

– **Hva vil du gjøre med det?**

– Det er rådmannen som er ansvarlig for hvordan tjenestene organiseres. Og vi drøfter dette. Jeg ønsker at det må bli enklere for folk å finne fram til der de kan få hjelp. Vi må normalisere det å søke hjelp hvis du sliter psykisk. Og tjenestene må samarbeide bedre.

– **Kommunen sier selv at dere har en omfattende rusproblematikk. Hva gjør dere med det?**

– Vi erkjenner utfordringene på psykisk helse og rus. Vi har større utfordringer statistisk sett enn en gjennomsnittlig kommune. Det tar vi på alvor. Jeg vet at tidlig innsats virker, så derfor gjør vi noe med det. Vi har tradisjonelt brukt mye av ressursene på 10. klasse i forhold til 1. klasse. Vi har tidligere brukt mye spesialundervisning sent. Det har ført til et skifte: De siste årene har vi fokusert mer på tidlig innsats. Det vil vi se resultater av om ti år. Jeg håper vi får til et forskningsprosjekt på dette, for eksempel sammen med Universitetet i Stavanger. Da kunne vi funnet ut mer om hvorfor det er slik, og hvilke områder vi bør prioritere.

– **Rusforsker Sverre Nesvåg sammenligner Strand med de gamle industrikommunene i nærheten, Sauda og Odda.**

– Jeg som ordfører vil gjerne vite mer om dette også. Er det fordi vi bor nær storbyen Stavanger at vi har de utfordringene vi har? Følger det slektene? Når oppstår det? Jeg ønsker forskning om det. Jeg har ikke lyst til at politikere skal ta beslutninger basert på synsing, men på kunnskap. For to år siden utfordret jeg administrasjonen i kommunen til å ha et samarbeid med Universitetet i Stavanger for å hjelpe oss. Universitetet er hjertelig velkommen til å bruke Strand, om ikke akkurat til lekeplass, så i alle fall som en plass for mye forskning. Så får vi se hva det blir til.

– **Noen vil reformere pedagogisk-psykologisk tjeneste (PPT). Hva vil du?**

– Vi har fått med oss rapporten til Thomas Nordahl her inne, ja. Den er veldig interessant. Den sier at de som sitter på kompetansen, er for langt fra barnehagebarnet eller eleven. Vi må lytte til forskningen, og jeg som politiker vil utfordre rådmann og PPT på hvordan de innretter seg etter resultatene i denne forskningen.

– **Strand har fått 410 000 kroner fra Helsedirektoratet for å ansette kommunepsykolog. Hvorfor ville dere ha det?**

– Vi har lenge hatt lyst til å ha en psykolog i kommunen og er glad for at det åpnet seg en mulighet. Inntrykket jeg har, er at dette har vært positivt. I 2017 hadde Fylkesmannen tilsyn her og sa at vi måtte bli bedre til å samordne ressursene. Det vil blant annet si hjemmesykepleien, psykiaritjenesten, DPS, Familiens hus, oppvekstkoordinator, ROP-team og sykepleier. Det har kommunalsjef for helse jobbet en del med. Vi ser at vi må innrette oss mer mot brukerens behov. Jeg mener at det er et mangfold av yrkesgrupper som kan være til hjelp for dem med psykiske lidelser, selv om det er psykologene som har spisskompetansen.

– **Kommunepsykologen i Strand jobber 70 prosent klinisk og 30 prosent system. Dette er bevisst fra deres side?**

– Ja, vi tenkte at fagpersonen i stor grad måtte være i kontakt med dem som trenger det. Sånn tenker jeg for PPT også. De med mest kompetanse må være de som er mest i kontakt med barnehagebarnet eller eleven.

Hvorfor NÅ?

- Frem mot kommunevalget i høst retter Psykologtidsskriftet søkelys på psykisk helsefeltet i et utvalg kommuner. Journalistene i tidsskriftet drar til sin hjemkommune og rapporterer derfra.
- Høyreordfører Irene Lauvsnes (51) er første kvinnelige ordfører i Strand i Rogaland.
- Strand har en omfattende rusproblematikk, ifølge kommunen selv.

Strand er hjemkommunen til Psykologtidsskriftets journalist Øystein Helmikstøl. Journalisten har vært tilknyttet samme menighet som ordfører Irene Lauvsnes.

Jeg detaljstyrer jo ikke ansatte i kommunen, men jeg gir innspill til rådmannen på konkrete ting vi ønsker. Det vi har gitt innspill på, er tidlig innsats. Hvor de har plassert psykologen, har ikke politikerne blandet seg inn i. Men jeg liker det jeg hører om at psykologen skal være så nær brukeren som mulig. Samtidig trenger vi kompetansen fra en psykolog til å dele tanker og fagkunnskap med dem som jobber med mennesker. Da kan psykologen komme med anbefalinger til hvordan ting kan håndteres.

– **Si mer om budsjettet for rus og psykisk helse. Bevilger du penger nok?**

– Vi politikere ønsker jo at kommunen skal ha de ressursene som trengs for å dekke innbyggerens behov. I tillegg til at vi ansatte kommunepsykolog i 2016, har vi styrket helsesykepleiertjenesten med femti prosent de siste fire årene. Vi vil satse tyngre på forebygging og mindre på reparasjon. Vi har fått hjelp fra regjeringen når det gjelder dette. En del er statlige prosjektmidler. Vi har sett at det er store behov, men vi må hele tiden spørre om vi bruker ressursene riktig. Det er ikke alltid svaret er økte ressurser. Jeg tror vi kan hente mye på bedre samarbeid mellom tjenestene.

– **Hva vil partiet ditt Høyre satse på i kommunevalget i Strand?**

– Lokalt er vi på de samme tankene som de er på sentralt. Vi ønsker mye innsats tidlig. Det Høyre har gjort i regjering, og som vi har fullført lokalt, er å få psykologkompetanse i kommunen og få helsesøstertjenesten opp og gå. Vi har vist at vi har trodd på føringene fra Høyre sentralt. Det vil vi fortsette med. Vi har ikke diskutert hvordan PPT skal organiseres. Det skal vi diskutere nå i arbeidet med programmet, om hvorvidt vi skal ha sterke meninger om det.

PPT er et eget kontor, en egen avdeling. Vi bør kanskje diskutere om spesialistene skal være ansatt i skolen, eller om de skal stå på utsiden.

– **Hvilke signaler fra helseminister Bent Høie er sentrale for deg?**

– Det er viktig for oss å ha en lege som er her stabilt over tid. Fastlegeordningen må fungere bedre her. Den tjenesten er første vei inn, i alle fall for voksne. Det er en utfordring i hele Norge, det å få leger nok, også her i kommunen. ❌

«Våre behandlere opplever økt press»

BUP-leder i Stavanger beskriver nå «implementeringstretthet» blant klinikerne.

TEKST

Øystein Helmikstøl

- VÅRE BEHANDLERE opplever økt press ved på den ene siden å håndtere det vi kan kalle en vanlig poliklinikkhverdag i BUP, med nærmest konstant fulle timebøker av komplekse og krevende saker – kombinert med flere store strukturelle endringer fra nasjonalt helsepolitisk hold.

Dette forteller psykolog og klinikkleder Åshild Skogerbø til Psykologtidsskriftet. Hun leder Barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk (BUP) i bydelen Madla i Stavanger. BUP Madla tar også imot pasienter fra Strand kommune, som Psykologtidsskriftet omtalte i en reportasje i aprilutgaven. Der kom det fram at psykologer i Strand undret seg over BUPs rolle og kapasitet. De snakket om et hull i systemet.

– Driver ikke BUP med behandling lenger? spurte for eksempel privatpraktiserende psykolog Arvid Voster.

Skogerbø viser til at knappe 40 prosent av pasientene ved BUPs kontor på Jørpeland ikke fikk behandling ved BUP etter utredning. Dette handlet ikke om ressursmangel, men om sakskomplekset, ifølge klinikklederen.

«IMPLEMENTERINGSTRETTHET»

Et økt press på behandlerne i BUP handler om at BUP har fått krav fra Helse Vest om å redusere ventetiden til 35 dager, utdyper Skogerbø til Psykologtidsskriftet.

Tidligere i år stilte helseminister Bent Høie nye krav til reduserte ventetider innenfor psy-

kisk helsevern for barn og unge. De skal være under 40 dager, sa han i sin sykehustale.

Skogerbø ser utfordringer ved kravene ovenfra. – Kravene til reduserte ventetider kommer uten andre virkemidler enn det vi klarer å strukturere oss til selv i egen poliklinikk.

I tillegg kommer implementering av pakkeforløp, som klinikklederen beskriver som en helsereform som også involverer samhandlingsreformen.

– Vi har i vår klinikk taklet dette over en lengre periode ved å innføre basis utredningsløp for alle diagnoser, slik at dette allerede var satt i system da pakkeforløpene startet. Fra et lederperspektiv ser jeg at det begynner å bli en «implementeringstretthet» blant klinikerne, advarer Skogerbø.

Det har ifølge BUP-lederen ført til at en må være veldig bevisst på hvordan en ordlegger seg om «alt det nye som kommer fra våre helsemyndigheter».

– Vi må unngå å snakke for mye om produktionsforventninger, ventetider og frister – men legge dette til ledergruppen i så stor grad som mulig, forteller Skogerbø.

JEVN STIGNING

BUP Madla består av to avdelinger. En er lokalisert på Stavanger universitetssjukehus på Våland i Stavanger med totalt 19 ansatte, den andre avdelingen ligger på Jørpeland og har



FOTO: SUS

- Kravene til reduserte ventetider kommer uten andre virkemidler enn det vi klarer å strukturere oss til selv i egen poliklinikk

Åshild Skogerbø, leder BUP Madla i Stavanger.

tre ansatte, en psykologspesialist, en psykolog i spesialisering og en vernepleier.

BUP Madla har over tid hatt en jevn stigning i antall henviste saker fra både Strand kommune og Stavanger kommune. Fra 2016 til 2018 så man en økning på 20 prosent.

BUP Madla klarer ifølge Skogerbø å unngå fristbrudd. Men igjen:

- Våre behandlere opplever økt press for å sikre effektiv og bærekraftig pasientgjennomstrømning.

Antall avviste henvisninger har vært nokså stabilt de siste årene. I fjor ble 48 avvist fra Stavanger, 21 fra Strand.

Ved økt tilførsel av ressurser til tjenester i kommunen håper BUP-leder Skogerbø at de kan sikre forløp der pasienter får sin behandling på lavest effektive omsorgsnivå, etter det såkalte LEON-prinsippet, et administrativt prinsipp om at undersøkelse og behandling av pasienter skal foretas på det lavest mulige omsorgsnivå i helsetjenesten.

- Ved Leon-prinsippet kan BUP fokusere sin ressursinnsats på å levere tjenester for de som har moderate til alvorlige lidelser, mener Skogerbø.

FERDIGBEHANDLET

I reportasjen fra Strand kommune i aprilutgaven går det fram at BUP og kommunen ikke er enige om hva ferdigbehandlet betyr, og det får følger for hvilket tilbud som kan gis. Dette er et poeng som også Sturla Helland i Forum for psykologer i kommunen hører fra flere steder i landet, fortalte han i aprilutgaven.

Det varierer fra sak til sak hva som ifølge BUP er ferdigbehandlet, forklarer Åshild Skogerbø.

- For å sikre bærekraftige tjenester i spesialisthelsetjenesten må vi være bevisste på at vi behandler de barna og unge som har størst behov for behandling for sine psykiske lidelser. Videre må vi være med på å sikre gode pasientoverganger til andre deler av tjenesteapparatet når det er riktig.

PSYKISK HELSE I KOMMUNE-NORGE

Frem mot kommune- og fylkestingsvalget i høst retter Psykologtidsskriftet søkelys på psykisk helsefeltet i et utvalg kommuner. Journalistene i tidsskriftet drar til sin hjemkommune og rapporterer derfra.



I aprilutgaven dro journalist Øystein Helmikstøl til sin hjemkommune Strand i Rogaland. I reportasjen *Lokalpsykologene* møtte vi en PP-psykolog og en kommunepsykolog på jobb i Strand.



I marsutgaven dro Psykologtidsskriftet til Villa Walle i Bærum i Akershus, som er et samlingssted for mennesker med psykisk helseutfordringer og som står utenfor det ordinære arbeidslivet.





FOTO: JENS BJØRHEIM/STRANDBUEN

- Verken BUP eller kommunen er nå i stand til å fylle kravene i de nye pakkeforløpene

Lege Anne Mathilde Hanstad i Strand kommune

Der tenker BUP-lederen at god og tett dialog med ledelse og fagfolk i opptakskommunene er avgjørende.

- Det grunnleggende prinsippet i alt BUP-arbeid er at vi skal bidra til utviklingsfremmende prosesser hos barn og unge som får tilbud i BUP, i familien og i deres omgivelser, understreker Skogerbø.

KOMMUNESAMARBEID

Kommunene og spesialisthelsetjenesten må samarbeide, ikke minst etter innføringen av pakkeforløpene.

- Pakkeforløpene spesifiserer hvilket ansvar og hvilken rolle spesialisthelsetjenesten har i et helhetlig pasientforløp, understreker Skogerbø.

Spesialisthelsetjenesten har også fått mandat til å informere sine opptakskommuner om pakkeforløpene og hva denne reformen kan bety for hver enkelt kommunale instans. Målet er bedre og mer forutsigbare pasientforløp og hjelp til riktig tid på riktig nivå.

Derfor har poliklinikkleder Skogerbø hatt et møte med leder av PPT, leder av Familiens hus og en lege i Strand kommune.

Ifølge Skogerbø formidlet spesialisthelsetjenesten på dette møtet at de skal gi behandling til pasienter med moderat til alvorlige tilstander, mens førstelinjen har ansvar for pasienter med milde til moderate tilstander. Dette er i tråd med Helsedirektoratets prinsipper.

- De kommunale representantene fremhevet at samarbeidet mellom de forskjellige kommunale instansene var utfordrende, og at dette var noe kommunen ønsket å jobbe videre med, opplyser Skogerbø.

Psykologtidsskriftet har snakket med flere som var på dette møtet. Også samarbeidet med BUP var et tema, ifølge virksomhetsleder Kristin Strand Fossdal på Familiens hus.

– Samarbeidet mellom kommunen og BUP har forbedringspotensial, sier Fossdal. Hun understreker også at det er en fordel om BUP har kunnskap om hvilke ressurser kommunen har til rådighet, når BUP skriver om tiltak som må settes inn overfor en pasient.

- PAKKEFORLØPENE UMULIG NÅ

Også medisinskfaglig rådgivende lege Anne Mathilde Hanstad var på møtet med BUP. Ifølge Hanstad stemmer det ikke at det er dårlig samarbeid i kommunen.

– Problemstillingen er at BUP har lite ressurser. Det har kommunene også. Det er utfordrende å få på plass faglig kvalifisert personell, skriver Hanstad i en sms til Psykologtidsskriftet.

Hun viser til fastlegeordningen. Her «sli-ter Strand veldig», skriver Hanstad, og viser til det hun omtaler som nasjonal krise.

– Det er mange «siloer» med ulike oppgaver innen helsetjenesten. Det er en ressurskrevende oppgave å både være orientert om hvem som gjør hva, og ikke minst å finne et felles møtested, mener Hanstad.

Om samarbeidet med BUP, skriver hun dette:

– Samhandlingen med BUP kan bli mye bedre. Da handler det om ventetider, veiledning, felles faglige arenaer og det faktum at verken BUP eller kommunen nå er i stand til å fylle kravene i de nye pakkeforløpene, slik jeg ser det.

PÅ TVERS

Helse Fonna har utviklet et samhandlingsforløp på tvers av kommunene og spesialisthelsetjenesten. Det kommer ifølge Skogerbø etter en samskapingsprosess mellom spesialisthelsetjenesten, brukere og kommunale instanser.

– Vi ønsker å gjennomføre dette i hele Helse Stavangers opptaksområde. Strand kommune har fortalt oss at de ønsker å være med, og det gleder vi oss til, forteller Skogerbø. ✘

Åshild Skogerbø er med i redaksjonsrådet for Tidsskrift for Norsk psykologforening, der Øystein Helmikstøl er ansatt som journalist.

Psykisk helsevern for barn og unge

- I underkant av 57 000 pasienter ble behandlet i psykisk helsevern i 2018, dette tilsvarer 5 prosent av befolkningen under 18 år.
- Nasjonalt var det en nedgang på 1 prosent sammenlignet med året før.
- 53 prosent av pasientene i BUP i 2018 var gutter. Kjønnfordelingen er stabil over tid.
- Poliklinisk omsorg er det mest vanlige behandlingstilbudet, og omfatter 95 prosent av pasientene.
- En stor andel av guttene henvises i barneskolealder, og vanlig henvisningsgrunn er *Mistanke om hyperkinetisk forstyrrelse (ADHD)*. For jenter er hovedvekten av pasientene henvist i ungdomsskolealder med henvisningsgrunner *Mistanke om depresjon* eller *Mistanke om angstlidelse*.
- På landsbasis ble det rapportert 3 297 døgnopphold i 2018, det er 3 prosent mindre enn året før.
- I fjor gikk antall polikliniske møter i BUP ned 10,2 prosent.

Kilde: Helsedirektoratets rapport IS-2820: Aktivitetsdata for psykisk helsevern for barn og unge 2018 Norsk pasientregister

Det viktigste først

Kommunepolitikerens mest lønnsomme grep: Bygg psykiske helse lokalt.



BJØRNAR OLSEN,

sjefredaktør

Psykologtidsskriftet

PSYKISK HELSEFELTET I kommunen er så uoversiktlig at hun finner det vanskelig å ta tak i problemene, forteller ordfører Irene Lauvsnes (H) i Strand kommune i Rogaland (se side 308). «Uoversiktlig» er også ordet psykolog Cathrine Hunstad-Ulriksen bruker for å beskrive kommunens psykisk helsearbeid i siste utgave av *Psykologi i kommunen*. Bodøs kommunepsykolog og Strands ordfører virker skjønt enige om at det er vanskelig å danne seg et bilde av hvordan samarbeidet i et oppstykket felt faktisk fungerer.

Situasjonen er ikke ny. I en årrekke har offentlige utredninger fortalt om manglende samordning i kommunen, og da Psykologtidsskriftet før forrige kommunevalg ønsket å se på kommunenes arbeid med psykisk helse, var det vanskelig å finne noen vei inn: Bare det å finne ut hvem som hadde ansvaret for de unges psykiske helse i kommunen viste seg vanskelig. Det var visst både mange og ingen å kontakte.

Heller ikke befolkningen finner veien inn til tjenestene. 40 prosent av befolkningen svarer «vet ikke» når de blir spurt om å vurdere tilgjengeligheten til psykisk helsetjenester i sin hjemkommune. Tallet er hentet fra Helsepolitisk barometer for 2019, som også forteller at nær hver fjerde innbygger vurderer tilgjengeligheten som dårlig. Kun hver sjettede borger vurderer den som god. Så får trøsten være at de under 30 år har større tro på at barn og unge som strever psykisk, vil få den nødvendige hjelpen i deres kommune. Rett nok er det fortsatt bare hver tredje borger som mener det. Men blant de over 30 er det kun hver sjettede.

Når innbyggerne ikke vet om det finnes et kommunalt tilbud, vet de heller ikke hvor de skal gå når de trenger hjelp. Psykologforeningens slagord «En dør inn» handler nettopp

om å fortelle borgerne hvor man kan gå. Hver gang. Utsagnet bør kanskje suppleres med slagordet «En dør ut», slik at fagkompetansen når ut i kommunen, og fagfolkene når frem til innbyggerne. Ut til små og store borgere. Til mer eller mindre funksjonelle borgere. Til mer eller mindre gode liv.

Med Samhandlingsreformen fikk kommunene et større ansvar for innbyggernes helse, også når det kommer til psykisk helse og rus. Men hvordan kan kommunene ta dette ansvaret når kunnskapsgrunnlaget mangler? «Jeg har ikke lyst til at politikere skal ta beslutninger basert på synsing, men på kunnskap», sier ordfører Lauvsnes. Realiteten er i stedet at samtidig som nasjonale myndigheter har vedtatt at langt flere helse- og omsorgstjenester skal leveres lokalt, mangler vi kunnskap om effekten av de samme kommunale tiltakene (se NOU 2018:16 «Det viktigste først»).

Samtidig er psykisk helse kommunenes største folkehelseutfordring. Det fortalte kommunene selv til Riksrevisjonen i 2014. Da kan ikke lokalpolitikere la være å handle til tross for manglende forskning. For trenger de å vite mer enn at psykiske lidelser og ruslidelser koster landet mer enn noen andre diagnosegrupper? Og at mange av de mest effektive tiltakene ikke finner sted i helsetjenesten, men i barnehager, på den lokale arbeidsplassen, i familien, på skolen, i vennekretsen der man bor?

Få kommunevalg vil avgjøres av lokalpolitiske visjoner om hvordan styrke kommunens psykiske helse. Det er synd. For det er der man bor, kostnadene bæres – både økonomisk og personlig. Men det er også der psykisk helse bygges. Det kan fort være det mest lønnsomme grepet kommunepolitikere gjør. Både når det kommer til kommuneøkonomi og innbyggernes livskvalitet. ✕

OBSERVERT Veiledning basert på direkte observasjon eller video er vanlig ved universitetene. Her fra internklinikken ved NTNU, Trondheim, hvor studenter og veiledere kan observere det som skjer i terapirommet bak en speilvegg. Illustrasjonsfoto: Elin Iversen/NTNU.



Bak lukkede dører

I Norge kan man bli psykologspesialist uten å ha sett seg selv på video med en pasient i behandling en eneste gang. Hvor god psykolog blir man da?

TEKST Per Olav Solberg



FOTO: LARS P. STORAKER



- Vi har for lenge vært vant til at terapier skal foregå i et lukket rom der ingen har innsyn, og der man 'slipper unna' med å føre et journalnotat fra timen

*Jonas Sharma-Bakkevig,
veileder og psykologspesialist*

I denne utgaven av Psykologtidsskriftet skriver psykologspesialist Jonas Sharma-Bakkevig en artikkel om hva han tenker er god veiledningspraksis (se side 334). Sharma-Bakkevig begynte å ta seg selv opp på video med pasienter i 2009 og har siden 2013 veiledet andre med utgangspunkt i videoopptak med pasient og terapeut. Han er i dag psykologspesialist og veileder ved Norsk Institutt for ISTDP (Intensiv dynamisk korttidsterapi). I artikkelen slår han et slag for blant annet videoveiledning og mener det er vanskelig å snu når man først har fått smaken på denne veiledningsformen. I USA ble direkte observasjon eller lyd-/videoveiledning obligatorisk for veiledning i noen av utdanningsprogrammene for psykologer i 2017, ifølge nettsidene til APA (American Psychology Association).

- Da jeg først begynte med videoveiledning, var det umulig å se seg tilbake. Informasjonen som video avdekket, var så rik og informasjonsmettet sammenlignet med min egen hukommelse fra en terapisesjon. Jeg fikk et mye bedre læringsutbytte og fikk muligheten til å utvikle meg i takt med det jeg faktisk gjorde i timene, sier Sharma-Bakkevig.

Den norske veiledningsordningen i regi av Norsk psykologforening er omfattende, men de praktiske retningslinjene på Psykologforeningens nettsider om veiledningens *form* er temmelig generelle. I forbindelse med spesialistutdanningen trenger man til sammen 240 veiledningstimer fra minimum to veiledere for å bli godkjent psykologspesialist. Men det er ingen krav om å ta opp terapitimer på bånd, eller å filme en terapisesjon.

- Burde videoveiledning vært et krav fra Psykologforeningen, slik som hos amerikanske APA?

- Jeg tror ikke det bør bli et absolutt krav, men så vidt jeg vet, praktiserer alle instituttene som utdanner til spesialiteten i psykoterapi, enten lyd- eller videoopptak til veiledning. En del pasienter som har vansker med tillit, nærhet eller åpenhet kan motsette seg dette. Det må man selvsagt respektere, men det kan også være et tema for terapien. Mitt poeng er å løfte videoveiledning fram som noe jeg tror gir oss muligheten til å utvikle oss mer presist. Mange er vant til at terapier foregår i et lukket rom der det eneste «innsynet» er psykologens hukommelse og journalnotat fra timen. De fleste jeg har i veiledning, synes det er svært lærerikt å følge mikroprosesser på videoopptakene, selv om noen er skeptiske eller usikre i starten fordi det er uvant.

- Er det en fare for at video basert på veiledning blir for teknisk og «håndverksmessig»; at man blir for opptatt av detaljer og mister blikket for helheten?

- Jeg vil snu på det. Jeg tror veiledning tradisjonelt har vært for lite opptatt av teknikk og tørrtrening på selve håndverket. Uten et slikt fokus er det lett å skule til pasienten, den terapeutiske metoden eller terapeuten personlige egnethet for å forklare manglende effekt av terapiene. Dette kan være særlig utfordrende for yngre kollegaer. Ved å fokusere på teknikk kan man frigjøre seg noe fra sin stil og sitt fingeravtrykk i terapien, og etter hvert integrere dette i sin personlige stil. Ved å ta tak i det som faktisk skjer i terapirommet, og øve på å mestre det sammen med veileder, får man et konstruktivt fokus på trening av ferdigheter og et trygt utgangspunkt for å gjøre terapirommet til sitt eget, mener Sharma-Bakkevig.

HVA SIER FORSKNINGEN?

Det finnes ikke all verden med forskning som dokumenterer effekt eller manglende effekt av veiledning. Men noe vet vi. Sharma-Bakkevig peker på tre interessante funn fra veiledningsfeltet:

- De fleste psykologer holder tilbake negativ informasjon til veileder om veiledningene eller terapitimen de veiledes om (gjelder veiledning uten direkte observasjon som video eller lydopptak).
- De aller fleste psykologer tror veiledning vil øke effekten av terapiene deres.
- Det er få funn som tilsier at veiledning har betydelig effekt på terapiene.

Sharma-Bakkevig mener det er flere grunner til at forskning i liten grad har kunnet påvise at veiledning har en terapieffekt som matcher forventningene våre.

– Veiledning er for mange en lite strukturert prosess som tar utgangspunkt i hukommelse og selvsensur, og som i liten grad blir kritisk evaluert av veileder og terapeut. Det er befriende når de jeg veileder, tør å si: «Her står jeg fast, og jeg skjønner ikke hvorfor. Hva er det som skjer her, og hvordan kan jeg forstå og håndtere dette til neste gang?» De tør å stille krav til veiledningen og har et syn på veiledning som en lærings- og treningsarena, såkalt deliberate practice, sier han.

«Deliberate practice» er en læringsmodell der man setter seg konkrete ferdighetsmål i samarbeid med veileder, og bruker videoveiledning helt bevisst for å evaluere hvordan treningen går i det virkelige livet. Når man mestrer én ferdighet, går man videre til neste og trener på den. Og slik fortsetter det.

– Uten video hadde dette vært svært utfordrende å få til, slår Sharma-Bakkevig fast.

Per A. Straumsheim er spesialrådgiver i Norsk psykologforening, og han har jobbet med å kartlegge hvordan psykologveiledere jobber, og i hvilken grad de bruker direkte observasjon eller videoveiledning som verktøy når de har psykologer til veiledning.

– Vi gjennomførte en spørreundersøkelse i 2017, og der kom det fram at videoveiledning i liten grad brukes blant veiledere som veileder psykologer i spesialistutdanningsløpet, sier Straumsheim.

Psykologforeningen tilbyr et toårig kurs i veilederutdanning i tillegg til at de reiser rundt i landet og holder endagskurs for psykologer i det de kaller «kompetansebasert veiledning».

– Under disse kursene oppfordrer vi sterkt til å bruke videopptak av konsultasjoner i veiledning og/eller direkte observasjon. Uten direkte observasjon av en terapitime er man prisgitt det som psykologen, ut fra egen hukommelse og opplevelse, bringer inn til veiledningen. Her ligger det mange feilkilder. Ofte har ikke psykologen god nok oversikt over egen kompetanse, svake sider eller hvilke ferdigheter man trenger å utvikle. Har man et videopptak av en terapisesjon, får veileder fullstendig innsyn i det som skjer. Det gir et helt annet utgangspunkt for veiledning, sier Straumsheim.

FOTO: PER OLAV SOLBERG



– Videoveiledning brukes i liten grad blant veiledere som veileder psykologer i spesialistutdanningsløpet

*Per A. Straumsheim,
spesialrådgiver i Norsk psykologforening*

»

FOTO: UIU



– Det er ikke et bevisst standpunkt at vi ikke ønsker videoveiledning velkommen, eller at det ikke skal inngå som en obligatorisk del av spesialistutdanningen. Tvert imot

Per Einar Binder, leder i Fagutvalget for felleselementene i Norsk psykologforening

FOTO: NTNU



– Vi kunne ikke fått til god terapiopplæring eller adekvat kvalitetssikring uten at terapier observeres direkte og/eller filmes

Katrin Glatz Brubakk, klinikkleder ved psykologiske poliklinikker for barn og unge ved NTNU

– Finnes det forskning som dokumenterer at veiledning basert på direkte observasjon gir bedre terapiforløp, bedre behandling og friskere pasienter enn veiledning gitt på «gamlemåten»?

– Meg bekjent gjør det ikke det. Men det kommer nok først og fremst av at det er vanskelig å gjøre god forskning på dette fenomenet. Hva som er grunnen til at en enkeltpasient oppnår bedring eller ikke, er et resultat av svært mange ulike og komplekse faktorer. Det er vanskelig å lage et forskningsdesign der man får til å se isolert på videoveiledningens effekt på terapiforløp sammenlignet med andre typer veiledningsforløp og eventuell terapeutisk effekt av disse, sier Straumsheim.

PSYKOLOGFORENINGENS HOLDNING

Tilbake til Psykologforeningen: Hva er grunnen til at veiledning basert på direkte observasjon/video ikke er et tema i de utfyllende bestemmelsene for veiledning i spesialistutdanningen som ble vedtatt så sent som 1. januar 2019? Det er det såkalte Fagutvalget for felleselementene som har ansvaret for bestemmelser knyttet til veiledning i spesialistutdanningen. Leder i utvalget er professor Per Einar Binder, som til daglig holder til ved Psykologisk fakultet ved Universitetet i Bergen.

– Det er ikke et bevisst standpunkt at vi ikke ønsker videoveiledning velkommen, eller at det ikke skal inngå som en obligatorisk del av spesialistutdanningen. Tvert imot. Dette er noe vi ser på i utvalget, og som det nok vil bli fremmet en sak på etter hvert.

– Dere vil gå inn for obligatorisk videoveiledning i spesialistutdanningen?

– Jeg tenker at dette må vi få inn på et eller annet nivå. Forskjellige løsninger er aktuelle. For eksempel at en viss prosentandel av veiledningstimene er basert på terapisesjoner med video. Eller at et visst antall terapiforløp skal basere seg på direkte observasjon.

– Hvorfor ble ikke obligatorisk videoveiledning innført 1. januar da dere vedtok flere nye kriterier for veiledning?

– Vi har hatt mange temaer på agendaen de siste to årene, og det har ikke vært tid til å fremme en sak på dette ennå. Men det er absolutt et tema vi vil ta tak i framover. Som professor i klinisk psykologi vet jeg jo mye om verdien som ligger i veiledning basert på direkte observasjon. Forskningslitteraturen er tydelig på at denne veiledningsformen har mange fordeler, og på Psykologisk fakultet ved Universitetet i Bergen har det blitt brukt videoveiledning med studentene gjennom flere tiår allerede. Skikkethetsvurderinger er også langt enklere når man helt konkret kan se hva som utspiller seg i terapirommet, sier Binder.

UNIVERSITETENES METODE

Internklinikken ved alle de fire universitetene som utdanner psykologer, benytter veiledning basert på direkte observasjon/video når studentene skal lære seg å bli terapeuter. Samtlige klinikkleidere som Psykologtidsskriftet har vært i kontakt med, sier det er en helt uvurderlig del av opplæringen, og at det gir informasjon som annen veiledning ikke er i stand til å fange opp.

Katrin Glatz Brubakk, klinikkleder ved psykologiske poliklinikker for barn og unge ved NTNU, sier det slik:

– Å se hva som foregår i terapirommet, tenker jeg er helt nødvendig for å gi god veiledning. Så ferske som studentene er, handler mye av læringen om basale terapeutiske ferdigheter. De er ofte ikke klar over egne vaner eller uvaner, og de er også uvante med å lese signalene fra pasientene for å velge terapeutiske intervensjoner. Dersom studentene bare skulle referert fra terapiene selv, ville de naturlig nok kun referert til det *de* blir opptatt av – selv om det kanskje er helt andre ting som også bør tas tak i. Man kan jo ikke rapportere om ting man selv er uvitende om. Vi har også hatt et par tilfeller der studentene har vist seg uegnet. De ville ved selvrappotering kanskje referert til at pasienten var uvillig til å snakke, eller at det var umulig å komme i posisjon til pasienten. Men gjennom video kan man fange opp og se at dette kunne forklares i studentens atferd.

– *Bør spesialistutdanningen bruke videoveiledning langt mer bevisst?*

– Mange av de argumentene som er nevnt over, gjelder også spesialistutdanningen. Her må en tenke at basalferdighetene er på plass, men også der vet vi at vi av og til bommer, og kunne hatt godt av at noen «så oss i kortene». Dersom det er mer metodefokusert veiledning, tenker jeg også at det vil være nyttig å bruke film. Vi vet av erfaring og undervisning at selv om metoden er svært tydelig beskrevet, er det mange som lager sine egne varianter av den. Kan man bli en god spesialist uten å ha video i veiledning? Absolutt. Men man blir en enda bedre med, mener Brubakk.

Leder for Poliklinikk for unge og voksne ved Psykologisk fakultet ved Universitetet i Bergen Kjersti Arefjord er enda tydeligere enn Brubakk:

– Jeg mener at det i spesialistopplæringen, som i profesjonsutdanningen, bør inngå videopptak av både terapitimer, konsultasjoner og gruppebehandlinger, skriver Arefjord i en e-post til Psykologtidsskriftet.

Førsteamanuensis ved Psykologisk institutt ved Universitetet i Oslo Helene Amundsen Nissen-Lie snakker også varmt om veiledning basert på film, men er også opptatt av de juridiske aspektene knyttet til samtykke:

– Vi er veldig *for* filmopptak av terapitimene som del av internklinisk opplæring i psykoterapi. Gjennom filmopptak får man tak i noe annet og av og til noe som terapeuten ikke nødvendigvis ser så godt selv. Derfor er det også sårbart og må brukes med sensitivitet og respekt. Et annet aspekt er at pasienter må gi samtykke til å bli filmet. Det gjør det etter mitt skjønn umulig å innføre obligatorisk videoveiledning i spesialistutdanningen for alle terapitimer der psykologer får veiledning, sier Nissen-Lie. ✘

FOTO: OLA GAMST SÆTHER



– Gjennom filmopptak får man tak i noe annet og av og til noe som terapeuten ikke nødvendigvis ser så godt selv. Derfor er det også sårbart og må brukes med sensitivitet og respekt

Helene Amundsen Nissen-Lie

LES PÅ NETT:

Mener silotenkning er et problem

Forvirringen politikere, fagfolk og borgere kjenner på lokalt, har kanskje sitt opphav i at departementene styrer hver sin sektor. «Hadde en unngått »silotenking« på toppen, ville trolig det tverrfaglige samarbeidet på kommunenivå glidd enda lettere», forteller Sturla Helleland, leder i Forum for psykologer i kommunen, til Psykologtidsskriftet.

- Mangelfulle begrunnelser for tvangstiltak

Advokat Kari Paulsrud erfarer at mange tvangstiltak er svært dårlig underbygd.

TEKST Nina Strand

ADVOKAT PAULSRUDS UTTALELSE bygger på erfaringer fra hennes tid i kontrollkommisjonen ved Dikemark sykehus. Uttalelsen falt 28. mars under paneldebatten som avsluttet Sivilombudsmannens lansering av sin årsmelding for 2018.

Sivilombudsmann Aage Thor Falkanger, som innledet til debatten, la vekt på at tvangsbehandling reiser store etiske dilemmaer. Dette gjør at man må ha respekt for alle involverte; både pasienter og behandlere.

– Satt på spissen innebærer langvarig tvangsmedisinering en kjemisk endring av et menneskes personlighet over tid, sa han, og la til at selv om det gjøres i beste hensikt, er det ikke

dermed riktig og lovlig. Tvangsmedisinering skal begrunnes med stor sannsynlighet for bedring, eller at en skal unngå vesentlig forverring. I flere tilfeller har sivilombudsmannen avdekket ulovlig tvang ved sine besøk i institusjoner, og han mener dette ikke bare er snakk om enkeltsaker, men en praksis som har foregått lenge. (Les mer om dette i Psykologtidsskriftet 2/19.)

SELVBESTEMMELSE VERSUS OMSORG

I debatten viste Kari Paulsrud til erfaringene sine i kontrollkommisjonen.

– Jeg møter denne pasientgruppa veldig ofte. Dette er svært syke mennesker, ofte med psykose og hallusinasjoner som gjør at de blir helt utslitt. Noen er suicidale, andre er unge med alvorlig selvskading, sa Paulsrud, som mente at riktig og god helsehjelp må finne balansen mellom retten til selvbestemmelse og samfunnets omsorgsplikt.

Arne Vaaler, professor og overlege ved psykiatrisk akuttseksjon ved St. Olavs hospital, skilte mellom tvungen akuttbehandling og langtidsbehandling med medisiner, og mente at det finnes god dokumentasjon på at dagens akuttbehandling virker og redder liv, mens man mangler slik dokumentasjon ved langtidsbehandling. Samtidig la han vekt på at det å behandle bare med medisiner er uetisk.

– Det å ha noen å snakke med, et godt sted å bo og et arbeid er viktig, sa han.

Mette Ellingsdalen fra We shall overcome (WSO) snakket fra et helt annet ståsted:

– Vi mener at tvangsmedisinering ikke kan forsvares. Ikke etisk, ikke menneskerettsmes-



DISKUTERTE TVANGSMEDISINERING Fra venstre, Kari Paulsrud, Mette Ellingsdalen, Vårin Hellevik og Arne Vaaler. Til høyre, ordstyrer Jon Wessel-Aas. Foto: Tore Letvik, Juristen

sig eller kunnskapsmessig. Dette er en intervensjon som skader mennesker. Noen har traumer resten av livet. Vi har satt i gang en undersøkelse om langtidseffekter av dette, sa hun.

WSO mottok i 2018 midler fra Nettverk for forskning og kunnskapsutvikling om bruk av tvang i psykisk helsevern (Tvangsforsk) til et forskningsprosjekt. Ifølge prosjektleder i WSO Siv Helen Rydheim er målet å initiere forskning om livslange psykososiale og sosioøkonomiske følger etter tvangsmedisinering – i et menneskerettighetsperspektiv.

KRITISERTE FAGFOLKENE

Vårin Hellevik fra Helsedirektoratet trakk fram at klageordninger som skal ivareta pasientenes rettsikkerhet, brukes av pasienter som har blitt medisinert med tvang. Denne muligheten er altså kjent for pasientene, mente hun. Ellingsdalen vurderte det annerledes:

– Det er ikke mangel på klager, men mangel på *medhold* som er problemet. Problemet er ikke at man ikke skriver ned dokumentasjonen bak vedtaket. Saken er jo at man *mangler* dokumentasjon på at tvangsmedisinering har effekt, repliserte hun.

Paulsrud felte en sterk dom over fagfolk i psykisk helsevern.

– Dokumentkontroll er også et av kontrollkommisjonenes oppdrag. Vi finner svært mange dårlige begrunnelser i disse dokumentene. Psykiatere og psykologer kan ikke skrive, eller de vil ikke skrive ordentlig om dette. Eller de kan ikke loven. Jeg hører at de ikke vil bruke tida si på byråkrati. Men det må være byråkrati ved tvangsvedtak, sa advokaten.

Som jurist kjente ordstyrer Jon Wessel-Aas seg igjen i debatten om byråkratisering.

– Det er ofte et dårlig tegn når man strever med å finne begrunnelser, kommenterte han.

ØKENDE TEMPERATUR

Da ordstyreren etterlyste alternativer til tvangsmedisinering, var Ellingsdalen rask til å be om ordet.

– Det handler om å bruke de menneskelige ressursene, personalet, til å skape gode relasjoner og gi støtte. Vi er ikke annerledes enn andre folk. Du demper ikke angst ved å bruke tvang. Du gjør folk enda reddere, sa hun.

Hvilke grep tar myndighetene for å informere dem som har fått skader etter ulovlig

tvang, og som kan ha opplevd store bivirkninger, om at de kan rette krav mot staten, ville Wessel-Aas vite.

– Vi har ikke noen grunn til å tro at det har skjedd mange lovbrudd her, svarte Hellevik.

– Merkelig. Vi har hørt i dag at fylkesmenene har forsvart lovtolkninger som er gale, og at de åpenbart har gjort det lenge, kommenterte Wessel-Aas.

Hellevik svarte ikke på spørsmålet om direktoratet aktivt ville informere om mulighetene for å søke erstatning for skader etter tvangsmedisinering. Men man kan klage til Norsk pasientskadeerstatning (NPE), poengterte hun, og la til at det er behov for mer forskning på kvaliteten av tvangsbehandlingsvedtak.

– Vi har kontakt med Tvangsforsk, som har mye kompetanse om disse temaene. Dette skal vi følge opp, sa hun.

Ellingsdalen kastet seg inn med en siste replikk til Hellevik.

– Norsk pasientskadeerstatning behandler ikke saker om tvang!

– Jo, men det forutsetter at du har blitt skadet, svarte Hellevik.

I ettertid gjentar Hellevik til Psykologtidsskriftet at hvis en pasient mener behandlingen har sviktet, er Pasientskadeerstatningen rett sted å henvende seg. «Det er flere vilkår som skal være oppfylt for å få erstatning etter denne ordningen. Det er bl.a. et vilkår om at behandlingen må ha medført skade og økonomisk tap», skriver hun i en e-post.

På nettstedet til Norsk pasientskadeerstatning (NPE) leser vi at fra 2003 da Pasientskade-loven trådte i kraft, kan man også søke erstatning for psykisk skade etter feilbehandling. Torill Svoldal Stæhr, senior kommunikasjonsrådgiver i NPE, presiserer på e-post at NPE ikke tar stilling til om det er riktig å bruke tvang. Selve tvangsvedtaket er det kontrollkommisjonene som vurderer. «Vi vurderer selve behandlingen, uavhengig av om det er som følge av tvangsvedtak eller ikke,» skriver hun. Det betyr at en pasient som for eksempel har blitt lagt i belter eller tvangsmedisinert, kan søke om erstatning for skader som skyldes denne behandlingen.

I juni ventes konklusjonene fra det såkalte Tvangslovutvalget, som ble nedsatt i 2016 for å gå gjennom og utrede behov for revisjon og modernisering av regelverket om tvang i helse- og omsorgssektoren. ✕

– Psykiatere og psykologer kan ikke skrive, eller de vil ikke skrive ordentlig om dette. Eller de kan ikke loven

Kari Paulsrud, advokat

VITENSKAPELIG ARTIKKEL

TIDSSKRIFT FOR NORSK PSYKOLOGFORENING 2019 S. 322-333 FAGFELLEVDERT

ASBJØRN JOHANSEN, Rådgiver, klinisk støtte, Klinikk for psykisk helsevern og rus, Sykehuset Levanger, Helse Nord-Trøndelag Helseforetak, HNT HF, **BJØRN GJERVAN**, PhD, forskningsrådgiver, klinisk støtte, Klinikk for psykisk helsevern og rus, Sykehuset Levanger, HNT HF & **TØRE AUNE**, Førsteamanuensis, Fakultet for sykepleie og helsevitenskap, Nord Universitet. Psykologspesialist, Bufetat Region Midt-Norge

KONTAKT Asbjorn.Johansen@helse-nordtrondelag.no

SELVEVALUERING AV FERDIGHETER I KOGNITIV MILJØTERAPI

– Praktisk egnethet og psykometrisk
evaluering av et nytt instrument

Et nytt måleinstrument kan understøtte utvikling av spesifikke ferdigheter og en mer selvreflekterende praksis hos kognitive miljøterapeuter. Påliteligheten til selvevaluering er imidlertid omdiskutert, og mer forskning trengs for å vurdere om bruken av instrumentet har innvirkning på pasientenes utbytte av behandlingen.

Allerede tidlig på 80-tallet beskrev fagfolk hvordan prinsipper fra kognitiv individualterapi kunne brukes i miljøterapeutiske intervensjoner (Stuart, Wright, Thase, & Beck, 1997; Wright, 1996). Terapiformen omtales ofte som kognitiv miljøterapi (KMT) (Solbjør & Kleiven, 2013) og defineres som «å benytte metoder fra kognitiv terapi i psykiatriske sykehusavdelinger» (s. 13). KMT innebærer en syntese av generell »

ABSTRACT

Self-evaluation of Cognitive Milieu Therapeutic Skills - Functionality and psychometric evaluation of a new instrument

Background: To ensure the quality of Cognitive Milieu Therapy (CMT), there is a need for an instrument measuring the level of relevant therapeutic skills. To our knowledge, no such instrument exists.

Method: Construction of the Self-evaluation - Cognitive Milieu Therapy (S-CMT) was based on the structure of the Cognitive Therapy Adherence and Competence Scale (CTACS). Elements assessing interdisciplinary skills, such as the therapeutic use of activities and the environmental factors from milieu therapy were added to the CTACS model. An introductory examination of psychometric properties was undertaken after a trial with 82 responses. Feedback from the respondents concerning the use of S-CMT, comments from experienced clinicians regarding the content and structure of the form, and «face validity» comments were obtained from established experts in Cognitive Milieu Therapy.

Results: The S-CMT proved easy to understand and administer in clinical settings. The S-CMT showed acceptable internal consistency by Cronbach's alpha ($\alpha = 0.95$) on the total scale. Mean scores for the seven-point scale items ranged between 2.7 and 6.0, as well as standard deviation ranged between 0.8 and 1.9. Face validity comments showed promising potential for the validity of the instrument.

Conclusions: Preliminary investigations of the S-CMT demonstrated properties suitable for self-evaluation of therapeutic skills in clinical settings, however further investigations of reliability and validity are needed.

Keywords: cognitive milieu therapy, self-assessment, therapeutic skills



Kognitiv miljøterapi er i dag implementert i flere psykiatriske avdelinger, bofelleskap og barnevernsinstitusjoner

miljøterapi og kognitive prinsipper, der hverdagsmiljøet i sengeavdelinger utformes slik at den kognitive modellen benyttes i alle aktiviteter og intervensjoner (Beck, 2011; Berge & Repål, 2010; Fredheim, 2009; Holm et al., 2007; Solbjør & Kleiven, 2013). Sammenlignet med kognitiv individualterapi stiller KMT større krav til tverrfaglig samhandling og strukturert bruk av daglige aktiviteter som elementer i terapien (Fredheim, 2009; Gunderson, Will, & Mosher, 1983; Skorpen & Øye, 2010). Kognitiv miljøterapi er i dag implementert i flere psykiatriske avdelinger, bofelleskap og barnevernsinstitusjoner (Dahlum & Aune, 2016).

Mens kognitiv individualterapi anses som evidensbasert, effektiv og kostnadsbesparende ved behandling av en rekke psykiske lidelser (McHugh & Barlow, 2010), finnes det relativt få empiriske undersøkelser av effekten av KMT (Geanellos, 2000; Solbjør & Kleiven, 2013). Effektstudier indikerer at metoden har gunstig effekt på generell fungering og livskvalitet (Svensson, Hansson, & Nyman, 2000), bidrar til redusert grad av psykopatologi, økt global funksjon, reduksjon av angstnivå, færre depressive symptomer og økt selvfølelse (Lykke, Oestrich, Austin F., & Hesse, 2010), signifikant bedring av depresjon og psykologisk stress (Borge, Sverdrup, Fyrand, & Angell, 2012), samt reduksjon i bruk av mekaniske tvangsmidler (Lykke, Austin, & Morch, 2008). Erfaringsbaserte studier indikerer at KMT bidrar til økt tverrfaglig samarbeid, bedre utnyttelse av personalressurser, større helhet i behandlingstilbudet, etablering av et felles språk og bedre dokumentasjon av behandlingseffekt (Bliksted & Bendix, 2003; Borge, Røssberg, & Sverdrup, 2013; Oestrich et al., 2001; Sverdrup, Borge, Angell, & Fyrand, 2011).

Forskningslitteraturen viser at behandlingseffekt er avhengig av flere faktorer ut over behandlingsmetode. Særlig fremhever flere forskere betydningen av kompetanse, terapeutiske ferdigheter og etterlevelse av metodespesifikke prinsipper som viktig for behandlingsresultatet (Barber et al., 2007; Fairburn & Cooper, 2011; Kaslow, 2004). Å utvikle måleinstrumenter for terapeutkompetanse er utfordrende, ikke minst fordi forholdet mellom spesifikke teknikker og fellesfaktorenes betydning for terapeuteffekter har vært uklar (Tilden, 2013), og fordi sammenhengen mellom terapeutkompetanse og terapiutfall ikke har vært konsistent (Anderson, McClintock, Himawan, Song, & Patterson, 2016; Webb, Joseph, Yardley, & Michie, 2010). Det er vist at pasienter som behandles av terapeuter med høy kompetanse, blir bedre enn pasienter som behandles av mindre kompetente behandlere (Branson, Shafran, & Myles, 2015). Goldberg og medarbeidere (2016) viste at verken terapeutkompetanse eller erfaring som terapeut predikerer bedre terapiutfall, og at effekten av terapi utført av kompetente terapeuter, blir mindre over tid. Videre er det rapportert større variasjon i behandlingsutfall mellom terapeuter med samme metodiske tilnærming, enn mellom terapeuter i ulike terapimodeller (Ahn & Wampold, 2001; Anderson et al., 2016; Flückiger, Del Re, Wampold, Symonds, & Horvath, 2012). I en undersøkelse så forskere på hvordan effekten av veiledning ble påvirket ved bruk av feedback-orienterte metoder. De fant at terapiutfallene bedret seg som følge av at terapeutene fikk økt kompetanse når de brukte feedback-metoder i kombinasjon med veiledning (Anderson et al., 2016). Dette indikerer at terapeutegenskaper, og ikke minst hvordan terapeutkompetanse vedlikeholdes, utgjør en forskjell med hensyn til terapiutfall.

Lite konsistente forskningsresultater på terapeutkompetanse og terapiutfall skyldes at det har vært vanskelig å skille ut terapeutegenska-

per fra pasientkarakteristika (Anderson et al., 2016). Men med nyere statistiske metoder har en i sterkere grad klart å skille betydningen av terapeutegenskaper fra hva pasienter selv bidrar med i terapien (Anderson et al., 2016; Wampold et al., 2017). Effektive terapeuter karakteriseres av egenskaper som: *evnen til å danne arbeidsallianser med ulike typer pasienter, fasiliative mellommenneskelige egenskaper, selvgranskende profesjonalitet og en selvreflekterende praksis, samt selvbevissthet rundt egenferdighetsutvikling* (Wampold et al., 2017). Videre viser Wampold og kolleger (2017) at tiden terapeuter benytter til kompetanseforbedring, utenfor terapirommet, predikerer gode behandlingsresultater hos pasientene.

Måling av terapeutkompetanse benyttes oftest i forskningssammenheng, og foregår som regel ved ekspertvurderinger (Muse & McManus, 2013). Ekspertvurdering er rapportert å ha god reliabilitet, samtidig som de er svært ressurskrevende (McManus, Rakovshik, Kennerley, Fennell, & Westbrook, 2012), noe som gjør at ekspertvurderinger sjelden blir benyttet i terapeutisk praksis (Pereplechikova, Hilt, Chereji, & Kazdin, 2009). Selvevaluering av egen terapeutkompetanse er derimot lettere å administrere (McManus et al., 2012), samtidig som metoden innebærer risiko for både overvurdering (Brosnan et al., 2008) og undervurdering av egen kompetanse (McManus et al., 2012). Risikoen for overvurdering anses som størst når den enkeltes selvevaluering utgjør et vurderingsgrunnlag for andre, der resultatene kan medføre konsekvenser av positiv eller negativ art for terapeuten (Gramzow & Willard, 2006). På tross av dette har undersøkelser vist moderate korrelasjoner mellom ekspertvurderinger og selvevalueringer (McManus et al., 2012). I og med at ekspertvurdering av terapeutkompetanse både er svært kostbart å gjennomføre og blir lite benyttet i klinisk praksis, bør en i større grad bruke evalueringsinstrumenter som er enkle å administrere, er praktisk egnet, og har adekvate psykometriske egenskaper (Muse & McManus, 2013).

For å undersøke om det allerede eksisterte selvevalueringinstrumenter som måler terapeutkompetane i KMT, gjennomførte vi et bredt litteratursøk. Samtidig tok vi direkte kontakt med fagmiljøer både i Norge og Danmark. Kartleggingen gav ingen indikasjon på at det verken brukes eller er utviklet et slikt selvevaluering-

verktøy direkte rettet mot måling av terapeutkompetanse i KMT. Derimot er det rapportert bruk av en rekke instrumenter for evaluering av terapeutkompetanse ved individualterapier (Barber et al., 2007; Fairburn & Cooper, 2011; Kuyken & Tsivrikos, 2009; Schoenwald & Garland, 2013; Snyder & Ingram, 2000) og spesielt for kognitiv individualterapi. Alle instrumenter som beskrives her, bygger i varierende grad på samme teoretiske modell som Cognitive Therapy Rating Scale (CTS) (Muse, McManus, Rakovshik, & Thwaites, 2016; Young & Beck, 1980). CTS er sammen med den reviderte versjonen Revised Cognitive Therapy Scale (CTS-R) (Blackburn et al., 2001) de to instrumentene som oftest er referert internasjonalt. Både CTS og CTS-R har blitt kritisert for å mangle tilstrekkelig akseptable psykometriske egenskaper for måling av terapeutiske ferdigheter og kompetanse (Muse & McManus, 2013; Muse et al., 2016; Whisman, 1993). Andre instrumenter som omtales i litteraturen, er The Collaborative Study Psychotherapy Rating Scale (CSPRS) (Hill, O'Grady, & Elkin, 1992; Shaw et al., 1999). CSPRS ble primært utviklet for evaluering av terapeutkompetanse ved behandling av depresjon (Hill et al., 1992; Roth, 2016), og dessuten er kognitiv terapi bare en av tre terapeutiske tilnærminger som måles i CSPRS (DeRubeis & Feeley, 1990; Hill et al., 1992). Det opprinnelige CTS finnes i en omarbeidet versjon for selvevaluering under navnet The Cognitive Therapy Self-Rating Scale (CTSS) (Bennet-Levy & Beedie, 2007). Vi fant ingen studier der en har undersøkt og rapportert de psykometriske egenskapene til CTSS. The Assessment of Core CBT Skill (ACCS) (Muse et al., 2016) ble utviklet og vitenskapelig rapportert i etterkant av vår datainnsamling, og ble derfor ikke vurdert for inklusjon. I Norge brukes en oversatt versjon av Cognitive Therapy Adherence and Competence Scale (CTACS) (Barber, Liese, & Abrams, 2003; Soygut, Uluc, & Tuzun, 2008) i forbindelse med opplæring i kognitiv terapi (Nordahl, Nysæter, & Mikkelsen, 2006; Norsk Forening for Kognitiv Terapi, 2019). CTACS beskrives under metode.

CTACS er tilpasset til et nytt instrument i den hensikt å kunne måle og stimulere bruk av ferdigheter i Kognitiv miljøterapi gjennom selvrefleksjon. Denne studien har til hensikt å beskrive utviklingen og utprøvingen av dette instrumentet.

>>

METODE

Fase 1: Valg av CTACS

Vi valgte CTACS som modell for utvikling av et instrument for selvevaluering av terapeutkompetanse i KMT på bakgrunn av tidligere rapporterte adekvate psykometriske egenskaper, at modellen representerer en tydelig teoretisk tilnærming, samt at CTACS allerede var oversatt til norsk og benyttes i utdanning og veiledning i Norge (Norsk Forening for Kognitiv Terapi, 2019). Det nye instrumentet fikk navnet Selvevaluering – Kognitiv miljøterapi (S-KMT).

CTACS består av 24 ledd fordelt på fire domener. Hvert av domene består av tre til ni ledd. CTACS er konstruert for en generell tilnærming til terapeutkompetanse uavhengig av diagnose og symptomer. CTACS kartlegger både kompetanse og etterlevelse, og det gis en mulighet for helhetsvurdering.

Tabell 1 gir en oversikt over domener og ledd som inngår i CTACS. CTACS har demonstrert tilfredsstillende robusthet med høy indre konsistens (Cronbach's Alpha) ved måling av etterlevelse (α : 0,92) og kompetanse (α : 0,93) (Barber et al., 2003).

Tabell 1: Domener og ledd i Cognitive Therapy Adherence and Competence Scale (CTACS)

Domener og ledd	
Domene 1 Kognitiv terapi struktur	
1.	Agenda
2.	Vurdering av sinnsstemning
3.	Overgang fra forrige time
4.	Undersøke pågående problem
5.	Vurdering av aktuelle hjemmeoppgaver
6.	Gav ny hjemmeoppgave
7.	Oppsummeringer
8.	Pasientens oppsummering og tilbakemelding
9.	Fokus/struktur
Domene 2 Utvikling av en samarbeidende terapeutisk relasjon	
10.	Sosialisering til kognitiv terapimodell, begrep, prosess eller struktur
11.	Varm/genuin/kongruent
12.	Aksepterende/respekt
13.	Oppmerksomhet
14.	Empati
15.	Samarbeid
Domene 3 Utvikling og anvendelse av kausformulering	
16.	Aktivere automatiske tanker
17.	Aktivere grunnleggende leveregler og skjema
18.	Aktivere mening/forståelse/attribusjon
19.	Fokus på nøkkeltema
20.	Kausformulering: koble fortid med nåtid
21.	Dele formulering med pasient
Domene 4 Kognitive og atferdsteknikker	
22.	Veiledet oppdagelse
23.	Ba om bevis / alternative tolkninger
24.	Bruk av alternative kognitive og atferdsteknikker
Helhetsvurdering	

Fase 2: Utvikling av S-KMT

Artikkelforfatterne og fagpersoner ved Klinik for psykisk helsevern og rus, Levanger HNT, omformet og tilpasset CTACS til bruk som et selvevalueringsverktøy for KMT. S-KMT ble konstruert for å fange opp spesifikke miljøterapeutiske aspekter som tverrfaglig samarbeid, kollegial veiledning, tverrfaglig kommunikasjon og rolleavklaring. Disse elementene blir ikke kartlagt i CTACS. Derfor ble domenet «Din rolle som kognitiv terapeut i tverrfaglig samarbeid» lagt til. Enkeltledd som kartlegger elementer fra tradisjonell miljøterapi, som eksempelvis bruk av omgivelser og aktiviteter, ble lagt til av samme grunn. Alle ledd ble omformulert fra å være observasjonspunkter for ekspertvurdering i CTACS til å være observasjoner av egne ferdigheter i S-KMT. For eksempel ble CTACS-leddet «Sosialisering til kognitiv terapimodell, begrep, prosess eller struktur» i S-KMT omformulert til «Jeg lager en tydelig plan for den kognitive samtalen».

Utprøvningsfase S-KMT

Den første versjonen av S-KMT ble brukt til å samle inn tilbakemeldinger på instrumentets innhold og brukervennlighet, fra et strategisk utvalg av ansatte fra Helse Nord-Trøndelag, Helseforetak (HNT HF). Av 24 inviterte besvarte 15 respondenter S-KMT. Tolv av de 15 som besvarte, deltok i to plenumsmøter der instrumentets innhold og brukervennlighet var tema. I tillegg deltok tre behandlere fra Klinik for psykisk helsevern og rus (HNT HF) med kompetanse i kognitiv individualterapi. Inklusjonskriteriet for deltagelse i undersøkelsen var minimum formell grunnutdanning i kognitiv terapi eller KMT, eller erfaring og opplæring tilsvarende dette. Deretter ble en gruppe med åtte erfarne klinikere med kompetanse i kognitiv individualterapi bedt om å kommentere instrumentets struktur og innhold.

Justering og ferdigstillelse av S-KMT

Resultatene og tilbakemeldingene som kom frem gjennom utprøvningsfasen, ble vurdert av førsteforfatter og andreforfatter i samråd med to representanter fra Fag og Forskningsenheten ved Klinik for psykisk helsevern og rus (HNT HF). Alle hadde erfaring og kompetanse i kognitiv terapi, KMT og evaluering av terapeutkompetanse. Basert på konsensus i gruppa ble S-KMT justert og ferdigstilt.

Tabell 2: Domener i CTACS og S-KMT

Rekkefølgen på domene er endret fra CTACS til S-KMT.

CTACS	S-KMT
1 Kognitiv terapi struktur	1 Ferdigheter i utvikling av samarbeid og terapeutisk relasjon
2 Utvikling av en samarbeidende terapeutisk relasjon	2 Din rolle som kognitiv terapeut i tverrfaglig samarbeid
3 Utvikling og anvendelse av kasesformulering	3 Ferdigheter i å skape og opprettholde struktur i pasientsamtaler
4 Kognitive og atferdsteknikker	4 Ferdigheter i utvikling og bruk kasesformulering; felles kognitiv problemstilling, mål og tiltak
5 Helhetsvurdering.	5 Kognitive teknikker og verktøy
	6 Helhetsvurdering

Fase 3: Psykometriske undersøkelser

Psykometriske egenskaper ved S-KMT ble undersøkt ved analyser av data fra 190 respondenter, bestående av ansatte fra Klinikk for psykisk helsevern og rus, HNT HF (n = 49), og voksenpsykiatriske og barne- og ungdomspsykiatriske institusjoner utenfor HNT HF (n = 33). I alt 82 (44%) av de forespurte besvarte undersøkelsen. Av disse var 71 miljøpersonale (86,6%), 10 var ledere (12%), og 1 deltaker var pasientansvarlig behandler. Femti deltakere (41%) av de som deltok, hadde enten formell grunnopplæring eller formell videreutdanning i kognitiv terapi. Antall år med erfaring i bruk av kognitiv terapi varierte med 2–5 år for 40 personer (48,8%) og over 5 år for 22 (22%). De øvrige 24 i utvalget hadde enten ingen erfaring eller maksimalt 1 års erfaring (19,7%).

Statistiske analyser

Statistiske analyser ble utført med IBM SPSS Statistics versjon 23 (IBM, 2013). Reliabilitet ved indre konsistens ble undersøkt ved Cronbach's alpha (α). I tillegg ble gjennomsnittskårer og standardavvik for alle ledd kartlagt.

Figur 1: Prosedyre for utvikling, utprøving, justering og ferdigstilling av S-KMT

Konstruksjon av S-KMT basert på CTACS og sentrale teoretiske elementer fra generell miljøterapi.

Utprøving og innsamling av tilbakemeldinger fra respondenter. 24 inviterte, ansatte i Psykiatrisk klinikk HNT HF. 15 responderte elektronisk, og 12 gav tilbakemelding i plenumsmøte. Klinikere med erfaring fra forskning og teapeutevaluering (N = 8) kommenterte instrumentets struktur og egenskaper.

Justering og ferdigstilling av S-KMT før psykometriske undersøkelser basert på tilbakemeldingene fra utprøving.

Psykometriske undersøkelser. Av 190 inviterte besvarte 82 (44%) det ferdigstilte S-KMT i elektronisk form. Respondenter var ansatte i HNT HF (N = 49) og barne- og ungdomsinstitusjoner utenfor HNT HF (N=33).

Validitet ble undersøkt med «face validity». 6 av 9 inviterte eksperter besvarte S-KMT elektronisk og besvarte spørsmål om instrumentets egnethet.



Nye studier av evaluering av terapeutkompetanse fremhever betydningen av at terapeutene stimuleres til selvrefleksjon omkring bruk av egne ferdigheter og hvordan man forholder seg til ulike pasienter



Fase 4: Kartlegging av instrumentets «face validity»

I hvilken grad S-KMTs evne til å måle kompetanse i KMT ble undersøkt med «Face validity» (Thomas, Hathaway, & Arheart, 1992), der erfarne klinkere inspiserte og vurderte S-KMT på bakgrunn av brukervennlighet, klinisk relevans og validitet. Ekspertvurdering av en nytt instruments subjektive validitet er vanlig tidlig i utviklingsprosessen av nye instrumenter (Brewer & Hunter, 2006). «Face validity» er et uttrykk for i hvilken grad et måleinstrument oppfattes som relevant for det fenomenet som skal måles (Thomas et al., 1992). Fagpersoner med lang klinisk erfaring og vitenskapelig tilnærming til KMT ble i forbindelse med vurdering av instrumentets subjektive validitet invitert til å besvare følgende tre spørsmål.

1. I hvilken grad synes du S-KMT er egnet til å måle ferdigheter i KMT?
2. I hvilken grad mener du at en høy skåre på S-KMT indikerer høyt ferdighetsnivå, og lav skåre indikerer lavt ferdighetsnivå?
3. Har du andre kommentarer til S-KMT?

De to første spørsmålene ble besvart i en 5-punkts Likert-skala fra 1 = irrelevant til 5 = extremely suitable (spørsmål 1), og 1= low til 5 = high (spørsmål 2).

ETIKK

Alle deltakerne mottok skriftlig informasjon om hensikten med prosjektet, at det var frivillig å delta, og at alle besvarelser var anonyme. Innsamling av data ble administrert med det elektroniske verktøyet Questback. Kommunikasjon mellom Questbackservere og brukere av tjenesten krypteres, og har passord-beskyttet tilgang. Prosjektet var ikke meldepliktig (NSD, 2015).

RESULTATER

Instrumentet S-KMT

S-KMT består av 31 ledd, fordelt på fem domener der en benytter en Likert skala fra 0 (Ikke i det hele tatt) til 6 (Svært ofte). På spørsmål om hvor ofte respondenter utfører ferdigheter i KMT, representerer 0 «ikke i det hele tatt», og 6 representerer «svært ofte». Tabell 3 gir en oversikt over de fem domenerne, og eksempler på ledd som inngår i hvert domene.

Domenet «Din rolle som kognitiv terapeut i det tverrfaglige samarbeidet» ble lagt til de

Tabell 3: Domener og eksempler på ledd i S-KMT.

* Ledd som er lagt til S-KMT, og som ikke finnes tematisk i CTACS.

Domener og ledd
Ferdigheter i utvikling av samarbeid og terapeutisk relasjon
1. Jeg forklarer den kognitive modellen til pasienten
2. Jeg er bevisst på å bruke pasientens egne ord og beskrivelser *
Din rolle som kognitiv terapeut i tverrfaglig samarbeid
9. Jeg bidrar til et kognitivt fokus i det tverrfaglige samarbeidet *
10. Jeg søker kollegial hjelp/veiledning for utvikling av egen kompetanse i kognitiv terapi *
12. Jeg bidrar til å avklare roller i det tverrfaglige samarbeidet rundt pasienten *
Ferdigheter i å skape og opprettholde struktur i pasientsamtaler
13. Jeg lager en tydelig plan for den kognitive samtalen
16. Jeg lager treningsoppgaver for pasienten
18. Jeg lar pasienten oppsummere og gi tilbakemeldinger i samtalene
Ferdigheter i utvikling og bruk av kasusformulering; felles kognitiv problemstilling, mål og tiltak.
20. Jeg bruker registreringsskjema som 3- og 5-koloneskjema i det daglige arbeidet
23. Jeg drøfter hypoteser rundt pasientens problemstilling
Kognitive teknikker og verktøy
24. Jeg bruker veiledet oppdagelse
25. Jeg bruker sokratisk utspørring
29. Jeg bruker responsprevensjon i forbindelse med eksponeringsarbeid
31. Jeg bruker spørreskjema som f.eks. BDI og BAI for datasamling
Helhetsvurdering: Alt tatt i betraktning, hvordan vurderer du ditt mestringsnivå som kognitiv terapeut:

opprinnelige domenerne i CTACS. Leddene i dette domenet ble omformulert til operasjonaliserte påstander om utøvelsen av ulike ferdigheter i KMT (eks: «Jeg bidrar til kognitivt fokus i det tverrfaglige arbeidet»). Innholdet fra 21 av de 24 leddene i CTACS er overført til S-KMT. Noen av de 21 leddene fra CTACS er delt opp i flere operasjonaliserte ferdigheter. Som eksempel er leddet fra CTACS «Bruk av alternative kognitive og atferdsteknikker» operasjonalisert i ledd som «Jeg bruker eksponeringsteknikker» og «Jeg bruker registreringsskjema som 3- og 5-koloneskjema». Tre ledd fra domenet «Kognitiv terapi struktur», to ledd fra domenet «Utvikling av en samarbeidende terapeutisk relasjon» og fire ledd fra domenet «Utvikling og anvendelse av kasusformulering» ble utelatt. I stedet er nye ledd lagt til og formulert for å vekte den miljøterapeutiske og samtalebaserte terapien bedre (eks: «Jeg oppfordrer pasienten til å bruke omgivelser og aktiviteter som en del av miljøterapien»). Med bakgrunn i kommentarer og tilbakemeldinger fra ulike informanter i den innledende fasen i utviklingen av S-KMT, ble i alt ni ledd justert med tanke på innhold og ordlyd. Det ble særlig kommentert at menings-

innholdet i enkelte ledd var uklart. Ett ledd ble slettet da det ble oppfattet som overflødig fordi meningsinnholdet i leddet ble ivarettatt av øvrige ledd.

Tilbakemeldinger fra respondenter indikerte at S-KMT er enkelt å administrere i en klinisk hverdag. Instrumentet er selvinstruerende, lett å forstå og besvares elektronisk på ca. 5–15 minutter.

Subjektiv relevans og «Face validity»

Tilbakemeldingene fra ekspertene i KMT indikerte at S-KMT ble oppfattet som velegnet for måling av ferdigheter i KMT. På spørsmål 1 («I hvilken grad mener du at S-KMT egner seg til måling av ferdigheter i KMT») på en fempunkts Likert-skala (Ikke relevant = 1 og ekstremt egnet = 5), varierte ekspertenes vurdering fra 3 til 5, med en gjennomsnittsskåre på 4,0. På spørsmål 2 («I hvilken grad vil du si høye skårer indikerer høyt ferdighetsnivå og lave skårer indikerer lavt ferdighetsnivå»), i samme type skala (lav = 1 og 5 = høy), varierte svarene også her fra 3 til 5, med en gjennomsnittsskåre på 4,3.

Psykometriske egenskaper

S-KMT viste akseptabel indre konsistens for hele instrumentet ($\alpha = 0,95$). Alfaskåren for de fem domene varierte fra 0,71 til 0,90. Se tabell 4.

S-KMT skåres på en Likert-skala med verdier fra 0 til 6. For den totale skalaen ble det funnet en gjennomsnittsskåre på 4,7, med standardavvik fra 0,7 til 1,9. Høye gjennomsnittsskåre og liten spredning på standardavvik indikerer liten variasjon i respondentenes selvevaluering. Tabell 4 gir en oversikt over gjennomsnittsskåre (M) og standardavvik (SD) for hvert enkelt ledd og for hvert enkelt domene.

DISKUSJON

Tilbakemeldinger fra fagpersoner og eksperter i kognitiv miljøterapi beskrev S-KMT som gyldig, relevant og brukervennlig. Endringene fra CTACS til S-KMT gav en god brukervennlighet ifølge respondentene. Adekvat brukervennlighet innebærer at leddene er enkle å forstå og bidrar til å sikre instrumentets gyldighet. Videre ser det ut til at omformulering av domener og ledd fra CTACS til S-KMT har ivarettatt den spesifikke kognitive atferdsterapeu-

Tabell 4: Gjennomsnitt, standardavvik (SD) for ledd. Cronbach's alpha (α) for domener (n = 82).

Datainnsamlinger n=82				
Domener	Ledd	Gj.snitt	SD	α
1 Ferdigheter i utvikling av samarbeid og terapeutisk relasjon	1	4,3	1,7	
	2	5,6	1,2	
	3	5,6	1,1	
	4	5,8	0,8	0,76
	5	6,0	0,8	
	6	5,9	1,0	
	7	5,5	0,9	
	8	5,9	1,2	
2 Din rolle som kognitiv terapeut i tverrfaglig samarbeid	9	4,9	1,3	
	10	4,9	1,2	0,71
	11	4,8	1,2	
	12	4,7	1,2	
3 Ferdigheter i å skape og opprettholde struktur i pasientsamtaler	13	4,0	1,4	
	14	5,5	1,3	
	15	5,0	1,4	0,90
	16	4,4	1,5	
	17	4,6	1,5	
	18	4,7	1,4	
	19	5,0	1,4	
4 Ferdigheter i utvikling og bruk av kasusformulering; felles kognitiv problemstilling, mål og tiltak	20	3,2	1,9	
	21	4,6	1,3	0,83
	22	4,4	1,4	
	23	4,6	1,3	
5 Kognitive teknikker og verktøy	24	4,0	1,6	
	25	4,9	1,5	
	26	5,6	1,3	
	27	4,0	1,6	0,89
	28	4,4	1,5	
	29	3,2	1,7	
	30	3,7	1,8	
	31	2,7	1,9	
	32	4,4	1,4	
6 Helhetsvurdering				
Gjennomsnitt		4,7	1,4	Total = 0,95

utiske metodikken, samtidig som de særskilte kognitive miljøterapeutiske aspektene blir tatt hensyn til.

Innlendende analyser av de psykometriske egenskapene av S-KMT viser en høy Cronbach's alfa-verdi (0,95), eller høy indre konsistens mellom leddene som inngår i hele instrumentet. Dersom S-KMT var utviklet som et endimensjonalt instrument, ville en slik høy alfa-verdi indikere at S-KMT inneholdt overflødige ledd (Tavakol & Dennick, 2011). For de enkelte domene varierer alfa-verdiene mellom 0,71 og 0,90, noe som viser at de leddene som inngår under hvert domene, relaterer seg til hverandre på en adekvat måte (Sijtsma, 2009).



Tilbakemeldinger fra respondenter indikerte at S-KMT er enkelt å administrere i en klinisk hverdag

Selvevaluering medfører en risiko for både under- og overvurdering av egen kompetanse (Brosnan et al., 2008; McManus et al., 2012; Rosenman, Tennekoon, & Hill, 2011). Man ser ofte en underrapportering av kontranormativ atferd, og en overrapportering av atferd som er mer normativ, og kanskje sosialt ønskelig å fremvise (Tracy, Guzman, & Burton, 2014). Påliteligheten til selvrapportering henger dermed i stor grad sammen med hvilken rolle, tanke og idé de som fyller ut skjemaene, har om hvem som har tilgang til resultatene, og hva resultatet skal benyttes til i neste omgang (McManus, Rosen, & Jenkins, 2010; McNamara & O'Hara, 2005). Samtidig vet man at påliteligheten til resultater av selvevaluering øker med grad av trening i bruk av selvevalueringsverktøy (MacManus et al., 2010). Med et slikt kunnskapsgrunnlag er det avgjørende å gjøre vurderinger av når, og i hvilke sammenhenger, selvevaluering skal benyttes som kompetansehevende virkemiddel, og at det legges til rette for trening i bruk av selvevalueringsverktøy.

Nye studier av evaluering av terapeutkompetanse fremhever betydningen av at terapeutene stimuleres til selvrefleksjon omkring bruk av egne ferdigheter og hvordan man forholder seg til ulike pasienter (Anderson et al., 2016; Wampold et al., 2017). S-KMT inviterer til selvevaluering av egen terapeutkompetanse gjennom en selvreflekterende praksis. I kognitiv terapi og i KMT er en spesifikt opptatt av terapeuters evne til å danne arbeidsallianser og relasjoner som en grunnmur for det terapeutiske arbeidet (Skorpen & Øye, 2010). Alliansbygging og terapeutegenskaper er spesifikt innarbeidet under Domene 1 i S-KMT. En bevisst og strukturert bruk av S-KMT vil legge til rette for økt selvbevissthet med hensyn til spesifikk ferdighetsutvikling hos den enkelte terapeut.

KMT er en behandlingsform der alt tverrfaglig personale bidrar i behandlingen gjennom hele døgnet (Solbjør & Kleiven, 2013). Hele 86 % av yrkesgruppene i den psykiske spesialisthelsetjenesten innehar miljøterapistillinger (Vold, Gurmu, & Hatlebakk, 2014). Disse yrkesgruppene karakteriseres av varierende grad av utdanning og kompetanse (Vatne, 2005), og med begrenset mulighet til evaluering av terapeutkompetanse sammenlignet med leger og psykologer i sine utdanningsløp.

Dersom S-KMT stimulerer terapeuter til en mer selvgranskende og selvreflekterende terapeutpraksis, vil instrumentet kunne være nyttig i utviklingen av egenskaper som Wampold og medarbeidere (2017) viser til at kjennetegner effektive terapeuter.

Begrensninger og styrker

Den innledende utvikling av et selvevalueringsverktøy for miljøterapeuter har noen svakheter. For det første hadde det vært ønskelig at flere eksperter innledningsvis hadde gitt en overflatevurdering av instrumentet. Videre hadde det styrket studien dersom flere miljøterapeuter hadde deltatt i den første utprøvingen av S-KMT, noe som ville medført at en allerede kunne ha gjennomført en bredere psykometrisk evaluering av S-KMT. Samtidig er det riktig å påpeke at prosessen med å utvikle instrumentet har vært dynamisk, omfattende og involvert fagpersoner med lang og bred erfaring både innenfor KMT og kognitiv individualterapi. Videre indikerer moderate til høye Cronbach's alfa-verdier at ledene som danner de enkelte domenene, relaterer seg til hverandre på en adekvat måte.

Implikasjoner

Som et første steg i en videreutviklingsprosess av S-KMT er det ønskelig at avdelinger og institusjoner som har kognitiv miljøterapi som et bærende teoretisk fundament, tar S-KMT i bruk. Det er avgjørende at terapeuter opplever instrumentet som nyttig. At S-KMT vil lede til konkretisering av ferdigheter i kognitiv miljøterapi. Det er også viktig å undersøke om bruk av et slikt verktøy fasiliterer selvreflekterende prosesser rundt egen terapeutrolle. Psykometriske egenskaper bør undersøkes videre ved faktoranalyse for å avklare i hvor stor grad den teoretiske domenestrukturen til S-KMT statistisk trer frem. S-KMTs samtidige validitet kan undersøkes ved å sammenligne instrumentet med andre metoder for evaluering av terapeutkompetanse, eksempelvis ekspertvurderinger.

Nyere publisert forskning (Wampold et al., 2017) indikerer at verken ekspertvurderinger av terapeutkompetanse eller utdanningsnivå hos terapeuter konsistent predikerer gode terapiut-

fall. Det gjenstår å utforske i hvor stor grad en selvreflekterende praksis ved bruk av et selvevalueringsverktøy som S-KMT kan bidra til å predikere terapiutfall.

KONKLUSJON

Tilbakemeldinger fra eksperter og fagpersoner innenfor både kognitiv miljøterapi og kognitiv individualterapi tyder på at instrumentet Selvevaluering – kognitiv miljøterapi (S-KMT) bidrar til en brukervennlig selvevalueringsprosess av operasjonaliserte ferdigheter innenfor kognitiv miljøterapi. Samtidig vil påliteligheten til denne formen for selvrapportering henge nøye sammen med omstendighetene rundt bruken av verktøyet, og man må derfor vurdere i hvilke sammenhenger S-KMT er best egnet som et kompetansehevende virkemiddel. Brukervennlighet, nytteverdi, psykometriske evalueringer og hvordan S-KMT relaterer seg til terapiutfall, vil være avgjørende områder å utforske videre. ✕

REFERANSER

- Ahn, H.N., & Wampold, B.E. (2001). Where oh where are the specific ingredients? A meta-analysis of component studies in counseling and psychotherapy. *Journal of Counseling Psychology, 48*(3), 251–257. <https://doi.org/10.1037/0022-0167.48.3.251>
- Anderson, T., McClintock, A. S., Himawan, L., Song, X., & Patterson, C.L. (2016). A Prospective Study of Therapist Facilitative Interpersonal Skills as a Predictor of Treatment Outcome. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 84*(1), 57–66. <https://doi.org/10.1037/ccp0000060>
- Barber, J.P., Liese, B.S., & Abrams, M.J. (2003). Development of the Cognitive Therapy Adherence and Competence Scale. *Psychotherapy Research, 13*(2), 205–221.
- Barber, J.P., Sharpless, B.A., Klostermann, S., & McCarthy, K.S. (2007). Assessing Intervention Competence and Its Relation to Therapy Outcome: A Selected Review Derived From the Outcome Literature. *Professional Psychology: Research and Practice, 38*(5), 493–500. <https://doi.org/10.1037/0735-7028.38.5.493>
- Beck, J. (2011). *Cognitive Behavior Therapy, Second Edition: Basics and Beyond*. The Guilford Press.
- Bennet-Levy, J., & Beedie, A. (2007). The Ups and Downs of Cognitive Therapy Training: What Happens to Trainees' Perception of their Competence During a Cognitive Therapy Training Course? *Behavioral and Cognitive Psychotherapy, 35*(1), 61–75. <https://doi.org/10.1017/S1352465806003110>
- Berge, T., & Repål, A. (2010). *Den indre samtalen. Lær deg kognitiv terapi*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Blackburn, I.M., James, I.A., Milne, D.L., Baker, C., & Standart, S. (2001). The Revised Cognitive Therapy Scale (CTS-R): Psychometric Properties. *Behavioral and Cognitive Psychotherapy, 29*(4), 431–446.
- Bliksted, V.F., & Bendix, S. (2003). *Implementering af kognitiv miljøterapi: Et pilotprosjekt*. Århus: Psykiatrisk HOSPITALS Trykkeri: [http://pure.au.dk/portal/da/publications/implementering-af-kognitiv-miljoeterapi\(453e4290-1fa4-11df-b95d-000ea68e967b\).html](http://pure.au.dk/portal/da/publications/implementering-af-kognitiv-miljoeterapi(453e4290-1fa4-11df-b95d-000ea68e967b).html)
- Borge, L., Røssberg, J.I., & Sverdrup, S. (2013). Cognitive milieu therapy and physical activity: experiences of mastery and learning among patients with dual diagnosis. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 20*(10), 932–942. <https://doi.org/10.1111/jpm.12090>
- Borge, L., Sverdrup, S., Fyrand, L., & Angell, O.H. (2012). *Tverrfaglig enhet for dobbeltdiagnose (TEDD): en behandlingsmodell til etterfølgelse og læring? Rapport (Vol. 2012)*. Oslo: Diakonhjemmet Høgskole. Hentet fra http://www.nb.no/idtjeneste/URN:NBN:no-bibsys_brage_34585
- Branson, A., Shafran, R., & Myles, P. (2015). Investigating the relationship between competence and patient outcome with CBT. *Behaviour Research and Therapy, 68*, 19–26. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2015.03.002>
- Brewer, J., & Hunter, A. (2006). *Foundations of multimethod research: synthesizing styles*. Thousand Oaks, Calif.: Sage Publications. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.4135/9781412984294>

- Brosnan, L., Reynolds, S., Moore, R.G., Brosnan, L., Reynolds, S., & Moore, R.G. (2008). Self-evaluation of Cognitive Therapy Performance: Do Therapists Know How Competent They are? *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 36(5), 581–587. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1017/S1352465808004438>
- Dahlum, E., & Aune, T. (2016). Implementering av kognitiv miljøterapi i en barnevernsinstitusjon. *Tidsskrift for Kognitiv Terapi*, 17(1), 6–19.
- DeRubeis, R.J., & Feeley, M. (1990). Determinants of change in cognitive therapy for depression. *Cognitive Therapy and Research*, 14(5), 469–482. <https://doi.org/10.1007/bf01172968>
- Fairburn, C.G., & Cooper, Z. (2011). Therapist competence, therapy quality, and therapist training. *Behaviour Research and Therapy*, 49, 373–378. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2011.03.005>
- Flückiger, C., Del Re, A.C., Wampold, B.E., Symonds, D., & Horvath, A.O. (2012). How central is the alliance in psychotherapy? A multilevel longitudinal meta-analysis. *Journal of Counseling Psychology*, 59(1), 10–17. <https://doi.org/10.1037/a0025749>
- Fredheim, K.N. (2009). The implementation of cognitive milieu therapy in an acute psychiatric ward. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 46, 161–167.
- Geanellos, R. (2000). The milieu and milieu therapy in adolescent mental health nursing. *The International Journal of Psychiatric Nursing Research*, 5(3), 638–648. Hentet fra <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11011658>
- Goldberg, S., Rousmaniere, T., Miller, S., Whipple, J., Lars, S., Hoyt, W., & Wampold, B. (2016). Do Psychotherapists Improve with Time and Experience? A Longitudinal Analysis of Outcomes in a Clinical Setting. *Journal of Counseling Psychology*, 63(1), 1–11. <https://doi.org/10.1037/cou0000131>
- Gramzow, R.H., & Willard, G. (2006). Exaggerating current and past performance: motivated self-enhancement versus reconstructive memory. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 32(8), 1114–1125. Hentet fra <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16861314>
- Gunderson, J.G., Will, O.A., & Mosher, L.R. (1983). *Principles and practice of milieu therapy*. I J.G. Gunderson, O.A. Will, & L.R. Mosher (red.). Maryland: Jason Aronson Inc. Publishers.
- Hill, C.E., O'Grady, K.E., & Elkin, I. (1992). Applying the Collaborative Study Psychotherapy Rating Scale to rate therapist adherence in cognitive-behavior therapy, interpersonal therapy, and clinical management. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60(1), 73–79. Hentet fra <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1556289>
- Holm, L., Oestrich, H.L., Austin, S., Beck, S., La Cour, L., & Lykke, J. (2007). *Kognitiv miljøterapi. At skape et behandlingsmiljø i likeverdige samarbejde*. København: Dansk Psykologisk Forlag AS.
- IBM. (2013). IBM SPSS Statistics for Windows. Armonk, New York: IBM Corporation.
- Kaslow, N.J. (2004). Competencies in professional psychology. *The American Psychologist*, 59(8), 774–781. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.59.8.774>
- Kuyken, W., & Tsivrikos, D. (2009). Therapist competence, comorbidity and cognitive-behavioral therapy for depression. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 78(1), 42–48. <https://doi.org/10.1159/000172619>
- Lykke, J., Austin, S.F., & Morch, M.M. (2008). Cognitive milieu therapy and restraint within dual diagnosis populations. *Ugeskrift for Læger*, 170(5), 339–343. Hentet fra <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18252162>
- Lykke, J., Oestrich, I., Austin F., S., & Hesse, M. (2010). The implementation and Evaluation of Cognitive Milieu Therapy from Dual Diagnosis Inpatients: A pragmatic Clinical Trial. *Journal of Dual Diagnosis*, 6(1), 58–72. <https://doi.org/10.1080/15504260903498763>
- McHugh, R.K., & Barlow, D.H. (2010). The dissemination and implementation of evidence-based psychological treatments. A review of current efforts. *The American Psychologist*, 65(2), 73–84. <https://doi.org/10.1037/a0018121>
- McManus, F., Rakovshik, S., Kennerley, H., Fennell, M., & Westbrook, D. (2012). An investigation of the accuracy of therapists' self-assessment of cognitive-behaviour therapy skills. *British Journal of Clinical Psychology*, 51(3), 292–306. <https://doi.org/10.1111/j.2044-8260.2011.02028.x>
- McManus, F., Rosen, K., & Jenkins, H. (2010). Developing and progressing as a CBT therapist. I M. Mueller, H. Kennerley, F. McManus, & D. Westbrook (red.), *Oxford Guide to Surviving as a CBT Therapist* (pp. 301–322). New York: Oxford University Press.
- McNamara, G., & O'Hara, J. (2005). Internal review and self-evaluation – The chosen route to school improvement in Ireland? *Studies in Educational Evaluation*. <https://doi.org/10.1016/j.stueduc.2005.11.003>
- Muse, K., & McManus, F. (2013). A systematic review of methods for assessing competence in cognitive-behavioural therapy. *Clinical Psychology Review*, 33(3), 484–499. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2013.01.010>
- Muse, K., McManus, F., Rakovshik, S., & Thwaites, R. (2016). Development and Psychometric Evaluation of the Assessment of Core CBT Skills (ACCS): An Observation-Based Tool for Assessing Cognitive Behavioral Therapy Competence. *Psychological Assessment Assess.* <https://doi.org/10.1037/pas0000372>
- Nordahl, H.M., Nysæter, T.E., & Mikkelsen, B. (2006). Cognitive Therapy Adherence and Competence Scale. *Tidsskrift for Kognitiv Terapi*, 3.
- Norsk Forening for Kognitiv Terapi. (2019). For veileder [Web Page]. Hentet fra <https://www.kognitiv.no/utdanning-i-kognitiv-terapi/for-veileder/#>
- NSD. (2015). Skal det registreres personopplysninger? Norsk Samfunnsvitenskapelige Datatjeneste. Hentet fra <http://www.nsd.uib.no/>
- Oestrich, I.H., Holm, L., Bech, S., & Lykke, J. (2001). *Kognitiv miljøterapi: at skape et behandlingsmiljø i likeverdige samarbejde*. København: Dansk Psykologisk Forlag.
- Perepletchikova, F., Hilt, L.M., Chereji, E., & Kazdin, A.E. (2009). Barriers to Implementing Treatment Integrity Procedures: Survey of Treatment Outcome Researchers. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 77(2), 212–218. <https://doi.org/10.1037/a0015232>
- Rosenman, R., Tennekoon, V., & Hill, L.G. (2011). Measuring Bias in Self-reported Data. *International Journal of Behavioural and Healthcare Research*, 2(4), 320. <https://doi.org/10.1504/IJBHR.2011.043414>
- Roth, A.D. (2016). A New Scale for the Assessment of Competences in Cognitive and Behavioural Therapy. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*. <https://doi.org/10.1017/S1352465816000011>
- Schoenwald, S.K., & Garland, A.F. (2013). A Review of Treatment Adherence Measurement Methods. *Psychological Assessment*, 25(1), 146–156. <https://doi.org/10.1037/a0029715>

- Shaw, B.F., Elkin, I., Yamaguchi, J., Olmsted, M., Vallis, M.T., Dobson, K.S., ... Imber, S.D. (1999). Therapist Competence Ratings in Relation to Clinical Outcome in Cognitive Therapy of Depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67(6), 837–846.
- Sijtsma, K. (2009). On the Use, the Misuse, and the Very Limited Usefulness of Cronbach's Alpha. *Psychometrika*, 74(1), 107–120. <https://doi.org/10.1007/s11336-008-9101-0>
- Skorpen, A., & Øye, C. (2010). Milieu Therapy: Background, Models and Challenges – A Literature Review. *Norsk tidsskrift for sykepleieforskning*, 12(3), 15–27.
- Snyder, C.R., & Ingram, R.E. (red.) (2000). *Handbook of Psychological Change: Psychotherapy Process and Practice for the 21. Century*. Hoboken, NJ, US: John Wiley & Sons.
- Solbjør, M., & Kleiven, H.H. (2013). *Kognitiv miljøterapi – forskningsbasert kunnskapssammenstilling. Rapport*. Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid (NAPHA), Trøndelag Forskning og Utvikling. Hentet fra <http://napha.no/content/14663/Kognitiv-miljoterapi-en-kunnskapsoppssummering>.
- Soygut, G., Uluc, S., & Tuzun, Z. (2008). A Pilot Study of the Reliability and Validity of the Turkish Cognitive Therapy Adherence And Competence Scale. *Turkish Journal of Psychiatry*, 19(2), 177–186. Hentet fra <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18561050>
- Stewart, J., O'Halloran, C., Barton, J.R., Singleton, S.J., Harrigan, P., & Spencer, J. (2000). Clarifying the Concepts of Confidence and Competence to Produce Appropriate Self-evaluation Measurement Scales. *Medical Education*. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2923.2000.00728.x>
- Stuart, S., Wright, J.H., Thase, M.E., & Beck, A.T. (1997). Cognitive Therapy with Inpatients. *General Hospital Psychiatry*, 19(1), 42–50. Hentet fra <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9034811>
- Svensson, B., Hansson, L., & Nyman, K. (2000). Stability of Outcome in Comprehensive, Cognitive Therapy Based Treatment Programme for Long-term Mentally Ill Patients. A 2-year Follow Up Study. *Journal of Mental Health*, 9(1), 51–61. <https://doi.org/10.1080/09638230016958>
- Sverdrup, S., Borge, L., Angell, O.H., & Fyrand, L. (2011). *Evaluering av tverrfaglig enhet for dobbeltdiagnoser (TEDD). Rapport* (Vol. 2011). Oslo: Diakonhjemmet Høgskole. Hentet fra http://idjeneste.nb.no/URN:NBN:no-bibsys_brage_16554
- Tavakol, M., & Dennick, R. (2011). Making Sense of Cronbach's Alpha. *International Journal of Medical Education*, 2, 53–55. <https://doi.org/10.5116/ijme.4dfb.8dfd>
- Thomas, S.D., Hathaway, D.K., & Arheart, K.L. (1992). Face validity. *Western Journal of Nursing Research*, 14(1), 109–112. Hentet fra <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1546473>
- Tilden, T. (2013). Det nødvendige samvirke mellom spesifikke og generelle faktorer, 1006–1010.
- Tracy, K., Guzman, D., & Burton, M. (2014). Treatment Process and Participant Characteristic Predictors of Substance Use Outcome in Mentorship for Addiction Problems (MAP). *Journal of Alcohol and Drug Dependence*, 2(3), 1–12. <https://doi.org/10.4172/2329-6488.1000171>
- Vatne, S. (2005). *Korrigere og anerkjenne: relasjonens betydning i miljøterapi*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Vold, B., Gurmu, E.D., & Hatlebakk, I.M. (2014). *Spesialisthelsetjenesten*, 2013. Hentet fra <https://www.ssb.no/helse/statistikker/speshelse/aar/2014-06-19#content>
- Wampold, B.E., Flückiger, C., Del Re, A.C., Yulish, N.E., Frost, N.D., Pace, B.T., ... Hilsenroth, M.J. (2017). In Pursuit of Truth: A Critical Examination of Meta-analyses of Cognitive Behavior Therapy. *Psychotherapy Research*, 27(1), 14–32. <https://doi.org/10.1080/10503307.2016.1249433>
- Webb, T.L., Joseph, J., Yardley, L., & Michie, S. (2010). Using the Internet to Promote Health Behavior Change: A Systematic Review and Meta-analysis of the Impact of Theoretical Basis, use of Behavior Change Techniques, and Mode of Delivery on Efficacy. *Journal of Medical Internet Research*, 12(1), 1–18. <https://doi.org/10.2196/jmir.1376>
- Whisman, M.A. (1993). Mediators and Moderators of Change in Cognitive Therapy of Depression. *Psychological Bulletin*, 114(2), 248–265.
- Wright, J.H. (1996). Inpatient Cognitive Therapy. I P.M. Salkovskis (red.), *Frontiers of cognitive therapy* (pp. 208–227). United States of America: The Guilford Press.
- Young, J., & Beck, A.T. (1980). *Cognitive Therapy Scale: Rating Manual*. Hentet fra <http://www.beckinstitute.org/>

Opplevs vanskelig å få hjelp

23 prosent av befolkningen synes det er krevende å få tilgang til psykiske helsetjenester i kommunen de bor i.

Det kommer fram av Helsepolitisk barometer 2019 som er en uavhengig undersøkelse som kartlegger befolkningens holdninger til helse spørsmål. Årets utgave er den fjerde i rekken og baserer seg på 2090 representative intervjuer gjennomført av analyse- og rådgivningsselskapet Kantar.

Avdelingsleder i Kantar, Eva Fosby Livgard, er i seg selv ikke overrasket over folks opplevelse av dårlig tilgjengelighet av psykiske helsetilbud.

– Det er fjerde gang vi gjennomfører undersøkelsen og dette er ikke nytt sammenlignet med tidligere år. Men det må nevnes at hele 41 prosent av

de spurte har svart «vet ikke» på om de mener tilgjengeligheten til psykiske helsetjenester er god eller ikke. Det kan tyde på at mange ikke har kjennskap til psykisk helsefeltet eller ikke har vært i en situasjon hvor dette har vært et behov, sier Fosby Livgard.

Fra teknikk til improvisasjon

Psykoteraiveiledningens lakmustest er om pasienten blir bedre av terapi, og om psykologen får en mer bærekraftig arbeidsdag.

TEKST

Jonas Sharma-Bakkevig, psykologspesialist og veileder ved Norsk Institutt for ISTDP

KONTAKT

jonas.bakkevig@hotmail.com

PSYKOTERAIVEILEDNING er en prosess som kvalitetssikrer og utvikler psykologens evne til å øke effekten av sine terapier, redusere drop-out og øke egen opplevelse av engasjement, mening, mestring og bærekraftig arbeidsliv. En kompleks og ambisiøs oppgave, og én enkelt artikkel kan vanskelig gå i dybden på alle aspekter ved veiledning. Jeg vil likevel skissere ti sentrale temaer jeg har erfart som svært nyttige i veiledning av psykologer. For min del er det primært innenfor ISTDP (Intensive Short-Term Dynamic Psychotherapy; Intensiv dynamisk korttidsterapi) jeg driver veiledning, men prinsippene er overførbare til de fleste andre terapiretninger.

HVA SKJEDDE FAKTISK I TIMEN?

Jo mer objektiv og presis informasjon veileder får om hva som skjer i timene, jo mer spesifikk kan veiledningen bli. Laveste grad av presisjon er en muntlig rapport fra psykologen om terapitimen eller -prosessen. Middels grad av presisjon er et lydopptak eller en transkribert time. Høy grad av presisjon er videoopptak eller direkte observasjon (gjennom live observasjon eller videooverføring, f.eks.). I ISTDP gis veiledning så å si utelukkende på videomateriale. Dette gir psykologen og veilederen mulighet til å se hva som faktisk skjedde i timen, ikke slik timen er filtrert gjennom psykologens hukommelse, observasjonsevne eller superego (selvtvil, narsissisme, eksterialisering osv.).

Ikke alle terapiformer er like eksplisitt opptatt av pasientens relasjonsstil og hvordan pasienten forholder seg til psykologen, men de fleste veiledere vil nok være enige i at det ligger uvurderlig informasjon om arbeidsklimaet i terapirommet gjennom presis observasjon av samspillet. Når en psykolog forteller til sin veileder at pasienten sa: «Jeg blir trist», er denne hendelsen allerede filtrert gjennom psykologens hukommelse og observasjonsevne. Det er så mange nyanser i faget vårt: Ble ordene sagt på en uinteressert eller affektet måte? Knyttet pasienten nevene, eller hadde han en tåre i øyekroken? Kommer ordene lett og flytende eller seigt og fragmentert? Er blikket skarpt og kontaktbart, eller har pasienten et ufokusert tusenmeterblikk? Alt dette er verdifull klinisk informasjon som forteller oss om pasienten mener det han sier, om pasienten benytter seg av forsvaret, om pasienten har høy angst, og om hvilke følelser som faktisk er til stede i terapirommet.

Jeg vil derfor slå et slag for videokameraet. Å bruke denne teknologiske muligheten til å skreddersy veiledningen til akkurat denne pasienten. Ja, det kan være litt ubehagelig å se videoopptak av terapitimene for psykologen sammen med veileder. Ja, det kan være litt kleint de første timene med videokamera for både psykologen og pasienten. Og ja, det gjør arbeidet svært transparent. Men vi kan også tenke slik: Det sender sterke signaler til både klienten og psykologens superego å åpne dørene til terapirommet. Du viser engasjement



AVANSERT HÅNDVERK

Artikkelforfatteren er opptatt av hvordan det terapeutiske håndverket og detaljert terping på ferdigheter gjør en til en bedre psykolog. Da er veiledning basert på video nøkkelen til suksess, mener han. Maleri av László Moholy-Nagy/ Wikimedia commons

i pasientens prosess og egen læringsprosess, og superego fungerer best bak lukkede dører. Bare husk å dokumentere samtykke til bruk av videopptak i journalen, og oppbevar opptakene kryptert og nedlåst.

HJELPER TERAPIEN?

Terapeuter er generelt ikke så gode til å vurdere hvor dyktige de er (Walfish et al., 2012). Det viser seg tidvis vanskelig å fange opp svikende terapeutisk allianse, forverring eller fra-

vær av effekt (f.eks. Hannan et al., 2005). Og pasientene vil sjelden informere oss om negativ reaksjon på terapien (Blanchard & Farber, 2016), med mindre vi spør eksplisitt om det. Bruk av kartleggingsskjema fra time til time eller med jevne mellomrom er en fin måte å fange opp hvilken vei terapien går. De nyttigste målene er symptom- og alliansemål, og dette gir mulighet for drøfting med pasienten om prosessen dere begge deltar i. Hjelper det vi gjør? Har vi en felles forståelse av pasientens problem? Snakker jeg et terapipråk vedkommende forstår? Gjør pasienten engasjert i egen bedringsprosess og vis at du er åpen for klar tale.

Skåringsverktøy forteller også psykologen hvilke saker de trenger å bruke mer ressurser på. De fleste av oss har flere terapier enn vi har mulighet til å få veiledning på, og vi trenger å kunne prioritere hvilke saker vi skal sette oss grundigere inn i. Hvis 30 prosent av sakene går bra, trenger man ikke nødvendigvis prioritere å se på opptak av disse timene. De sakene der man derimot opplever å være i randsonen av hva man klarer å håndtere, og der det inntreffer prosesser man ikke forstår, og der effekt uteblir, er de sakene de

”

En psykolog som ikke forstår hva som skjer i terapirommet, eller ikke har trent på hvordan håndtere det, vil typisk kompensere med å bli mer vag, belærende, krass, stille eller usikker

»

fleste opplever som nyttige å ta med til veiledning. Veileder kan ikke bare hjelpe psykologen å vurdere effekten av terapien gjennom skåringsverktøy, men også å prioritere bruk av krefter.

HVORDAN SELEKTERE PASIENTER?

Når man lærer en ny terapimetode, er det viktig å selektere hvilke pasienter man tester ut metoden med. Jo mer potent metodikken er, jo mer varsomhet. I ISTDP, som arbeider med mobilisering og håndtering av emosjonelle reaksjoner, vil det for noen pasienter utløses reflekssive behov for å utagere suicidale impulser, rusbruk eller andre former for destruktiv utagering. Dette gir en unik mulighet til å arbeide med primitive eller regressive prosesser, men dette er noe man typisk først behersker etter noen års trening. Når jeg lærer opp psykologer i ISTDP, gir jeg noen tips: Ikke bruk denne nye teknikken du ennå ikke fullt ut mestrer, på alle pasientene dine. Velg ut to-tre pasienter som matcher det du hittil mestrer ganske bra, og start med disse. Etter hvert kan du øke antallet, og det vil bli lettere å bygge bro mellom teori, teknikk og pasient. I tillegg er det hensiktsmessig å øke vanskelighetsgraden gradvis. I starten ønsker man å trene seg på pasienter som blir selvkritiske fremfor suicidale, innesluttede fremfor voldelige, grublete fremfor tankeforstyrrede, osv. Gradvis kan psykologen – i samarbeid med veilederen – utvikle sine ferdigheter fra det nevrotiske til det ustabile og til det fragmenterte. Noen terapiretninger er bedre enn andre hvis man må starte rett på de «vanskeligste» pasientene, derfor kan det være klokt å velge den terapiretningen man ønsker å lære, ut ifra ens arbeidssituasjon.

HVORDAN ØKE EFFEKTEN AV TERAPIENE?

Det er ikke nødvendigvis et 1:1-forhold mellom å mestre en metodikk og at pasientene blir bedre. Det er vanskelig å bli dyktigere som klinisk psykolog (hvis man definerer dyktighet som at pasientene får økt effekt av terapien) utover et visst grunnivå, til tross for kurs, veiledning og erfaring. Dette fordi opplæring i psykoterapi tradisjonelt har et mindre strukturert treningsfokus enn de fleste andre ferdigheter vi forsøker å mestre, som et musikkinstrument, yoga eller klatring. Over tid vil derfor noen psykologer bli minimalt bedre og noen minimalt dårligere, men stort sett er det lite endring å



Hva kjennetegner de som gradvis får bedre og bedre effekt av sine terapier? Ett av svarene er målrettet trening, eller «deliberate practice»

spore gjennom karrieren (Goldberg et al., 2016). Så hva kjennetegner de som gradvis får bedre og bedre effekt av sine terapier? Ett av svarene er målrettet trening, eller «deliberate practice» (Chow et al., 2015; Ericson 2006). For å utvikle ferdigheter i en metodikk er det veilederens oppgave å sørge for at psykologen blir kjent med sitt neste utviklingssteg, ferdigheten som ligger rett utenfor psykologens mestringszone, og som psykologen nå trenger og er klar for å lære. Når de i fellesskap ser på psykologens terapivideoer, vil det bli tydelig på hvilket punkt i timen prosessen stopper opp eller går i sirkel. Dette er punktet der veileder kan forklare hva som skjer, hvordan man kan observere og kjenne igjen fenomenet, hvordan det er knyttet opp mot teori og teknikk, og hvilke grep psykologen kan ta neste time for å håndtere dette fenomenet. Men dette er ikke nok. Psykologen må i veiledningen trenes opp til å gjøre denne vurderingen selv.

TRENE OPP EVNEN TIL EGENVEILEDNING

Alle terapiformer kan brytes ned til respons-intervensjon-respons. Dette innebærer at pasienten har en respons, psykologen intervensjonerer, og ut ifra pasientens respons på intervensjonen vurderer psykologen hva neste intervensjon bør være. Når man i veiledning kan stoppe videoopptaket etter hver av pasientens responser på psykologens intervensjon, vil psykologen kunne trenes opp til å vurdere hva pasientens responser innebærer for veien videre. For de aller fleste psykologer er det evige spørsmålet «Hva nå?», og veileder trener opp psykologen til å besvare dette spørsmålet ved å knytte pasientens responser til pasientens symptomer (hvorfor pasienten kommer til terapi), foregående intervensjon (hva psykologen gjorde som utløste denne responsen) og implikasjoner for veien

OM SPALTEN FRA PRAKSIS

Fra praksisbidrag gir nye perspektiver på psykologers virke og viser frem kompleksiteten i arbeidet. Artiklene er ikke fagfellevurderte.

Ønsker du å skrive et fra praksisbidrag? Send til fagbidrag@psykologtidsskriftet.no

videre (hvilken intervensjon psykologen nå kan gjøre). Når man kommer til et fenomen på videoen psykologen ikke kjenner igjen eller ikke vet hvordan hun skal håndtere, starter neste del av læringen: å trene opp observasjonsevne og intervensjon.

KALD SONE OG VARM SONE

Når psykologen møter pasienten igjen, og skal utøve det man har lært i veiledningstimen, kan dette vise seg langt vanskeligere enn man først trodde. Jeg skiller mellom kald og varm sone. En terapitime er det jeg kaller varm sone, der man sitter i en emosjonelt ladet situasjon, overfor en pasient som både lider, ønsker lindring og har en interpersonlig stil som kan være utfordrende å sitte overfor. Når man først er i denne varme sonen, bør ferdigheten være innøvd; man frigjør kognitive og emosjonelle ressurser ved å allerede ha trent på dette i en kald sone. Dette er i veiledningsrommet, der man i en trygg og rolig atmosfære rollespiller gjentatte ganger det kritiske punktet på videoen der teknikken ikke var ferdigutviklet og terapien stoppet opp. Jeg pleier å spille pasient, og så er psykologen terapeut. Først forklarer jeg fenomenet som oppstår, viser hvordan jeg kjenner det igjen, knytter det til teori, og forklarer hvilke tekniske tilpasninger psykologen trenger å gjøre. Deretter trener vi på det. De første gangene er jeg en svært velvillig pasient, og gradvis gjør jeg noen endringer for at psykologen skal få trene seg på litt forskjellige varianter av samme tematikk.

Et eksempel fra en nylig veiledningstime var en psykolog som viste opptak av en time der pasienten hadde rapportert symptomforverring i etterkant av timen. På opptaket fortalte pasienten om en vanskelig hendelse, samtidig som han viste og rapporterte tegn på å være utenfor sitt toleransevindu (fravær av angst i tverrstripet muskulatur, ufokusert blikk, svimmelhet, tåkesyn og vansker med å finne ordene). I veiledningstimen trente vi derved på å oppdage tegn på at pasienten var overveldet av angst, teknikker for å regulere ned angsten, oppdage tegn på at pasientens angstnivå var regulert ned, og deretter mobilisere følelser på nytt. Vi så på forskjellige punkt i videoen der dette ble tydelig, og stoppet videoen på hvert av disse punktene, gikk inn i rolle som pasient og psykolog, og psyko-

logen øvde seg på å intervensere slik jeg hadde forklart ham. Dette arbeidet gjorde vi i kald sone, som gir psykologen et mer solid grunnlag for å bruke disse intervensjonene i varm sone i neste time.

FRA TERAPIROBOT TIL Å FINNE SIN EGEN STEMME

Noen spør meg om slik ferdighetstrening kan gå utover genuinitet, spontanitet og varm menneskelig interaksjonsstil i terapirommet. Til det pleier jeg å svare at mestring typisk innebærer flere steg. Først lærer man seg teorien, så lærer man seg teknikken, så trener man på når og hvordan teknikken utøves, og når dette er integrert, blir det som regel lettere å improvisere, være spontan, leke seg, teste ut, lytte til magefølelse og intuisjon, og kultivere sin egen stemme i terapirommet. En psykolog som ikke forstår hva som skjer i terapirommet, eller ikke har trent på hvordan håndtere det, vil typisk kompensere med å bli mer vag, belærende, krass, stille eller usikker. Jeg vil sammenlikne dette med en jazzmusiker som har trent på skalaer time etter time, og så kan slippe seg fri til å improvisere musikalsk på en scene etter flere målrettede timer med tørrtrening. Det kan være greit å akseptere at man i starten vil fremstå litt mer kunstig eller teknisk, det kan være et urimelig krav man stiller til seg selv hvis man forventer å både lære noe nytt og komplisert, samtidig som man skal være varm og nær.

PSYKOLOGENS EGENOMSORG

En slagside ved å fokusere på trening og måling av effekt er at psykologens superego får bensin på bålet. Dette er den nådeløse stemmen som krever perfektjon, ikke aksepterer feil, maner til et overdrevent antall treningstimer, kontinuerlig måler egen fremgang målt opp mot andres, osv. Læring fungerer best når den motiveres av overskudd, lyst og engasjement, og ikke av imperativ, indre krav eller overdreven søken etter anerkjennelse. Videre kan vi arbeide i et miljø preget av konflikter, devaluering, usunn konkurranse og usunne krav, noe det er lett å bli preget av.

Som veileder er det viktig å plukke opp når psykologen har et læringsproblem, og når psykologen har et arbeidsproblem. I noen tilfeller har vi i løpet av veiledningsøkten skiftet fokus fra terapien til psykologens dagsform. Det har »

vært ganger jeg har anbefalt psykologer å ta en prat med arbeidsgiver, be om sykemelding, redusere tid de bruker på å trene på terapi, flytte fokus til kaffepauser eller ha mer fritid. Veiledningen innebærer et helhetlig bilde på psykologen og psykologens arbeid.

HVORDAN ER VEILEDNINGSRELASJONEN?

På samme måte som pasienter ikke ofte nok gir oss negativ informasjon om effekten av terapien eller planer om å slutte, vil psykologer typisk vegre seg for å uttrykke at veiledningen ikke har tilsiktet effekt, at de mistrives i relasjonen, eller at andre negative fenomen spiller seg ut (f.eks. Ladany et al., 1996; Mehr et al., 2012). Så tidlig som mulig bør veileder være var overfor utsagn som omhandler psykologens selvfølelse eller smerteopplevelse når det skjer noe i terapi- eller veiledningstidene som de ikke liker. Mange blander læring med usunn idealisering, devaluering, masochisme eller mishandling, og bruker veiledningsrelasjonen som en arena for pisking av andre, selvpisking eller å bli pisket av veileder. For andre vil veiledningene brukes mer rigid til å bekrefte at de har gjort noe riktig, fremfor å genuint utforske hvilken effekt deres arbeid har på pasienten. Veiledningen blir en arena for beskyttelse av et selvbylte fremfor en læringsarena. Andre har igjen reaksjoner på andre psykologers arbeid når veiledning

foregår i gruppe, og får problemer når andre får til noe de selv ikke får til. Alt dette faller inn under grenseoppgangen terapi, egenutvikling og terapiveiledning, og vil i noe grad falle inn under veiledningsarbeidet.

VEILEDERS EGENUTVIKLING

Også psykoterapiveiledere trenger veiledning. Jeg har hatt stor nytte av å ta videoopptak av mine veiledningstimer, som jeg ser på med *min* veileder, som trener meg i psykoterapiveiledning. Når jeg veileder psykoterapiveiledere, skiller jeg mellom tre lag av arbeid som kan fokuseres på:

- Det tekniske veiledningsarbeidet
- Psykologens reaksjoner på å være i en lærelasjon
- Veilederens reaksjoner på å være i en lærelasjon

Disse punktene får imidlertid bli tema for en senere artikkel, men stikkordet for læring av veiledningsarbeidet er det samme: knytte teori til respons-intervensjon-respons, og gradvis oppbygging av ferdighetstrening samt overvåking av superegos forsøk på å ta over prosessen og arbeidslivet. ✘

Interessekonflikt: Jonas Sharma-Bakkevig er psykoterapiveileder på Norsk Institutt for ISTDP

REFERANSER

- Blanchard, M. & Farber, B.A. (2016). Lying in psychotherapy: Why and what clients don't tell their therapist about therapy and their relationship. *Counselling Psychology Quarterly*, 29, 90–112.
- Chow, D.L., Miller, S.D., Seidel, J.A., Kane, R.T., Thornton, J.A. & Andrews, W.P. (2015). The role of deliberate practice in the development of highly effective psychotherapists. *Psychotherapy*, 52(3), 337–345.
- Ericsson, K.A. (2006). The influence of experience and deliberate practice on the development of superior expert performance. I K.A. Ericsson, N. Charness, P.J. Feltovich & R.R. Hoffman (re.), *The Cambridge Handbook of Expertise and Expert Performance* (s. 683–703). Cambridge: Cambridge University Press.
- Goldberg, S., Rousmaniere, T.G., Miller, S.D., Whipple, J., Nielsen, S.I., Hoyt, W., & Wampold, B.E. (2016). Do psychotherapists improve with time and experience? A longitudinal analysis of real world outcome data. *Journal of Counseling Psychology*, 63, 1–11.
- Hannan, C., Lambert, M.J., Harmon C., Nielsen, S.I., Smart, D.W. Shimokawa, K. & Sutton, S.W. (2005). A lab test and algorithms for identifying clients at risk for treatment failure. *Journal of Clinical Psychology: In Session*, 61, 155–163.
- Ladany, N., Hill, C.E., Corbett, M.M., Nutt, E.A. (1996). Nature, extent, and importance of what psychotherapy trainees do not disclose to their supervisors. *Journal of Counseling Psychology*, 43(1), 10–24.
- Mehr, K.E., Ladany, N., & Caskie, G.I.L. (2010). Trainee nondisclosure in supervision: What are they not telling you? *Counselling and Psychotherapy Research*, 10(2), 103–113.
- Walfish, S., McAlister, B., O'Donnell, P. & Lambert, M.J. (2012). An investigation of self-assessment bias in mental health providers. *Psychological Reports*, 110(2), 639–644.



KUNSTEN Å LYTTE De nye pakkeforløpene anbefaler tilbakemeldingsverktøy i behandling av psykiske lidelser, men forskningen gir ikke et entydig svar på om slike verktøy faktisk forbedrer behandlingsresultater. Foto: Yoshiyuki Hasegawa/Scanpix

Nyansene i tilbakemeldinger

Forskningen gir ikke et entydig svar på om tilbakemeldingsverktøy forbedrer behandlingsresultater eller ikke. Hvordan kan vi bruke slike verktøy på en fruktbar måte?

TEKST

Heidi Brattland, psykolog og phd, Tiller DPS, St. Olavs Hospital

KONTAKT

heidi.brattland@stolav.no



For noen år siden holdt jeg på å utrede en ung kvinne som hadde blitt henvist til det distriktspsykiatriske senteret jeg jobbet ved, med mistanke om bipolar lidelse. Det tok litt tid å finne ut av hva kvinnens ustabile stemningsleie egentlig handlet om, men jeg syntes det ble tydeligere for hver gang vi møttes. Men så, etter 4–5 samtaler, ba hun om å få bytte behandler. Hun følte ikke at vi hadde en god kjemi. Dessuten hadde spørsmålene mine fått fram vonde minner fra fortida, og hun hadde følt seg verre for hver samtale. Tilbakemeldingen kom helt uventet på meg. Jeg visste ikke helt hvordan jeg skulle reagere. Jeg forsøkte å forstå hva som lå bak ønsket om behandlerbytte, men lyktes ikke så godt, kanskje fordi jeg strevde med noen vage følelser av å ikke være god nok. Kvinnen kom ikke tilbake til neste time, og svarte heller ikke på telefonen da jeg forsøkte å få kontakt med henne. Hun droppet ut av behandling.

Kunne denne situasjonen ha vært unngått? Hvis jeg hadde visst at samtalen med meg gjorde henne verre – eller at kjemien var dårlig – kunne jeg da ha møtt henne på en bedre måte? Hensikten med tilbakemeldingsverktøy, som Feedback-Informert Terapi (FIT; Bertolini & Miller, 2012), er å gi en pekepinn på om behandlingen er på riktig kurs eller ikke. I starten av hver terapitime svarer pasientene på et spørreskjema om hvordan det går med dem. Det blir dermed lett å få øye på manglende tidlig bedring, som er en kjent og sterk prediktor for terapiutfall (f.eks. Koffmann, 2018). På slutten av hver time svarer pasientene på spørsmål om hvordan timen har vært. Dette skal gjøre det lettere å fange opp og reparere problemer i den terapeutiske alliansen, som også har en godt dokumentert sammenheng med behandlingseffekt (Horvath, Del Re., Flückiger, & Symonds, 2011). De to spørreskjemaene ved start og avslutning av timen er ment som et supplement til det pasienten sier, og vår egen kliniske vurdering, en tredje kilde til informasjon som det ellers kan være vanskelig å få tak i.

Interessen for tilbakemeldingssystemer er stor, og den øker. Men resultatene fra forskning på effekten av slike verktøy har vært blandede. For eksempel har mange studier rapportert at behandlingsutfall blir bedre med FIT, men det er ikke tilfelle i alle (Østergård, Randa, & Hougaard,

2018). Det er relativt få studier av høy metodisk kvalitet, og evidensen til støtte for tilbakemeldingssystemer er per i dag utilstrekkelig (Kendrick et al., 2016).

THE TILLER FEEDBACK PROJECT

Vi begynte med FIT på en allmenpsykiatrisk poliklinikk på Tiller DPS i Trondheim for åtte år siden. Parallelt med den kliniske implementeringen har vi forsket på hvordan det påvirket både behandlingen vi ga, og oss som terapeuter. I doktorgraden min har jeg sett nærmere på noen variabler som kan hjelpe oss å forstå hvorfor FIT ikke alltid er like nyttig, og hvordan vi kan få mer utbytte av slike verktøy.

BEDRE EFFEKT AV BEHANDLING MED FIT

Hovedfunnet fra the Tiller Feedback Project¹ var at FIT forbedret terapiutfall (Brattland et al., 2018). Pasienter som fikk behandling med tilbakemeldingsverktøyet, hadde to og en halv gang større sjanse for å oppleve en reliabel bedring av symptomer og funksjon enn de som fikk behandling uten verktøyet. Når vi tok hensyn til noen variabler som kan påvirke en slik effekt (bl.a. forskjeller mellom terapeuter), ble effektstørrelsen av FIT likevel liten, Cohen's d = 0,27.

For hvem?

Når man leser forskningslitteraturen, kan man få mistanke om at disse tilbakemeldingsverktøyene passer best for pasienter med lettere psykiske lidelser. Av de få studiene som er gjort i spesialisthelsetjenesten, er det nesten ingen som har vist en effekt av slike verktøy på behandlingsutfall. Derfor undersøkte vi om pasientenes symptomtrykk og funksjonsnivå hadde innvirkning på effekten av FIT. Det var ikke tilfelle. FIT var like nyttig for pasienter som hadde det veldig vanskelig, som for de som hadde lettere plager.

Når?

Vi brukte en god del ressurser på opplæring og veiledning gjennom de fire årene som studien varte, og syntes at vi fikk mer ut av FIT etter som tiden gikk. Dette kunne vi også se i data-materialet. I begynnelsen av implementerings-

.....

1 The Tiller Feedback Project er et klinisk forskningsprosjekt som ble gjort på Tiller distriktspsykiatriske senter (DPS), St. Olavs Hospital i Trondheim, i samarbeid med NTNU. Arbeidsgruppen besto av John Morten Koksvik, Olav Burkeland, Gunnar Morken, Rolf Gråwe, Olav Morten Linaker, og Mariela Lara-Cabrera.

Hva er tilbakemeldingsverktøy?

- Tilbakemeldingsverktøy er en familie av ulike spørreskjemaer som brukes regelmessig gjennom et behandlingsforløp.
- Begrepsbruken på feltet kan være forvirrende. Det brukes flere samlebegreper for verktøyene (f.eks. feedbacksystemer, Routine Outcome Monitoring, ROM og systematic client feedback), og det fins mange ulike tilbakemeldingssystemer (f.eks. NORSE, OQ-45, CORE og STIC).
- Feedback-Informert Terapi (FIT) brukes på norsk oftest for behandling med ett slikt system, nemlig Klient- Og Resultatstyrt behandling (KOR). På engelsk heter det The Partners for Change Outcome Monitoring System (PCOMS; Miller, Duncan, Sorrell, & Brown, 2005) eller ORS/SRS. Av og til brukes FIT også som et samlebegrep på all behandling med tilbakemeldingsverktøy.

perioden hadde FIT veldig liten innvirkning på behandlingsutfall, men mot slutten hadde pasientene mye bedre nytte av behandling med enn uten tilbakemeldingsverktøyet.

Hvordan?

Dersom vi forstår hvordan tilbakemeldingssystemer forbedrer behandlingsutfall, kan vi bruke dem mer effektivt, slik at flere pasienter får nytte av dem. Fordi FIT eksplisitt retter seg mot den terapeutiske alliansen, var dette et naturlig sted å starte i jakten på endringsmekanismer i FIT. Resultatene tyder på at noe av grunnen til at pasientene i FIT-betingelsen hadde mer utbytte av behandlingen, var at disse pasientene hadde opplevd en betydelig bedring av alliansen i begynnelsen av behandlingen (Brattland et al., 2019).

Vi var også nysgjerrige på hvordan terapeuter opplever å få negativ feedback fra pasienter. Resultatene tyder på at møtet med pasientens misnøye kan vekke utfordrende følelser i terapeuten, men at direkte og spesifikk tilbakemelding både gjør det mulig for dem å gjøre noe med situasjonen, og å lære noe som de kan bruke i møtet med framtidige pasienter (Brattland et al., 2016).

ANBEFALINGER

Resultatene fra the Tiller Feedback Project støtter bruk av tilbakemeldingsverktøy i behandling av psykiske lidelser, som anbefalt i pakkeforløpene. Men det å måle pasientens behandlingsrespons med slike verktøy er neppe virksomt i seg selv. Effekten avhenger av hva terapeuter gjør når de oppdager at en pasient ikke har nytte av behandlingen, og det kan være nødvendig med systematisk innsats over tid for å finne en god måte å bruke tilbakemeldingsverktøy på. Klinikker som vurderer å implementere slike verktøy, bør derfor være forberedt på å sette av tid og ressurser til opplæring og veiledning. ✘

Doktorgrad om tilbakemeldingsverktøy

- Heidi Brattland forsvarte doktorgraden *For whom, when, and how does Routine Outcome Monitoring (ROM) improve psychotherapy outcomes? A randomized clinical trial and a qualitative study at a hospital mental health center* 9. november 2018.
- Veiledere var Valentina Iversen og Truls Ryum ved Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet (NTNU).
- I en randomisert kontrollert studie fikk pasienter på en allmenpsykiatrisk poliklinikk (N = 170) behandling med eller uten FIT. Behandlere (N = 20) jobbet med pasienter i begge betingelsene, og fikk regelmessig veiledning i FIT gjennom de fire årene som studien varte. Symptom- og funksjonsnivå ble målt før behandling og ved avslutning, og arbeidsalliansen etter første time og to måneder.
- I en kvalitativ studie svarte erfarne terapeuter (N = 18) skriftlig på åpne spørsmål om en situasjon der en pasient hadde gitt dem en negativ tilbakemelding, uavhengig av om de hadde brukt et tilbakemeldingsverktøy eller ikke.

REFERANSER

- Bertolini, B., & Miller, S. D. (2012). ICCE Manuals on Feedback-Informed Treatment. (Vol. 1–6). Chicago, IL: ICCE Press.
- Brattland, H., Høiseth, J.R., Burkeland, O., Inderhaug, T.S., Binder, P.E., & Iversen, V.C. (2018). *Learning from clients: A qualitative investigation of psychotherapists' reactions to negative verbal feedback*. *Psychotherapy Research*, 28(4), 545–559.
- Brattland, H., Koksvik, J.M., Burkeland, O., Gråwe, R.W., Klöckner, C., Linaker, O.M., Ryum, T., Wampold, B., Lara-Cabrera, M.L., & Iversen, V.C. (2018). The effects of routine outcome monitoring (ROM) on therapy outcomes in the course of an implementation process: A randomized clinical trial. *Journal of Counseling Psychology*, 65(5), 641–652.
- Brattland, H., Koksvik, J.M., Burkeland, O., Klöckner, C., Lara-Cabrera, M.L., Miller, S.D., Ryum, T., Wampold, B., & Iversen, V.C. (2019). Does the working alliance mediate the effect of routine outcome monitoring (ROM) on alliance feedback on psychotherapy outcomes? A secondary analysis from a randomized clinical trial. *Journal of Counseling Psychology*, advance online publication.
- Koffmann, A. (2018). Has growth mixture modeling improved our understanding of how early change predicts psychotherapy outcome? *Psychotherapy Research*, 28(6), 829–841.
- Horvath, A.O., Del Re, A.C., Flückiger, C., & Symonds, D. (2011). Alliance in individual psychotherapy. *Psychotherapy: Theory, Research, & Practice*, 48, 9–16.
- Kendrick, T., El-Gohary, M., Stuart, B., Gilbody, S., Churchill, R., Aiken, L., ... Moore, M. (2016). Routine use of patient reported outcome measures (PROMs) for improving treatment of common mental health disorders in adults. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 7(7), CD011119.
- Miller, S.D., Duncan, B.L., Sorrell, R., & Brown, G.S. (2005). The partners for change outcome management system. *Journal of Clinical Psychology*, 61, 199–208.
- Østergård, O.K., Randa, H., & Hougaard, E. (2018). The effect of using the Partners for Change Outcome Management System as feedback tool in psychotherapy – A systematic review and meta-analysis. *Psychotherapy Research*, Advance online publication.

Dataspill som problem – og løsning

«Med ondt skal ondt fordrives», heter det. Ved Oslo universitetssykehus bruker man blant annet dataspill som belønning hos dataspillavhengige og skolevegrende ungdommer.

TEKST

Gaute Godager, psykologspesialist ved Oslo universitetssykehus, tidligere gründer av dataspillfirmaet Funcom

KONTAKT

gauteg@gmail.com

ILLUSTRASJON

Åge Peterson

REGULERING AV BARN og ungdoms forhold til og bruk av skjerm er en vanlig utfordring for foreldre. Ukentlig skrives det mye om «farlige spill» – som «Fortnite» – i mediene. Bekymringen hos foreldre kan dreie seg om dataspilling som tar overhånd, men også om mobilbruk nattestid, bekymring for dårlig fysisk form og manglende sosial kompetanse, for å nevne noe.

«Spillavhengig» brukes av mange foreldre for å beskrive hvordan barnet deres forholder seg til datamaskinen sin. På skoler landet over organiseres det kurs for foreldre for å forebygge slike og andre tilstander.

Men hvordan ville det være å bruke avhengigheten av skjerm og spill til nettopp å motivere skolevegrere til å gå på skolen, til å gå i behandling eller til å delta i egen tilfriskning? Denne «Fra praksis»-artikkelen vil handle om en slik metode. Vi forsøker å snu problemet til å bli en del av løsningen.

Diagnosen «spillavhengighet» handler tradisjonelt om pengespillavhengighet. ICD-10s «F63.0 Patologisk spillelidenskap» (engelsk:

«Pathological Gambling») brukes om de som «spiller seg fra gård og grunn». En egen diagnose for dataspillavhengighet er på vei inn med ICD-11, som nå er lansert på engelsk. Det er uansett et stort behov for å skille mellom penge-spillavhengighet og dataspillavhengighet. Det er stort sett forskjellige grupper mennesker, forskjellige prognoser og forskjellige avhengighetsmekanismer. Nyere forskning kan likevel tyde på at problemdataspilling kan være en forløper for gamblingproblemer (Molde et al., 2018).

I Norge vil likevel de fleste snakke om spillavhengighet når de beskriver et barn som spiller mye. Mange får kanskje fantasier om en «usosial, litt overvektig gutt». Få tenker på at en mor som bare MÅ ta en runde «Candy Crush» på mobilen, kan være avhengig. Årsaken til det er at de fleste forstår at mor går på jobb, er sosial og fikser livet, uavhengig av hvor mye hun bruker mobilen. Det er med andre ord ikke det å spille mye dataspill som i seg selv er problematisk, men funksjonsfallet du kan få. »



En av de mest alvorlige typene funksjonsfall er skolevegring. Skolevegring kan enten handle om å fysisk ikke gå på skolen, ikke klare å være på skolen hele dagen, eller, i noen tilfeller, å være der kun fysisk, men uten å delta. Det er også verdt å nevne at mange av de samme ungdommene som er «vegrere» på barne- og ungdomstrinnet, blir drop-outs i videregående.

Du skal ikke ha jobbet lenge i barne- og ungdomsfeltet før du møter skolevegrende og dataspillende unge jenter og gutter. Å hjelpe dem er ofte vanskelig. Å falle ut av skolen er et alvorlig symptom på ting som ikke er bra, og det er ofte sammensatte problemer og diagnoser som ligger bak. Det er ofte ikke behov for en ny diagnose for å gi rett til behandling.

NÅR ER MAN «GAMINGAVHENGIG»?

I ICD-11 er «gaming» («6C51 Gaming disorder») som begrep satt opp mot «gambling» (pengespilling – ICD11: «GC50 Gambling disorder»). Det skal mye til for å bli diagnostisert (WHO, 2018): 1) Du skal miste kontroll over dataspillingen (f.eks. oppstart, frekvens, intensitet, varighet, avslutning av og/eller i gal kontekst). 2) Dette skal ta overhånd og ødelegge for andre livsinteresser og livsfunksjoner, og 3) det skal fortsette eller eskalere på tross av negative konsekvenser. Det må være så alvorlig at det gir signifikant tap av funksjon, både personlig, familiemessig, sosialt, i jobb eller når man er i utdanning. Det kan være pågående eller tilbakevendende. Varighet må være minst tolv måneder, eller kortere hvis omfanget er alvorlig nok.

Det er med andre ord ikke nok å være glad i å spille dataspill. Det må føre til alvorlig funksjonsfall over lengre tid for å kvalifisere til diagnosen. Dette gjør at barn og ungdom flest ikke er avhengige.

PREVALENS

Prevalensstudier fra Norge (Pallesen et al., 2016) viser avhengighet på ca. 0,5 % og problemspilling på ca. 2,8 % hos 16-74 åringer, og 0,33 % avhengighet og 3 % problemspilling på en nyere prevalensstudie for hele populasjonen (Witteck, 2016). Tidligere studier fra utlandet, med fokus utelukkende på barn/ungdom, kan vise avhengighet opp mot 6 % (Ferguson et al., 2011). Alder og kjønn er sterke prediktorer. Yngre gutter er mest utsatt.



Hvordan ville det være å bruke avhengigheten av skjerm og spill til nettopp å motivere skolevegrere til å gå på skolen, til å gå i behandling eller til å delta i egen tilfriskning?

I det kliniske møtet med foreldre og barn/ungdom er det viktig å forklare denne forskjellen mellom spillentusiast på den ene siden og dataspillavhengig med alvorlig funksjonstap på den andre. De fleste forstår dette i dag. Utfordringen for foreldre virker å være knyttet til hvor mye og hvor hardt de skal regulere spillingen for barn og ungdom. Selv om det hadde vært lettvisst å si «kun 3 timer dataspilling om dagen», er det ikke fullt så enkelt.

Med en slik utbredelse av dataspillproblemer er det mulig å forstå at dataspill har en stor kraft. Kan denne kraften brukes til noe konstruktivt for skolevegrere som sliter med spillavhengighet?

DATASPILL SOM MOTIVASJON

Veldig enkelt kan det sies at hele intervensjonen vi har jobbet med, går ut på å installere «kontrollsoftware» på ungdommens pc og mobil og gi tilgang som et resultat av at de går på skolen, deltar i behandling, eller på annen måte samarbeider med de voksnes prosjekt. Dette er apper eller programmer som tar over mobilen og stenger tilgang til internett, visse apper, programmer eller hele pc-en/mobilen. Tilgangen styres av en behandler (eller forensatte) via en nettside eller en mobilapp.

Av pedagogiske grunner vil denne metoden deles inn i fire «faser», selv om virkeligheten er mer organisk:

1. Forberedelse og undersøkelse
2. Implementasjon og forhandling
3. Belønning og støtte
4. Tilbakeføring av kontroll til ungdom og foreldre

FASE 1: FORBEREDELSE OG UNDERSØKELSE

Ofte er saken blitt akutt før vi begynner å jobber med den. Det kan være flere år med manglende skoledeltakelse. Behandling i BUP er pågående. Omsorgssituasjonen har nesten alltid vært vurdert av barnevernstjenesten som bra. Funksjonsfallet er omfattende med isolasjon, redusert hygiene, dårlig søvnfunksjon, selvskadning mm.

Hva som har blitt gjort, undersøkes. Særlig differensialdiagnostiske vurderinger er viktig her. Det må understrekes at det meste har vært forsøkt *før* vår hestekur anbefales. Hvilken *funksjon* dataspillingen har for barnet/ungdommen, må avklares. Er det en arena å kjenne mestring på fordi skolen er vanskelig? Er det en måte å unngå vanskelige følelser på? Eller er det positive sosiale forpliktelser til medspillere? Veldig typisk ser vi en blanding av mange faktorer: Ungdommen er inne i en negativ spiral der det lille hun/han har igjen av sosial funksjon, er knyttet til venner inne i spillene. Jo mer de spiller, jo vanskeligere blir det å konfrontere vonde følelser de unnviker. Resultatet er en ungdom som er hjemme og spiller på dagen.

Foreldre, skole og behandler opplever stor grad av avmakt. Ungdommen viser liten motivasjon til å endre situasjonen. Å gå på skolen og til BUP er foreldrenes prosjekt. For andre kan det virke som om disse ungdommene har det topp. De slipper skole, de slipper vonde følelser, og de er hjemme og «koser seg». Det står i hermetegn her, for det er alltid mye smerte involvert. Spillingen setter kun de vonde følelsene på pause.

I denne fasen er møter med BUP-behandler, foreldre og skolen viktig. Foreldre må særlig forberedes. Vi formidler til behandler og foreldre:

1. Det er ikke farlig å ikke spille, selv om ungdommen har all sosial kontakt der. De er trygge, bor hjemme, har foreldrene sine, og det virkelige livet venter.
2. Det blir ofte verre før det blir bedre. Denne metoden fører til en voldsom, kortvarig eskalering av ubehaget.
3. Det oppleves negativt å gradvis trappe ned. Gradvis nedtrapping føles som lang tid med økende straff.
4. Vi vil være der til prosjektet er gjennomført, men det vanligvis tar tre-fire uker.
5. Vi snakker med ungdommen og formidler at vi er på saken, ber om samtykke om nødvendig. Vi sier vi vil hjelpe, at vi forstår.

Ungdommene vi møter, bruker ofte skjermtilgangen for å være sosiale. Skjermen er der når de er hjemme fra skolen, og ofte sent på kvelden. For at ungdommen skal bli i stand til å forhandle, er det viktig at tilgjengeligheten til å begynne med blir lav nok. Det å få tilgang for å gå på skole skal faktisk virke som en belønning.

FASE 2: IMPLEMENTASJON OG FORHANDLING

I neste fase blir rammene rundt skolen igjen presentert for ungdommen. Vi forklarer at vi skal hjelpe dem med miljøterapeutiske støttende tiltak, men at det å gå på skolen er uunn-gåelig. Vi foreslår en skole-opptrappingsplan. Skjerm og spilltilgang blir introdusert som belønning for å gå på skolen. Som regel fører dette først til null samarbeid. De blir ofte sinte, truende eller på andre måter utagerende for å beholde kontrollen.

Vi leverer de nye forutsetningene som en «kontrakt» som er så konkret som mulig, som reglene i et spill, der det står forklart at det blir ingen skjerm uten samarbeid. De vil få noen timer spilltid for å gå på skole, gå i behandling, møte opp og opparbeide rett til skjermbruk i helgen.

Ungdommen kan nå velge å skrive under. Ingen har så langt gjort det på dette tidspunktet i forløpet. I løpet av et par dager henter foreldre, med vår hjelp, ut pc-en fra hjemmet. Mobilen blir som oftest ikke fysisk gjort noe med. Det reguleres ved at dataabonnement stenges, WiFi tas ned, ladere fjernes slik at mobilen går tom. Vi bruker et ekstra samtykkeskjema foreldrene skriver under på, for å ta med oss pc-en. Å «fysisk ta» pc-en gjøres også for at det skal være noe melodramatikk i situasjonen, for å skape en endrende reaksjon.

Dette er ofte den mest kritiske fasen. Noen få ganger resignerer ungdommen og er på rommet sitt i noen dager, i et håp om at presset fra oss skal forsvinne, men som regel blir de sinte. I et par tilfeller har det vært telefoner til akutenhet døgnet på kvelden etter heftige krangler og trusler om vold/selv-mord. Alle slike hendelser er på forhånd drøftet, og håndtering er en del av en krise-/mestringsplan for ungdommen. Ingen har blitt innlagt så langt. Her er mot og trygghet hos hjelperne viktig.

Etter noen dager har ungdommen alltid samarbeidet. Da gir de oss login og passord til »

pc og koder til mobil. Vi bruker et program som heter «Qustodio», men det kan være mange forskjellige løsninger. Fordelen med dette programmet er at det støtter Windows, Apple OSX, Apple IOS (iPhone, iPad osv.) og Android telefoner. Det koster ca. 450 kroner for et år, noe foreldrene kjøper.

Programmet sender daglige rapporter om bruk. Det går også an å kontrollere en rekke andre ting, som nettsider, ringte telefoner, innhold i sms-er, meldinger sendt på Facebook, osv. Det er problematisk med såpass invaderende muligheter. Alle har krav på personvern. Vi benytter oss ikke av disse mulighetene og forsikrer ungdommene om det. Noen har slitt med å gamble bort store summer penger eller gått inn på det sorte nettet og browsert på vold, selvmordsmetoder og drap, for å nevne noe. Da har de selv ønsket å få kontroll over dette og bedt oss regulere det. En ungdom som stjal kredittkort og handlet for store summer, ønsket å få hjelp til å ikke bruke penger. Dette kunne ikke systemet kontrollere, og atferden fortsatte.

KASUS 1: GUTT, 14 ÅR. – STOR FRAMGANG

Denne gutten¹ hadde fysisk gått på skole, men ikke deltatt i undervisningen de siste 4,5 årene. Han satt hele dagen med skyggelue, mobil og hodetelefoner. Dersom foreldrene tok telefonen bort, nektet han å gå på skolen og ble også fysisk skolevegner. Gutten går på en spesialskole for ungdommer med Asperger syndrom og har kreative og dedikerte lærere.

Han hadde ingen venner på skolen han samhandlet med. Han snakket svært lite med læreren sin eller foreldrene. Han brukte 1,5 time på ritualer hver morgen før han dro. For eksempel måtte mor vente 30 minutter i bilen uten å mase for at han skulle komme. Han begynte å gå fysisk på skolen etter at BUPs ambulant team hadde vært i saken for noen år siden. Han snakket ikke i BUP-timene. BVT hadde trukket seg ut, omsorgen var god nok. Han spilte 5–8 timer om dagen. Læreren hadde i frustrasjon ved en anledning forsøkt å fysisk ta mobilen fra ham. Det førte nesten til slåsskamp.

.....

1 Samtykke fra barna og pårørende som omtales i denne teksten er innhentet. Kasusene er anonymiserte.

Etter at pc-en ble «kidnappet» og mobilen gjort midlertidig utilgjengelig, gikk det to dager før han ville forhandle. Vi installerte kontrollsoftware, og han ble belønnet for å delta på skolen etter planen.

Etter gradvis opptrapping på tilgang til skjerm er dette status: Han går på skolen gjennom hele dagen, hver dag. Han bruker ikke mobilen på skolen. Han kommer seg «normalt raskt» til skolen hver morgen. Han snakker med moren sin, er interessert og hyggelig. Han snakker og forteller lærere om skolefagene. Han tar prøver og deltar aktivt i undervisningen. Han samhandler og deltar sosialt med jevnaldrende på skolen.

Det har nå gått åtte måneder siden behandlingen startet, og status er stabil.

FASE 3: BELØNNING OG STØTTE

I neste fase følger vi barnet/ungdommen, foreldre, skole og BUP tett. Vi får rapporter om skole- og behandlingsoppmøte og deltakelse. Vi belønner med en gang. Videre er vi der med miljøterapeutisk støtte, noe som alltid er nødvendig. Parallelt med dette kan pasienten få psykoterapeutisk og medisinsk veiledning samt foreldreveiledning og pedagogiske tiltak fra BUP.

Våre miljøterapeuter kan også helt i begynnelsen hjelpe til med motivasjon, vekking og levering. Det kan virke som om denne «tydelige og invaderende veggen av folk» gjør endring uunngåelig. Her er det rom for psykoedukasjon, eksponeringsteknikker, avledning og alle andre affektregulerende teknikker.

KASUS 2: JENTE 15. – TYPISK EFFEKT

Hun har ADHD, hun har blitt mobbet, har dårlig selvfølelse og sterkt negativt kroppsfokus. Hun deltok lite i behandlingen og var kun «besøkende» i DBT-tilbudet hun hadde. Hun hadde vært gradvis mer skolevegrende i løpet av et år. Når hun ble presset til noe, ble det tiltakende selvskading og trusler om selvmord. I tillegg til spilling var det store tap av penger i «skin trading»/ «skin gambling» (Fandom, 2019) og stjeling av kredittkort. Det var hyppige nettsøk på selvmord og selvskading på det sorte nettet, særlig etter tap av penger. Foreldrene var redde og oppgitte. Barnevernet hadde ikke vært inne i saken.

Kontrollsoftware ble kun installert på pc-en hennes. Skin trading og det sorte nettet ble

blokkert. Hun fikk tilrettelagt tilbud på en spesialskole ut året og miljøterapeutisk støtte for oppmøte. Hun deltok aktivt i undervisningen der i siste halvdel av 10. trinn. Hun kom inn på tilpasset tilbud på en videregående skole. Hun ble i økende grad sosialt aktiv og trener noen ganger i uken med venninner. Hun ble gradvis mer og mer deltakende i behandling. Samtidig viser hun andre økende symptomer, for eksempel mer angst, men hun forsøker å bruke teknikker aktivt.

Kontrollsoftware er nå tatt bort etter at foreldrene opplevde at samarbeidet og grensesettingen fungerte igjen, og at ungdommen igjen opplevde mestring på skolen.

Det er ofte tilbakefall i denne fasen. Noen ungdommer finner ut måter å avinstallere kontrollsoftwaren på, resette mobilen, osv. Kontrollsoftwaren gir rapport om dette. Resultatet er en ny runde helt uten skjerm.

For ungdommen oppleves denne intervensjonen nesten alltid som svært militær, ja, som ondsinnet. Vi har ikke noe ønske om å straffe noen, men å være i forhandling. Så snart sinnet rettes mot oss, begynner vi å snakke.

Ungdommer må ofte lære *hva det er å forhandle*. Tidligere har situasjoner eskalert til at sønnen/datteren har fått det som han/hun vil. Foreldrene har gjort sitt beste, men de har ikke maktet å stå i det, selv med støtte fra barnevernstjenesten og BUP. Vi som behandlere i denne metoden skal være der i kun kort tid, og vi formidler dette. Vårt behov for varig allianse er underordnet, vi skal ha fokus på å skape endring. Foreldre kan nå validere hvor vanskelig det er når vi virker urimelige. De andre tverrfaglige aktørene har forskjellige roller i dette. BUP kan for eksempel være der for å lære alternativer til skjerm som affektregulering, gjøre ytterligere utredninger og veilede



Du skal ikke ha jobbet lenge i barne- og ungdomsfeltet før du møter skolevegrende og dataspillende unge jenter og gutter

foreldre, skolen kan tilrettelegge undervisningssituasjonen, PPT kan gi fritak fra undervisningsplikt, barnevernstjenesten kan hjelpe med struktur, avlastning og veiledning, for å nevne noe.

Videre ser vi nå at ungdommen ofte lærer nye metoder for å takle vonde følelser, som alltid er der av en grunn. Det er ofte svært mye sinne i denne fasen, som de bruker aktivt til å endre adferd. Sinne er mer handlingsrettet enn unnvikelsen som de til nå har brukt.

Etter kort tid begynner ungdommen å gå bittelitt på skolen igjen, i en eller annen form. De prøver seg fram. Nå er det viktig med nær, tverrfaglig kontakt med skolen og hjemmet. Vi kan også bruke egne pedagoger til å jobbe med ungdommen for å se utfordringer og styrker. Dette resulterer nesten alltid i sterkere tilrettelegging, nye diagnoser eller kanskje bytte av skole. Før skjermkontrollen ble benyttet, har dette vært umulig på grunn av manglende samarbeid.

Overskriften lyder «belønning og støtte». For ungdommer flest kan fasen mest oppleves som ren «straff». Allikevel merker vi at de gradvis blir opptatt av å samle skjermtid, på samme måte som å samle «experience points» eller kult utstyr i spillene de elsker. Etter hvert kan de også rapportere en økende grad av stolthet og mestring over å komme tilbake til livet.

FASE 4: TILBAKEFØRING AV KONTROLL

Siste steg er tilbakeføring av kontroll. Hvis ungdommene samarbeider godt med foreldrene, skolen og BUP, går vi over til normal foreldre-regulering, og vi avinstallerer kontrollsystemet.

Den viktigste delen av dette er å hjelpe foreldrene til å ha kraft til å stå i de vanskelige situasjonene som vil oppstå.

Vanligvis formidler foreldre at det gir ny energi at noen andre har satt ned foten sammen med dem, og at de har kunnet fokusere på å hjelpe ungdommen gjennom å tåle, trøste og validere.

RESULTATER

Kasuseksempelene gir noen pekepinner på resultater. I løpet av et år har vi gjennomført denne metoden fire ganger i tillegg til et tilfelle der forklaringen av metoden var tilstrekkelig for å skape endring. To ganger var det gode resultater. Én gang skjedde noe endring og én gang svært lite, selv om det gav mye informa-



sjon som førte til en mer presis rehenvisning. Å bruke skjermkontroll som metode er en svært kraftfull intervensjon som forrykker balansen i en familie. Dette gjør at fastlåste situasjoner åpnes opp. Det er ikke slik at alle kommer tilbake til normal skole, men en form for bedring og endring er det ofte.

De største utfordringene med denne metoden er ungdommer med stor teknisk kunnskap. De kvitter seg med kontrollsoftwaren i løpet av en dag eller to. Da blir effekten redusert. Vi opplever også der at kontrollsoftware ikke hindrer misbruk av kredittkort.

DISKUSJON

Å kontrollere et annet menneskes tilgang til skjerm, mobil og spill kan føles som et brudd på menneskerettighetene for mange unge mennesker. Skjerm er ikke underholdning og tidsfordriv, det er selve kjernen i deres sosiale liv, kjernen i dem. Et så invaderende og nærmest «brutalt» tiltak kan skape mye ubehag. En av de største utfordringene for behandlere som vurderer å bruke denne metoden, er opplevelsen av å gjøre det verre for ungdommene først. Da kreves det klarhet i metode og en trygghet i faget.

En interessant diskusjon knyttet til de atferdsmessige endringene som oppstår i møte med ytre kontroll i avhengighetsbehandling, er i hvilken grad det faktisk medfører en endret motivasjon til å selv regulere dataspillingen. Her er forskerne Deci og Ryans gjennomgang av temaet i deres *Self-determination theory (SDT)* verdt å se litt nærmere på. Som hos de fleste som er avhengig av noe i ung alder, vil egen evne til å ha tilgang til ambivalensen knyttet til misbruk være dårlig utviklet. En femåring vil ikke være motivert til å regulere inntak av godterier, men en 15-åring kan være det. Jo yngre et menneske er, jo mer er det avhengig av foreldrenes regulering for å skape regulert atferd. Indre motivasjon for å endre atferd, å få «lyst til å gå på skolen», vil sjelden være der før atferden «å gå på skolen» har blitt en vane. Dette er særlig tydelig i møte med SDT, der veldig mange indre motiverende faktorer (mestringsfølelse, autonomi og tilknytning til andre) i stor grad fylles av dataspillet, og kanskje i mindre grad av skolen. De fleste som blir presset til å gå fra noe de er autonome, mestrende og populære i (dataspillet), til noe de er kontrollert av, dårlig mestrende i og på utsiden



En undring som bør drøftes, er om dataspillene er blitt «symptombæreren» for andre vansker i familien, og om ikke behandlingen da heller bør foregå på familie- og systemnivå

den av (skolen, behandling, trening m.m.) vil slåss imot en slik endring. Den er for lite motiverende. Selv om mange barn og ungdommer vil føle det ubehagelig å få dataspillingen sin regulert av andre, kan det å på lengre sikt styre tilgangen til spillingen selv bidra til egen tilfriskning og føre til et bedre samarbeid. Det vil allikevel ikke være slik at du som behandler får noen «tak» av ungdommen ved å regulere tilgang på tross av at de får et bedre liv, opplever mestring på andre arenaer og får mindre av andre symptomer. Å ha fri tilgang til skjerm er selvsagt ingen menneskerett (Vallerand, 2000). Det er ikke noe vi ble skapt for å ha og holde på med. Det er lov å undre seg om vi mennesker i lengden tåler å være tilgjengelig for alle andre 24/7? Takler vi å spille så mye som vi gjør? Personlig er jeg glad i dataspill, men den omtalte intervensjonen kan være nødvendig når funksjonsfallet er stort og man ikke ser god effekt av andre tiltak.

En undring som bør drøftes, er om dataspillene er blitt «symptombæreren» for andre vansker i familien, og om ikke behandlingen da heller bør foregå på familie- og systemnivå. Det er selvsagt alltid noe i alle familier som gnisser. Vi opplever likevel at familiene vi møter, er resurssterke og oppegående, og at de faktisk har fått god støtte og hjelp av systemet. Det er bare det at skjermbruk er svært vanskelig å regulere. Vår vurdering er at systemiske og familierapeutiske intervensjoner ofte er nødvendige, men det er ikke tilstrekkelig for å få til varig endring.

Det er kraften i dataspillet som gjør regulering så vanskelig for barn og ungdom. Evnen til selvregulering øker normalt med alderen.

Problemet kommer når ungdommer som normalt burde være i stand til å regulere dette greit, ikke gjør det. I de tilfellene blir dataspill en del av negative sirkler knyttet til andre symptomer, og som igjen fører til et kraftig funksjonsfall. Det er kraften i spillene som skaper konflikter, og det er også denne kraften som hjelper ungdommen tilbake til skolen.

En ulempe med å bruke dataspilling som belønning for skolegang eller funksjonsendring kan være at mange foreldre har blitt så slitne at de ser rødt når de ser barnet sitt spille. Noen kan kanskje tenke at dette er rusbehandling med rusmidler, der selve problemet vedvarer. Selv om jeg forstår metaforen, er den lite presis. Dataspill er selvsagt en verdig hobby for de som klarer å regulere det, på lik linje med å elske fotball eller bruke all sin fritid på hest. Og selv om dataspill kan være med på å gi stort funksjonsfall, er dødeligheten av skjermavhengighet så å si null prosent. Et behandlingsmål om å gjøre dataspill til en hobby, og ikke selve livet ditt, er motiverende for flere av ungdommene som sliter.

Den siste innvendingen mot kontrollsoftware-løsningen er nok den vanligste: «Jeg er ikke teknisk nok.» Som regel skyldes dette manglende erfaring i hvor lite som skal til for å mestre den tekniske biten. Min påstand er at alle som har hatt en smarttelefon ett år, vil klare å gjennomføre dette. Har du pc eller Mac med virusprogram installert, vil du få det til.

Foreløpig er det for lite empiri til å konkludere med metodens effekt. Det er også gjort for lite forskning knyttet til denne nye diagnosen, til å konkludere om hva som er god behandling. Det er allikevel nyttig, tenker jeg, å peke på effektene av og utfordringen med diagnosen og metoden jeg har brukt. På den annen side er ikke problemstillingen ny. Mange i BUP har møtt ungdom der dataspilling og tilbaketrekning er et helt sentralt tema, og der god behandling er svært vanskelig å få til. Inspirert av effekten i en del av sakene er det mitt ønske å skape interesse og entusiasme for bruk av teknologi som et nyttig verktøy i regulering. ✘

REFERANSER

- ICD-11 (2018)- 6C51 Gaming disorder. Hentet fra <https://icd.who.int/dev11/l-m/en#/http%3a%2f%2fid.who.int%2f%2fid%2fentity%2f1448597234>
- Molde, H., Holmøy, B., Merkesdal, A. G., Torsheim, T., Mentzoni, R. A., Hanns, D., ... & Pallesen, S. (2018). Are Video Games a Gateway to Gambling? A Longitudinal Study Based on a Representative Norwegian Sample. *Journal of Gambling Studies*. Hentet fra <https://link.springer.com/article/10.1007/s10899-018-9781-z>
- Fandom (2019). Counter-Strike Wiki. Hentet fra <https://counterstrike.wikia.com/wiki/Skins>
- Ferguson, C. J., Coulson, M., & Barnett, J. (2011). A meta-analysis of pathological gaming prevalence and comorbidity with mental health, academic and social problems. *Journal of psychiatric research*, 45(12), 1573–1578.
- Pallesen, S., Molde, H., Mentzoni, R.A., Hanss D. & Mørken A.M. (2016). Omfang av penge- og dataspillproblemer i Norge 2015. Hentet fra https://lottstift.no/wp-content/uploads/2016/06/WEB-Rapport_befolkningsundersokelsen.pdf
- Vallerand, R.J. (2000). Deci and Ryan's Self-Determination Theory: A View from the Hierarchical Model of Intrinsic and Extrinsic Motivation. *Psychological Inquiry* (11)4, 312–318. Hentet fra https://www.jstor.org/stable/1449629?seq=1#page_scan_tab_contents
- Witteck C.T., Finserås T.R., Pallesen S., Mentzoni, R.A., Hanss D., Griffiths M.D & Molde H. (2016). Prevalence and Predictors of Video Game Addiction: A Study Based on a National Representative Sample of Gamers. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 14(5), 672–686.
- World Health Organization (2018). International statistical classification of diseases and related (11. utgave). Hentet fra <https://icd.who.int/dev11/l-m/en#/http%3a%2f%2fid.who.int%2f%2fid%2fentity%2f1448597234>

OM SPALTEN FRA PRAKSIS

Fra praksis-bidrag gir nye perspektiver på psykologers virke og viser frem kompleksiteten i arbeidet. Artiklene er ikke fagfellevurderte.

Ønsker du å skrive et fra praksis-bidrag? Send til fagbidrag@psykolog-tidsskriftet.no

Fra arkivet: 1981

To utredninger

To utredninger fra foreningen havnet i postkassen min her om dagen. Den ene gjaldt behovet for endringer i den kliniske spesialiteten. – Det var det selvsagt ikke behov for. Den andre (...) handlet om distriktpspsykologisk arbeid. (...)

«Psykologiske prosessar, nedfelt i einskildindividet, må langt på veg forståast ut frå strukturelle og funksjonelle trekk ved lokalmiljøet. Dersom psykolog ikkje forstår lokalsamfunnet, og dei mange kompliserte utvekslingar mellom individ og nærmiljø, vil han/ho ofte ikkje ha makt å yte den hjelp til klientar som desse burde ha krav på.»

Godt ord! Jeg skulle like å vite om noen psykolog kunne være uenig, i dette herrens år 1980!

Og konklusjonen trekkes: «Med andre ord vert kjennskap til lokalpolitikk og maktstrukturar, evne til å utvikle berande, uformelle informasjonskanaler med nøkkelpersonar i kommunaladministrasjonen. Kjennskap til og verkelig sympati for lokalkulturens verdier, normer og sosialøkonomiske organiseringar er viktig for psykologen i småsamfunnet.»

Så enig, så enig. Som psykolog i et lokalmiljø kommer en til kort uten slik kunnskap og innsikt, men hvordan kan det ha seg at dette bare er viktig kunnskap for oss i småsamfunnet? Den store massen av klienter ved institusjonene er medmennesker som riktignok midlertidig er dratt ut av sine lokalmiljø, men med den målsetting at de skal tilbake igjen til dette eller andre lokalmiljø etter en tids «behandling». Hva slags magi eller åndskraft kan andre behandlere være besjelet med, siden de kan iverksette målrettede tiltak, og sikre en fremtidig tilpasning og funksjon uten slik kunnskap og erfaring?

Eller står man med en reell fare for at såkalte «profesjonelle» tiltak er blitt, og satt i verk overfor enkeltklienter uten forståelse for strukturelle og funksjonelle sammenhenger ved forholdet i lokalmiljøet! (...) 8 års erfaring fra manglende samarbeid mellom sentralinstitusjonene og lokalsamfunnet gir forklaring god nok. Norsk psykiatri er i krisetilstand. Norsk psykologi burde være det.

Tilbake til utredninga om behov for endringer i den kliniske spesialiteten. I dag kan man bli klinisk spesialist, uten å måtte arbeide i og med det lokale nettverk som psykiske særreaksjoner utvikles i og opprettholdes i forhold til. (...)

Det vi trenger er (...) en gjennomgripende diskusjon om hva som må og skal være ingrediensen i den praktiske utøvelse av psykologyrket som vi vil gi betegnelsen «profesjonell». Vi sitter nå i en faglig sump, der de gamle og nye klinikere har tillatt seg å sette et høyst tvilsomt likhetstegn mellom profesjonell og det de til enhver tid måtte finne det bekvemt å drive med. (...) Hvor forvirrende profesjonalitetsbegrepet har blitt velger jeg å illustrere med et par utsagn

fra innstillinga om distriktpspsykologisk arbeid:

«Distriktpspsykologen vil ofte kjenne til klienten, slekta hans og familien, omgangskrins osv. uavhengig yrket sitt. Dette kan skape ei rekke problem, og medfører lett at det vert vanskeleg å fungere profesjonelt.»

Konklusjonen er som fot i hose for den bedagelige freudske psykoterapi. Ha minst mulig greie på familie, omgangskrets, lokalmiljø. Da får du mindre problemer og kan opptre profesjonelt. Hva slags psykologi er dette? (...).

«Mange aspekt ved det å fungere som psykolog i eit lite lokalmiljø er problematisk i forhold til kravet om å vere profesjonell.»

Javel. Jeg skal være den første til å innrømme at det å skape terapeutiske resultater som psykolog er en uhyre vanskelig og krevende oppgave. Men hva ligger det i setningen «i forhold til kravet om å være profesjonell». Det er dannet et inntrykk av at for å være profesjonell må man opptre i lokalsamfunnet *som om man var i en institusjon*. Jeg har faktisk sett noen prøve seg også, og jeg ber om at jeg ikke får se det igjen.

(...)

Hvem er profesjonell? Den som etter gamle oppskriftsbøker bedriver sine «terapier», og synes det blir vanskelig å fungere profesjonelt når man må skaffe seg mer kontakt med lokalmiljøet. Eller er det den som lever i, er en del av og erkjenner det mangfold av sykdomsskapende relasjoner i et lokalmiljø, og som bruker sine kunnskaper til å påvirke disse kreftene. Til å endre relasjoner. Til å påvirke strukturer. Til å lete etter hvor skoen trykker.

Kan tida være moden for en diskusjon?

Fra Arne Johan Sverdrups debattinnlegg «To utredninger» januar 1981.

Meninger



FOTO: DIGITALMAMMOTH / SHUTTERSTOCK / SCANPIX



Når pengene rår

Det blir ikke god behandling når de som skal hjelpe er mest opptatt av egne økonomiske problemer, mener Ingrid Stjernen Tisløv og Håkon Kongsrud Skard.

Les debattinnlegget på side 358.

Truet ordning

Resultatene for Senter for jobbmestring i Oslo er oppsiktsvekkende gode. Likevel går ordningen en usikker framtid i møte, skriver psykolog Ann-Elizabeth Wiig fra NAV Oslo.

Les hovedinnlegget på de neste sidene.

Send innlegg til meninger@psykologtidsskriftet.no. Frist er den 10. 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.



NAV har løsningene

Hver tiende unge i Norge er uten arbeid eller utdanning. Senter for jobbmestring i NAV har vist seg som et effektivt tiltak, men ordningen er truet.

IFØLGE OECD-RAPPORTEN «Investing in youth: Norway», som kom ut i april 2018, er 1 av 10 unge i Norge verken i jobb eller på skole. Rapporten peker på at ungdom i Norge som først faller ut av arbeid eller studier, synes å ha større problemer med å komme inn igjen enn ungdom i andre OECD-land. Norske NEET-ere («Not in education, employment or training») sliter mer enn unge i samme situasjon i andre land i den økonomiske samarbeidsorganisasjonen. For mange blir utenforskapet permanent. Mer enn halvparten – 56 prosent – har ikke fullført videregående skole. Unge som er født i et annet land, altså innvandrerungdom, har dobbelt så stor risiko for å havne i kategorien NEET enn norskfødte ungdommer, heter det i rapporten. OECD mener mer ressurser må settes inn for å støtte opp om unge sosialhjelpsmottakere med psykiske helseproblemer og lite arbeids erfaring. Hva kan hjelpe disse unge?

SENTER FOR JOBBMESTRING I NAV

I 2008 ble Senter for jobbmestring etablert som et metodeutviklingsprosjekt i syv fylker. Arbeids- og velferdsdirektoratet og Helsedirektoratet ønsket å utvikle et tilbud til gruppen med psykiske plager som er for friske til å få et tilbud i helsevesenet, men for syke til å være i jobb – og som utgjør en stor andel av sykefraværet. Målet var å kombinere helsehjelp og arbeidsoppfølging med de evidensbaserte metodene kognitiv terapi og individuell jobbstøtte (IPS). Det ble den gang diskutert om tjenesten burde organiseres i helsevesenet eller NAV. Man valgte NAV, med den begrunnelse at psykologene i NAV ville ha et større arbeidsfokus i terapien enn behandlere i helsevesenet. Tjenesten skulle være ytelsesuavhengig, og målgruppen var personer med sykmeldingsrisiko, sykmeldte og personer uten arbeidsforhold. Arbeids- og velferdsdirektoratet ønsket å undersøke om tjenesten ville ha større

effekt på arbeidsdeltagelse og psykiske plager enn vanlig oppfølging som allerede forelå i systemet. Arbeids- og velferdsdirektoratet bestilte derfor en effektstudie (RCT) av Senter for jobbmestring, den største effektstudien som er gjort på denne gruppen i Norge, med nesten 1200 deltagere. Studien ble gjennomført i regi av Uni Research (nå NORCE).

PENGER FULGTE IKKE MED

I 2014 forelå resultatene, som viste effekt på målgruppen som helhet, og at effekten holdt seg ved 18 måneder. Effekten var statistisk signifikant (tre ganger så stor) for gruppen med langvarig utenforskap. Sykmeldte og personer med sykmeldingsrisiko ble også hjulpet tilbake i jobb, men ikke i signifikant større grad enn ved vanlig oppfølging. Derfor justerte sentre for jobbmestring rundt om i landet sin målgruppe til å prioritere brukere med langvarig utenforskap.

På bakgrunn av resultatene fra effektstudien ble det sagt fra Arbeids- og velferdsdirektoratet at Senter for jobbmestring skulle etableres i de øvrige fylkene, men det fulgte ikke med ekstra finansiering. Tjenesten forble det samme i de fylkene som allerede hadde den, og som hadde fått øremerkede midler gjennom Arbeids- og velferdsdirektoratet, men det ble ikke etablert slike tilbud i de resterende fylkene. Meningen var at finansieringen skulle tas av rammebevilgningen som fylkene fikk årlig.

OVER 80 PROSENT

I 2018 kom forskningsresultatene fra NORCE på langtidseffekten av Senter for jobbmestring. Effekten på arbeidsdeltagelse på gruppen med langvarig utenforskap viste seg å holde også etter fire år. De holder seg i ordinært arbeid i større grad, og har høyere lønn enn kontrollgruppen, som ikke mottok oppfølging ved Senter for jobbmestring i forskningsperioden. En



TEKST

Ann-Elizabeth Wiig, psykolog og spesialist i klinisk arbeidspsykologi, NAV Oslo

ILLUSTRASJON

Hilde Thomsen

UNGDOM OG ARBEIDSLIV





Vi frykter at unge i Oslo og andre fylker vil stå uten et adekvat tilbud hvis Senter for jobbmestring avsluttes eller får endret organisering

så langvarig dokumentert effekt hos en marginalisert gruppe er unikt i et kost-nytteperspektiv i norsk sammenheng.

Siden 2008 har målgruppen for Senter for jobbmestring endret seg i de enkelte fylkene. I NAV Oslo har man valgt å satse på nettopp ungdom under 30 år som ikke er i arbeid eller studier, i tråd med ungdomssatsingen i fylket. Dette gir god mening da disse ungdommene ikke har noe annet adekvat tilbud verken i spesialisthelsetjenesten eller ute i kommunen. De har heller ikke mulighet til å benytte seg av tidligere «Raskere tilbake»-tiltak, da de ikke har en arbeidsgiver, og de kan heller ikke benytte seg av studenthelsetjenesten siden de står uten studieplass. Resultatene for Senter for jobbmestring i Oslo i 2018 er oppsiktsvekkende gode, over 74 % av de unge som ble tatt inn, er avsluttet til ordinært arbeid. Hvis vi også tar med de som har begynt på studier, er resultatet på over 80 %. Senter for jobbmestring har funnet koden for hvordan man får unge som ellers risikerer utenforskap, ut i jobb.

USIKKER FRAMTID

I mars i år kom Sysselsettingsutvalgets ekspertgruppe ut med en rapport om tiltak som kan få flere i arbeid. Arbeids- og sosialminister Anniken Hauglie er tydelig på at mye går bra i Norge, men at vi trenger å få ned antall personer på helserelaterte ytelses. Allikevel hersker det i dag usikkerhet knyttet til NAVs Mål- og disponeringsbrev i 2019, og hva dette vil innebære for Senter for jobbmestring fra og med 2020. De årlige øremerkede midlene som fylker med etablerte sentre for jobbmestring pleier å få overført, blir borte fra og med 1. januar 2020. Vi ser at andre fylker som ikke har øremerkede midler til Senter for jobbmestring, heller ikke har klart å etablere tilbudet. Derfor frykter vi at det vil være høy risiko for at unge i Oslo og også i de andre fylkene vil stå uten et adekvat tilbud hvis Senter for jobbmestring avsluttes eller får endret organisering. Distriktpsikiatriske sentre tar ikke imot denne målgruppen, for lett til moderat angst og depresjon er ikke en prioritert målgruppe i spesialisthelsetjenesten.

RISIKERER KOMPETANSEFLUKT

På Senter for jobbmestring gis det jobbfokusert kognitiv veiledning som ikke kan kalles behandling i tradisjonell forstand. Det gis ikke diagnoser, og det utredes heller ikke. Tiltaket bidrar på

ingen måte til sykeliggjøring av unge. Jobbfokusert kognitiv veiledning utføres av helsefaglig utdannet personale med videreutdanning i kognitiv terapi. Integrasjonen mellom arbeidsmarkedstiltak og symptommetrende veiledning representerer en unik tilnærming til målgruppen og plasserer det i skjæringsfeltet mellom et arbeidsmarkedstiltak og et helsetiltak.

Ved å flytte eller legge ned tilbudet risikerer man kompetanseflukt på området unge, arbeid og psykisk helse. Denne kompetansen har det tatt lang tid å bygge opp, og vi risikerer at en voksende brukergruppe i NAV vil stå uten et adekvat tilbud. Unge utenfor skole og utdanning vil ikke profittere på «sektortenkning» for sine problemer og behov. Å skille mellom arbeid og helse representerer et kunstig skille.

Unge som står utenfor studier og arbeid, er ofte avhengige av NAV-tjenester, og for dem er det krevende å måtte forholde seg til mange ulike aktører. Ungdom mellom 18 og 30 år er en sårbar gruppe når det gjelder å orientere seg i det offentlige hjelpetilbudet, og derfor er det spesielt viktig å tilby ungdommer med vanlige psykiske lidelser som depresjon og angstlidelser en koordinert tjeneste. Hvis de slipper å forholde seg til hjelpere på flere arenaer, kan det forhindre frafall og øke sannsynligheten for arbeidsdeltaelse blant disse. Senter for jobbmestring er etter 10 år et godt kjent varemerke blant samarbeidspartnere og unge i Oslo. Vi vet at det vil være ressurs- og tidkrevende å bygge opp et nytt tilbud til denne brukergruppen i en annen sektor.

BØR UTVIDE - IKKE REDUSERE

Det vil være svært uheldig å endre på rammevilkårene for Senter for jobbmestring og på den måten kanskje også miste effekten. Det er tvert om hensiktsmessig å utvide tilbudet da vi ofte har større etterspørsel enn tilbud. På Senter for jobbmestring Oslo i dag er det ansatt fem terapeuter og fire jobbspesialister som skal kunne dekke hele Oslos voksende befolkning. I stedet for endrede rammevilkår virker det heller fornuftig å utvide det nåværende tilbudet slik at vi også kan ta imot de mellom 30 og 40 år som ikke har etablert seg på arbeidsmarkedet eller har falt ut av det, mange også med barn. Vi bør kanskje også spisse det mot ungdom med innvandrerbakgrunn, som synes å være en ekstra sårbar gruppe for å falle ut av arbeid og skole. Slik får vi flere unge i Norge i jobb og inkludert i samfunnet. ✕

Sett klimapsykologi på dagsorden

Fremtiden er over oss. Det er på tide å våkne. Klimapsykologi bør bli Psykologforeningens hovedsatsingsområde etter landsmøtet i høst

KLIMAENDRINGENE er vår største eksistensielle trussel i moderne menneskelig historie. Konsekvensene av stadig oppvarming for vårt livsgrunnlag er mildt sagt foruroligende, og allerede gjeldende i mange former. FNs klimapanelens seneste rapport om hva som skal til for å nå 1,5-gradersmålet, kan virke som utopi og science fiction: Verden må halvere klimautslippet innen 2050, fra samme år må vi gå videre uten øvrig CO²-utslipp, *samtidig* som vi må finne løsninger for å suge CO² ut av atmosfæren.

Det som gjør klimaendringene unike i historisk forstand, er en vitenskapelig konsensus knyttet til den kausale sammenhengen mellom menneskelig atferd og nåværende og framtidige endringer i globalt livsgrunnlag. Dette betegnes som antropogen (menneskeskapt) endring.

Dersom vi skal ta på alvor at menneskelig atferd er primus motor for problemet med globale klimaendringer, er det tydelig at vi grovt underminerer vår egen profesjons betydning, all den tid vi ikke presenterer kunnskap psykologer besitter, som en del av løsningen. Vi i Akershus lokallag velger å fremme klimapsykologi som alternativ til de to andre forslagene for hovedsatsing («helsefremmende oppvekst» og «arbeid»), med en bevissthet om at vi ikke – med god samvittighet – kan stå som passive observatører i en pågående krise.

Moralsk overbevisning satt til side; antropogene klimaendringer er et multifasettert fenomen bestående av flere områder der det er behov for anvendt psykologisk kunnskap. Gode kolleger i APA lanserte allerede i 2009 en rapport der de konkretiserte områder psy-

kologisk kunnskap kan aktualiseres for, samt mulige tiltak for å få dette til. Nesten ti år har gått. Norsk psykologforening har sovnet i timen.

Nå er det på tide å våkne. Vi ønsker at psykologer i større grad gjør seg aktuelle med analyser og modeller som beskriver psykologiske og kontekstuelle drivere for atferd som bidrar til eller motvirker klimaendringer. Eksempelvis gjennom å gi råd om hvordan man kan utforme politiske beslutninger som bidrar til endrede konsummønster i befolkningen i bærekraftig retning. Vi ønsker et økt fokus på de psykososiale konsekvensene av klimaendringene. Eksempelvis i den nord-samiske befolkningen, der selvmordsrate og depresjonsrate er høyere enn i den øvrige befolkningen. Der er grunnlaget for å leve liv som opprettholder kultur og markerer identitet, nå innsnevret etter som naturen endres i ekspresstempo. Vi ønsker psykologer som forstår, påvirker og er en del av responsen på klimaendringene. Som gir råd til utforming av ny teknologi for å motivere til miljøvennlig atferd. Eller som hjelper oss til å forstå og møte rasende demonstranter i gule vester på en god måte.

Tor Levin Hofgaard spør oss, i sitt innlegg om prosessen fram mot valg av satsingsområder: «Hvilken fremtid ønsker du deg?» Vi ser ungdommen som forlater skolebenken og tar til gatene i titusener med et rungende «En fremtid!». Videre spør den avtroppende presidenten oss: «På hvilke samfunnsområder der psykologer ennå ikke er en del av løsningen, kan psykologifaget gjøre en forskjell?» Vi mener at en satsing på klimapsykologi er et åpenbart svar på det spørsmålet. ✕



JOAN SIGRUN NYGARD,

leder i Akershus lokalavdeling av Psykologforeningen

KLIMAPSYKOLOGI

Ikke press ME-syke

Aktivitetsavpasning er et viktig mestringsverktøy, ikke en behandling.

Nøkkelen til å bli frisk ligger ikke i pasientenes personlighet eller atferd, men i biomedisinsk forskning.



**KRISTINE
RUUD BERDAL,**
ME-pasient

**KRONISK
UTMATTelses-
SYNDROM**

NINA ANDRESEN MISFORSTÅR hele essensen i mitt videoforedrag på nettsidene til ME-foreningen. I Psykologtidsskriftets aprilutgave fra i fjor bruker hun det feilaktig til inntekt for sin hypotese om at «psykososiale faktorer bidrar i opprettholdelse av ME». I foredraget forteller jeg om den manglende respekten og kunnskapen jeg møtte hos helsefaglig personell gjennom mine seks år som sengeliggende ME-pasient. Hovedutfordringen for meg og veldig mange andre ME-syke i møte med helsevesenet er at vi blir mistenkt for å mangle motivasjon og derfor blir presset til økt aktivitet og ikke tilbudt nok avlastning og pleie. Det forårsaker akutt forverring, kan medføre langvarige tilbakefall og ødelegger livskvaliteten vår. Derfor understreker jeg gjentatte ganger i foredraget viktigheten av å ikke presse ME-syke, og at mangel på motivasjon etter min erfaring aldri er problemet.

IKKE PERFEKSJONISME

Men det er intet bagatellmessig problem å bli gitt ansvaret for opprettholdelsen av egen sykdom heller, basert på en uvitenskapelig påstand om at vi er perfektionister, og en misforståelse av aktivitetsnivået vårt og effekten av aktivitetsavpasning.

La oss ta de to første punktene først. «[Jeg og andre ME-syke] er ofte »ja-mennesker«, ambisiøse, perfektionister eller altruister», hevder Andresen. Og vi «tar husvask på gode dager eller

står i kiosken på dugnad ... selv om det straffer seg med influensafølelse eller dagevis med sengeleie og smerter.» Så vidt jeg vet, finnes det ingen forskning som bekrefter at ME-syke har et sett spesifikke egenskaper, og min erfaring er at ME-syke er en like heterogen gruppe som resten av samfunnet. Det Andresen tolker som perfektionisme, er nok heller våre forsøk på å balansere sykdommens begrensninger opp mot behovet for å leve. Vi har, som alle mennesker uansett funksjon, både plikter og behov. Om vi får tilstrekkelig med tilpasning og hjelp, kan vi overholde pliktene og ivareta behovene uten at det resulterer i forverring, men iblant gjør omstendigheter og mangelfull støtte det umulig. Å bli kalt perfektionist fordi man vasker huset eller lager middag selv i mangel på praktisk bistand fra kommunen, tar den obligatoriske vekten på loppemarkedet eller prøver å fullføre det ene faget man tar mens alle ens venner studerer 120 prosent, føles svært misvisende. Personlig er jeg nå omgitt av venner som strekker seg til bristepunktet for å balansere familieliv, jobb, FAU-verv og sosialt liv. Ingen av dem er perfektionister, de er gjennomsnittlige mennesker i dagens samfunn, og ingen av dem får ME. Kan det være at Andresen bare ser de egenskapene hun leter etter hos ME-syke?

INGEN MIRAKELKUR

Så til påstanden om at å «bryte et destruktivt aktivitetsmønster ... er helt avgjørende for å



Faksimile fra Psykologtidsskriftets aprilutgave 2018.

kanne bli bedre og frisk». Det er en viss sannhet i dette, og jeg er glad Nina Andresen viser forståelse for at ME-syke burde tilbys hjelp til å finne et bærekraftig aktivitetsnivå. Men det er veldig farlig å fremstille det som at det vil gjøre pasienten frisk eller betydelig bedre. Aktivitetsavpasning, som er ordet man ofte bruker om denne mestringsstrategien, er et middel for å oppnå stabil form, minske sjansen for forverring og, om man er heldig, legge til rette for gradvis bedring. Men det er ingen mirakelkur, og for de aller fleste er det ikke nok. Vi trenger medisiner. Selv lå jeg i seks år, med stort sett svært god avlastning og minimal aktivitet. Det var avgjørende for å forhindre intense symptomer og forverring, og ja, jeg opplevde bedring, men selv etter seks hele år med aktivitetsavpasning var bedringen så subtil at det ikke kunne ses utenpå. Jeg var klarere i hodet og kunne tygge maten selv, men jeg kunne fortsatt ikke snu meg i sengen, ha lys i rommet eller hviske mer enn noen få ord noen få ganger om dagen. Først da jeg fikk gammaglobulin, opplevde jeg den bedringen som fikk meg opp av sengen for godt. En venninne av meg har nå opplevd bedring i 16 år gjennom aktivitetsavpasning, men er fortsatt ikke i stand til å komme seg ut av leiligheten sin eller høre lydbok i mer enn to minutter av gangen. Vi ville begge to trengt flere hundre år for å oppnå tilfriskning uten medisiner.

ME-syke utviser en enorm selvdisciplin og tålmodighet hver eneste dag. Vi ligger hjemme i senga mens familien feirer jul eller bestevenninen gifter seg, eller vi lar flyet reise uten oss og hotellrommet i Spania stå tomt fordi vi plutselig ble sykere rett før avgang. Det koster enormt og kan oppleves blytungt, men vi vet av lang erfaring at alternativet er enda verre. God hjelp fra psykologer med kunnskap om ME og aktivitetsavpasning kan gjøre det lettere, så jeg vil berømme Andresen for at hun tar til orde for mestringskurs som lærer pasientene å begrense aktivitetsnivået. Men da må de forstå at dette er et mestringsverktøy og ikke medisin. Myten om at ME-pasienter er perfektjonister som opprettholder egen sykdom, og at nøkkelen til et friskt liv ligger i egen adferd, har ingenting der å gjøre. ✕

DEBATT OM KRONISK UTMATTELSESSYNDROM

Tidligere innlegg/saker:

- Nr. 7 - 2018** Sykdommen vi ikke kan snakke om (Reportasje: Strand)
- Nr. 6 - 2018** Mellom to onder (Lossius)
- Nr. 5 - 2018** ME-debatten trenger ikke være så betent (Hæreid)
- Nr. 4 - 2018** Er Norge klar for en moderne stressdiagnose? (Holmelin)
- Nr. 4 - 2018** ME-pasienter misforstår (Andresen)
- Nr. 4 - 2018** Feil virkelighetsforståelse (Randsborg)
- Nr. 3 - 2018** Vi - de krenkbare (Linerud - pseudonym)
- Nr. 2 - 2018** Feilinformasjon om kronisk utmattelsessyndrom (Wyller & Wyller)
- Nr. 2 - 2018** Er dagens praksis på avveier? (Andresen)
- Nr. 12 - 2017** ME-syke kjemper for å bli trodd (Reportasje; Strand)



RAMMER INDIVIDER Ved flere anledninger har vi sett familier avslå anbefalt helsehjelp fordi det innebar fravær fra jobb eller uhåndterlige utgifter. Foto: Johanna Hanno/bildhuset/Scanpix

De fordømte pengene

Økonomiske problemer i familien vanskeliggjør behandling for de mest utsatte menneskene vi møter. Det blir ikke bedre når hjelpetjenestene selv har hovedfokus på egne økonomiske problemer.



**INGVILD
STJERNEN TISLØV,**
psykologspesialist
**HÅKON
KONGSRUD SKARD,**
psykologspesialist

SAMHANDLING

SITTER DU I STORE ansvarsgrupper i BUP, er det et fenomen som svært ofte glimrer med sitt nærvær – nemlig den gnagende følelsen av at du er den eneste i rommet som egentlig har forstått hva pasienten har behov for – og at ingen andre gidder å løfte en finger for å hjelpe deg med det. Svært ofte dreier drøftingen seg om begrensningene i mandatet til den enkelte instans, fremfor hvordan vi sammen kan dra lasset. Én forklaring på slike situasjoner er friksjonen som oppstår når hjelpere opplever manglende progresjon i behandlingen. At man ender med å peke på hverandre, er klassisk psykologi. Vår bekymring er at det også handler om

en reell innsnevring av fagfolks handlingsrom. Spesialisthelsetjenesten oppleves mer hektisk og mindre fleksibel, og førstelinja er ikke robust nok til å ta over oppgavene som skyves nedover. Vi ser i 2018 en nedgang på 10 prosent i poliklinisk aktivitet i BUP på landsbasis (Helsedirektoratet, 03/2019). Barn og unge henvises til BUP, for så å avsluttes etter en utredning, med forventning om at «deres behandlingsbehov skal ivaretas i kommunen». Ofte er det mulig å få til, men for personer som har behov for spesialiserte og omfattende behandlingsløp, skorter det både på kompetanse og kapasitet i mange kommuner.

Ved flere anledninger har vi sett familier avslå anbefalt helsehjelp fordi det innebar fravær fra jobb eller uhåndterlige utgifter. Likeledes har vi sett helsevesenet tilby behandling og oppfølging av pasienter der økonomiske insentiver blir styrende for behandlingstilbudet. Målet om bedring er alle enige om, men så var det de fordømte pengene. Når måltall blir styrende for behandlingens lengde, og møtevirksomhet vurderes ut fra lønnsomhet, medfører det mer enn gruff i samarbeidsmøter. Konsekvensene rammer alle som sitter rundt bordet, ikke minst individet man er der for å hjelpe.

MARTINS HISTORIE

Martin¹ har opplevd mobbing store deler av oppveksten. Han har byttet skole flere ganger, og har nå begynt på videregående. For første gang får han ro. Nye venner. Noen som inviterer ham med på ting. En kveld i desember skjer det en alvorlig ulykke i Martins familie. Martin blir borte fra skolen. Han blir sittende hjemme på rommet dag etter dag, og de nye vennskapsbåndene brytes før de fikk sjansen til å bli sterke nok til å holde ut denne typen sorg. Martin begynner å selvskade og vandre ute om nettene. Han får kraftige angstanfall og sier han vil ta livet sitt. Han går langs togskinnegangen, og har på kort tid flere alvorlige selvmordsforsøk. Han opplever forvirret og til fare for seg selv. Ofte kjøres Martin til akuttinstitusjoner fordi ingen vet hvordan de skal hjelpe. Han blir i noen dager før han skriver seg ut og drar hjem. Faren er livredd for sønnen, han ser at det bare blir verre av de kortvarige institusjonsoppholdene, men tør ikke ha ham hjemme.

I stormøtet på BUP er det enighet om to overordna mål – å hindre flere akutt plasseringer og å bedre Martins psykiske helse og fars evne til å hjelpe ham. BUP kan utrede og jobbe individuelt med Martin, barneverntjenesten kan veilede far, og PPT kan etablere kontakt mellom skole og hjem og veilede skolen i hvordan de kan få Martin tilbake. På grunn av selvmordsrisikoen er det viktig at noen er sammen med ham det meste av døgnet – spesielt når han får angstanfall og selvmordsimpulser. Faren sykemelder seg en stund, men fraværet begrenses av at han er selvstendig næringsdrivende. Familien har aldri hatt mye å rutte med, og har ingen oppsparte midler.

Dilemmaet oppstår når Martin ikke blir bedre raskt nok. Når instansene føler de har strukket seg langt, men resultatene uteblir. Når fars mulighet til å være utenfor arbeid opphører av den enkle grunn at noen må betale husleia og skaffe mat. Vi ser ikke hva som skjer inne i Martin disse ukene med samtaler med psykologer, sms-er fra skolen og besøk fra medelever, og en pappa som er der 24/7 og med hjelp fra fagpersoner trykker gutten sin gjennom angsten. Men vi kan se at Martin fortsatt sli-ter. At han fremdeles ikke er på skolen. Han stikker ikke like ofte av om nettene, men han sier stadig at han ikke orker leve mer.

– Vi er usikre på om det er riktig å fortsette en behandling som ikke gir effekt, ymter BUP.

– Hvor mange flere meldinger skal jeg sende uten at Martin svarer, sukker lærerne.

– Vi har veiledet skolen så godt vi kan, sier PPT.

.....

1 Martin er et kasus sammensatt av flere pasienter fra forfatternes arbeidsplass. Kasuset er ytterligere anonymisert for å hindre gjenkjenning.



Vi mener det er behov for en koordinert innsats for å dempe det økonomiske presset og fokuset i spesialisthelsetjenesten



– Far står som en klippe, sier barnevernet – men kanskje Martin er for syk til hjemmebasert behandling?

Og til slutt en far som mumler i bordflaten – jeg har jo ikke råd til å være hjemme lenger heller.

For selv når vi får til gode samarbeid på tvers, utgjør økonomien en viktig del av ligningen – for enkeltindividet og systemet. Mellomlederne skvises mellom ventelista, måltall og behandlernes kapasitet. Hvis vi skal ta inn flere, må vi også avslutte noen. Samarbeidsmøter med andre sektorer gir mindre penger til foretaket enn individuell behandling. Så lenge det er slik, er det de som trenger tid, som ryker først. De med mest komplekse behov taper.

Hva om vi kunne hatt fleksibiliteten til å gi Martin den tiden han hadde behov for? Det som ikke synes utenpå, er håpet han kanskje får om at noe er i ferd med å endre seg. Smilet når meldingen fra kontaktlærer tikker inn til samme tid hver dag. Lettelsen over at vennene han trodde var borte, kom innom. Og det at pappa viser med alt han gjør, at det er Martin som er viktigst. Til og med viktigere enn å gå på jobb. Hva om vi hadde fått med NAV rundt bordet også? Sett på mulighetene for ekstra støtte i en periode. Kombinert med tilskudd fra barnevernet. Ville de andre vært villige til å ha is i magen, og evaluert på bakgrunn av innsats fremfor resultat en liten stund til?

Martin havner på et lengre opphold på en helseinstitusjon for videre behandling. Vennene forsvinner. Selvskadingen øker igjen. Det gikk ikke så bra med Martin. Spørsmålet vi må stille oss, er om det kunne gått annerledes.

NØDVENDIGE OG TILSTREKKELIGE BETINGELSER

Spesialisthelsetjenesten har utvilsomt forbedringspotensial når det gjelder å tilby arenafleksible tjenester med pasientens behov i sentrum. Endringsvilje er en nødvendig betingelse for bedre tjenester. Samtidig rapporteres det at ressursene ikke er tilstrekkelige for å kunne gi denne typen oppfølging. Aktiviteter som tverrsektorielt samarbeid og koordinering er tidkrevende og uøkonomisk. Endring er krevende, og særlig når systemet er rigget så tjenesten risikerer å tape ressurser på slik omstilling. Akkurat som i ansvarsgruppemøtet er det lett å ende med å peke på hverandre. For hvem har ansvar for å endre situasjonen? Foretakene, politikerne eller vi psykologer?

Vi mener det er behov for en koordinert innsats for å dempe det økonomiske presset og fokuset i spesialisthelsetjenesten. Som psykologer må vi hjelpe helseforetakene og politikerne til å ta sitt ansvar ved at vi utfordrer de økonomiske kravene. De mye omdiskuterte pakkeforløpene implementeres nå over hele landet. Psykologforeningen har gjort en enorm innsats for å holde disse pakkeforløpene åpne for faglig utforming og individuell tilpasning. Det gir oss en anledning til å insistere på hva forløpene skal inneholde med tanke på behandlingsintensitet, varighet, fleksibilitet og hvem som skal være involvert i behandlingen. Dersom psykologer som fagpersoner og forening står sammen om å definere evidensbasert behandling, vil foretakenes økonomiske fokus stilles i et grelt lys. Ved å påpeke slik diskrepans, ikke bare oss imellom, men høyt og tydelig, kan vi øke forståelsen samt legge press på dem som legger premissene for psykisk helsevern. Slik kan vi sikre nødvendige og tilstrekkelige betingelser. Det er en kamp det er verdt å ta. ✕

Debattert

Ensom folkehelse

Bry deg – Ensomhet er viet mye plass i Folkehelsemeldingen. Det handler om at alle må bry seg, ikke bare oss i stat og kommune, men også foreldre og medmennesker. Noen ganger handler det om å si hei til noen du ikke kjenner.

Åse Michaelsen til Laagendalsposten 6. april

Minst ensomme I meldingen kan man blant annet lese om regjeringens nye ensomhetsstrategi. (...) [D]et er en kjent sak at jo mindre utbredt et problem blir, desto mer oppmerksomhet rettes mot det. Ensomhet i Norge er et godt eksempel på det (...) Internasjonale sammenligninger har vist at nordmenn er det minst ensomme folket i Europa. (...) Forekomsten av ensomhet har ikke vist noen økende trend så lenge det har blitt målt.

Pål Mykkeltveit i Minerva 8. april

Dødelig Forskning viser at å være ensom gjør oss mer utsatt for fysiske og psykiske sykdommer og tidlig død. (...) Derfor har vi laget en egen ensomhetsstrategi.

Åse Michaelsen debatterer i Dagens Medisin 12. april

Grenseløst Regjeringa vil nemleg ha kampanjar som set søkjelyset på meir openheit og bevisstheit rundt einsemd (...). Men derifrå til å påleggja kommunane ved lov at dei skal ha oversikt over kor mange einsame innbyggjarar dei til ei kvar tid har? Kor går grensene?

Solveig S. Sandelson kommenterer Folkehelsemeldinga i Stavanger Aftenblad, 12. april

Usynlig Ensomhet er et usynlig folkehelseproblem, og faktisk er det så mange som en av fem nordmenn som føler seg ensomme. (...) Derfor lanserer regjeringen nå en egen ensomhetsstrategi i folkehelsemeldingen, for å forebygge og redusere ensomhet.

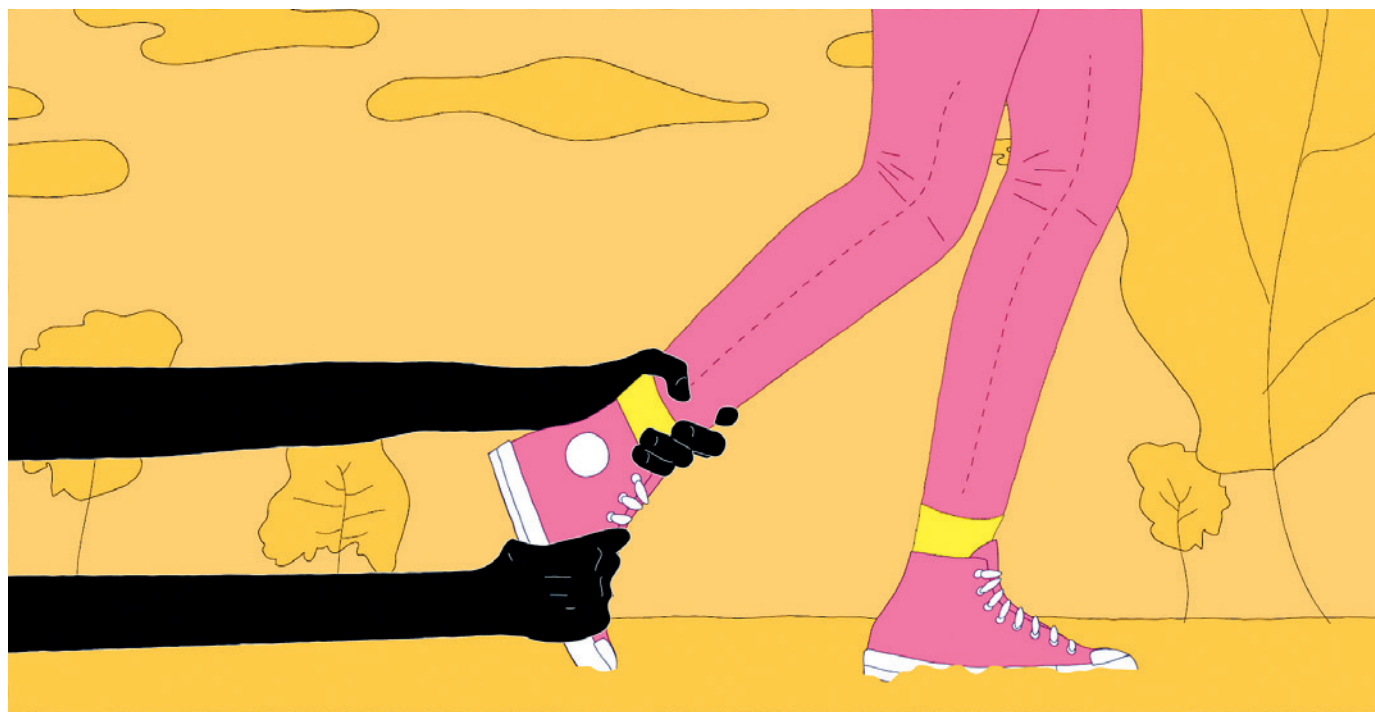
Karoline Aarvold debatterer i Varden 23. april

Inntrykk

Bokessay, anmeldelser og forfatterintervjuer



ILLUSTRASJON: RACECAR/NRK



Trosser begrensningene

Dokumentarserien «Sinnssykt» viser at man kan ha et meningsfullt liv på tross av symptomer og diagnoser. Programlederen møter personene med nysgjerrighet og varme, uten å være redd for å stille ubehagelige spørsmål, skriver vår anmelder Beate Duus Wetteland.

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.



Idealitetens sykdommer

Ungdom kjennetegnes av en nesten fundamentalistisk trang til å tro, mener Julia Kristeva. Agnar Mykle skildret den unge guttens storhetsdrømmer og sviende nederlag. I møte mellom psykoanalytikerens Kristeva og forfatteren Mykle trer ungdomsfasens særegne kriser tydelig frem.

Den franske psykoanalytiker Julia Kristeva hevder at ungdommens ubevisste liv er formet rundt en tro på at paradiset finnes. Paradiset innebærer tilgang til en verden som lover muligheter av absolutt tilfredsstillelse. Hun kaller ungdommens lidelser for idealitetens sykdommer, en patologisk bearbeiding av den skuffelsen og det raseriet som oppstår når de oppdager at paradiset ikke eksisterer. Kristeva plasserer unge muslimske selvmordsbombere, som ofrer livet sitt i troen på et paradisi, i samme kategori som ungdom som lider av angst, depresjon, selvskading og spiseforstyrrelser. Vår sekulariserte verden forstår ikke lenger troens vesen, derfor forstår vi heller ikke ungdommen, mener hun. I dagens helsevesen blir ungdommens problemer ofte forstått enten ut fra kultur eller barndom, ikke ut fra særtrekk ved ungdomstiden. Satt på spissen; de lider enten av syke idealer eller av en syk barndom. Julia Kristeva påpeker at vi dermed mister noe vesentlig av syne, nemlig at ungdommen som troende er *dømt* til å erfare at idealene og drømmene brister.

◀ **MYTEN OM IKAROS** De greske mytene om Ikaros, Prometheus og Tantalos handler alle om ungdommens hybris og dens konsekvenser. All ungdom er dømt til å fly mot solen og falle, eller leke med gudenes ild og bli straffet skriver Per Are Løkke i dette fageessayet. Maleri av Jacob Peter Gowdy, *The Flight of Icarus*, (1635-1637)

Psykoanalytikerens Kristeva er kjent for å være irriterende teoretisk og uforståelig, men også poetisk, nyskapende og sjeldent innsiktsfull. Jeg vil i dette essayet forsøke å presentere Kristevas skisser til en teori om ungdommen. Samtidig vil jeg peke på noen kulturelle og terapeutiske implikasjoner av hennes perspektiv. Jeg bruker utvalgte passasjer fra Agnar Mykles bøker for å belyse hennes teorier. Mykle er kanskje den forfatteren som grundigst har utforsket den unge mannens psyke i norsk litteratur. I bøkene *Lasso Rundt fru Luna*, *Sangen om den røde rubin* og *Rubicon* utforsker han den unge mannens følelser, fantasier, seire og nederlag i forskjellige faser av ungdomslivet. Mykles beskrivelser konvergerer med Kristevas tanker om ungdommen. I *Rubicon* (s. 278) skildrer Mykle fremveksten av det han kaller 15-åringens «loveevne», som jeg bruker synonymt med Kristevas bruk av ordet tro. I *Lasso rundt fru Luna* (s. 27) beskriver han at ungdommen må finne sin individualitet og vei i spennet mellom den «gyldne by» og «ødelandet», mellom idealene og katastrofen. Det er i dette spennet Kristeva hevder at ungdommens drømmer rives i stykker. Agnar Mykles bøker er så rike og mangfoldige at de også viser begrensningene ved enhver teori. Men, gode teorier kan få oss til å se i nye retninger. La oss derfor se hva slags ungdoms fenomener Kristeva peker mot.

TEKST

Per Are Løkke,
Spesialist i barne og ungdomspsykologi,
Varden Spesialist-senter, Nesodden

KONTAKT

pe-arelo@online.no





Psykoanalytikeren Kristeva er kjent for å være irriterende teoretisk og uforståelig, men også poetisk, nyskapende og sjeldent innsiktsfull

DEL I: DEN UNGDOMMELIGE TROENS URKILDER

I Kristevas bok *The incredible need to believe* (Kristeva, 2009) introduserer hun skisser til sin teori om ungdommen. Vi befinner oss her i et psykoanalytisk terreng, der barndommens drama, seksualiteten og det fortrente står sentralt. La meg forsøke å si det enkelt; barnet fødes inn i et familiært drama som spiller seg ut rundt tilknytning, adskillelse, infantil seksualitet, sterke motstridende affekter og intense fantasier. På grunn av incesttabuet, barnets uutviklede språkevne og manglende mentale kapasitet til å forstå familien og verdens kakofoni av inntrykk vil deler av barnets erfaringsverden fortrenses. Barnet deler seg i en synlig del som tilpasser seg foreldrene, og en fortrent del som innskriveres i psykens ubevisste register.

Hva som fortrenses og er lagret i det ubevisste, er det mange teorier om (Bohleber, 2012). Julia Kristeva postulerer at det er barnets tro på paradiset, å være omsluttet av moren og bekreftet av faren – til evig tid – som fortrenses. Kristeva plasserer dermed troens urkilder i barnets tidlige forhold til moren og faren. Barnets erfaring av det Kristeva kaller en *osceanisk sammensmeltning* (2009, s. 7) med moren, er den ene kilden til troen. Denne første erfaringen av tro er kroppslig og førspråklig, der det å føle seg hjemme eller kjenne seg velkommen i verden knyttes til morens omsluttende og grenseløse omsorg. Den andre erfaringen er knyttet til det Kristeva kaller den primære identifikasjonen med «*the father of individual prehistory*» (2014, s. 13), som peker mot en kjærlig og kroppslig far. Den bibelske fortelling om den fortapte sønnen er et eksempel på en far som bekrefter barnets unike identitet: «Han løp sønnen i møte, kastet seg om halsen på ham og kysset ham.» Denne faren gir barnet mulighet til å adskille seg fra den symbiotiske bindingen til moren, samtidig som barnet blir bekreftet som et unikt vesen i en større verden. Troens urkilder handler derfor om at barnet legger hjertet i foreldrenes hender og får noe livsviktig tilbake, som igjen skaper en tilitt til at det finnes et fast fundament i tilværelsen, utenfor barnet selv.

Psykoanalysen opererer skjematisk sagt med et usynlig og et synlig barn. Etter at det infantile drama er over, står det synlige barnet tilbake i en tilpasset form – og det er klar for skolestart. De indre drama har falt til ro, og barnet er dømt til å tilpasse seg foreldrenes forventninger og hverdagslivets organiserte former. Men, selv om barnet er tilpasset og regulert i det ytre, har det nå fått tilgang til en egen og fri verden i form av kroppslig beherskelse, lek og språk. Det kan begynne å uttrykke undring over sin merkelige og lange tilblivelseshistorie og sitt gåtefulle familiære opphav.

Barnet er en forsker, mens ungdommen er en troende, skriver Kristeva. Barnet ønsker å utforske, og dets første spørsmål dreier seg ikke om stjerner og galakser, men om familiens gåtefylte liv og reproduksjonens hemmeligheter. Her ligger kanskje en av kildene til nysgjerrighetens anatomi: Hvor kommer jeg fra? Hvem er jeg? I barnets undring og naive spørsmål ligger både en bekreftelse på at verden er vakker og gåtefull, en slags naturvitenskapelig undring, og et begjær etter å vite hva som skjedde mellom meg og mine foreldre, en relasjonell undring. Barnet kan finne seg i denne forskertilstanden helt frem til puberteten. Freud kalte det latensperioden.

UNGDOM I PARADIS

Alt forandrer seg når puberteten gjenoppvekker troens urkilder, nemlig det tidlige forholdet til moren og faren. Kristeva følger her den grunn-

leggende ideen i psykoanalysen om at det fortrengte vekkes til live i puberteten. I psykoanalysen verserer det forskjellige teorier om hva slags «stoff» som strømmer frem, og hva som er ungdomsfasens viktigste utfordring (Bohleber, 2012). Men, til tross for alle forskjellene er det en enighet om at det fortrengtes tilbakekomst på en og samme tid kan true, utvide eller radikalt forandre latensbarnets identitet. Stein Mehren sier det på en enda mer bastant måte; barnas kvasi-identitet «er et skall de må sprengte seg gjennom for å bli seg selv» (Mehren 1987, s. 63). I dette ligger det også et svært viktig korrektiv til dagens mestringsideologi, der målet hele tiden er å se fremover. I et psykoanalytisk perspektiv vil tvert imot utvikling i denne perioden like mye være knyttet til å se bakover. Å se bakover vil si å åpne seg for å utforske de nye stemmene, erfaringene og relasjonelle spørsmål som det usynlige barnet bringer frem.

Kristeva hevder at vekkelsen av troen fra tidlig barndom og dens møte med det Mykle kalles «fallet» (*Rubicon*, s. 285), utgjør den formative strukturen i ungdomsårene. Ungdommens seksuelle oppvåkning lader barnets troserfaring av å bli holdt fast i foreldrenes omsorg og bekreftelse med forestillingen om at paradiset nå endelig eksisterer, og at de må raskt ut i verden for å gjenfinne sine indre idealer og ubevisste drømmer. Latensbarnets begjær etter å vite konverteres til en ungdom som trenger å tro. Ungdommens trosstruktur skyver nå det forskende barnet til side og tar over førersetet i sinn og kropp. Ungdommen har ikke tvil og tåler ikke ambivalens, og er overbevist om at den store Andre, i form av seksualitet, kjærlighet, ideer eller ideologier, gir en absolutt og grenseløs tilfredsstillelse. De er skråsikre fundamentalister.

Kristeva hevder at ungdommen forlater barndommen, mor og far, i samme øyeblikk de blir overbevist om at det finnes et ideal ute i verden. De strekker seg mot lyset. De tror på paradiset og lengter etter å finne det, nesten slik Baudelaire skriver: «Jeg kan kunsten å erobre paradiset i et eneste kupp.» Agnar Mykle beskriver det litt mer sårbart: «Han ber om grid, han strekker seg mot renheten, mot lyset strekker han seg. Han trenger noe å tro på, noen å tro på; en hånd, en stige, et ord; han er vergeløs, hans hjerte er nakent og mykt» (*Rubicon*, s. 279). Slik sett er troens funksjon å skape en psykisk oppdrift og en drift vendt utover mot

noen og noe i det sosiale og i samfunnet. Denne utfarende tros-driften skaper dermed et rom utenfor familien, og en fremtid som ungdommen projiserer seg selv inn i. Nesten som en ballong under vann, som slippes og stiger opp mot overflaten.

PARADISETS RUINER

Det er selvsagt umulig å finne eller bosette seg i et paradisi. Ballongen stiger mot himmelen og sprekker i møtet med verdens realiteter. De greske mytene om Ikaros, Prometevs og Tantalos handler alle om ungdommens hybris og dens konsekvenser. Kanskje Kristevas teori i korthet kan beskrives som en blanding av disse tre mytene. All ungdom er dømt til å fly mot solen og falle, eller leke med gudenes ild og bli straffet. Ungdommen blir da kastet inn i en krise – der de forsøker å stabilisere sin identitet mellom det Agnar Mykle kaller den gylne by, og dets motsats, ødelandet. Ungdommens sinn åpner seg nå i et polarisert spenn, i en enten-eller-verden, pendlende mellom lys og mørke, oppe og nede. I denne perioden kan den minste skuffelse brutalt kaste ungdommen inn i «paradisets ruiner» (Kristeva, 2007, s. 4).

Ungdommens drømmer er dermed dømt til å kolliderer med virkeligheten. De blir isteden stående overfor erfaringen av at troen rives i stykker. Mykle beskriver at i det samme lovevnen skaper et strekk oppover, kastes han også nedover: «jorden var grønn, den har blitt grå» og «livet har blitt et fall» (*Rubicon*, s. 285).

Sytti år har mannen å leve på jorden. I en alder av femten år nådde han toppen.

Den resterende del av livet er én eneste gang tilbake, en gang nedad, et fall.

Konfirmanten merker det med en gang han kommer ut av kirken. Er det perler – det under føttene? Det er grus. Han har dessuten en flekk på den ene skoen. Mor spør om de skal ta drosje hjem; til slutt tar de trikken. På veggen henger hans fiolin. Han var glad i den fiolinen. Men nu forekommer den ham plutselig så billig, tarvelig. Han har hørt sfærenes musikk; da blir fiolinen katzenjammer (*Rubicon*, s. 285).

Der latensbarnets psyke er stabilisert i familien og hverdagens rytmer, har den nye metamorfosen skapt en polarisering i psyken mellom lys og mørke, oppe og nede, lyst og smerte, lukkethet og åpenhet. Ungdommen har fått en





FOTO: FRED MONCLAIR / GYLDENDAL / NASJONALBIBLIOTEKET

Agnar Mykle (1915-1994)

- Norsk forfatter og dramatiker
- Romanene *Lasso rundt fru Luna* (1954) og *Sangen om den røde rubin* (1956) er klassikere i norsk litteraturhistorie, og tar for seg den unge mannen Ask Burlefot sin kamp for å frigjøre seg fra autoriteter, hans seksuelle erobringer og grandiose ambisjoner.
- Romanen *Sangen om den røde rubin* ble tatt til retten grunnet påstått pornografisk innhold, og ble en av etterkrigstidens store norske kulturbegivenheter. Mykle og Gyldendal forlag ble frifunnet

Kilder: Store norske leksikon og Wikipedia

lengsel og fallhøyde i livet, som han kjenner på alene, men fremdeles innenfor hjemmets lune vegger. Symptomer i denne fasen er ofte knyttet til angsten for det nye som vokser frem. Mye av dramaets intensitet handler også nå om at ungdommen opplever psykisk smerte eller symptomer for første gang, med en følelse av å stå alene med dem. Denne ombyggingsfasen kan utenifra ofte registreres når: ungdommen begynner å låse døra, trekker hetta nedover ansiktet, forsvinner i hår og klær, blir knappere i svarene, er lenger ute om kvelden og jubler når foreldrene reiser bort. Dette er forandringens begynnelse, og er kjennetegnet med indre dagdrømmer, fantasier og store ord om et terreng de nettopp har begynt å erfare, og knapt egentlig har noen ord for. Verden er enten syyykt bra eller syyykt dårlig. Foreldrene har i dag ofte en trang til å brøyte seg inn på ungdomsrommet og forhøre seg om hva som er galt. Lite aner de om metamorfosen som holder på å forvandle barnet til en troende.

DEL II: SELVSTENDIGHETENS VEIER

Agnar Mykle beskriver overgangen fra barn til ungdom slik:

Konfirmanten er et barn; – et spebarn. Han har nettopp begynt på menneskets annen barndom, den som setter inn med puberteten. (...) Femten år er meget for en hest, den ble voksen da den var tre; men for et menneske er femten år som ingen ting å regne. Gutten på femten år er et spebarn for annen gang, spebarn i annen potens! Han har troen og lett-troenheten; han har villigheten og lengselen; aldri blir hans lengsel mere flammende! Han har troen til å love, viljen til å love, evnen til å love; hans loveevne er maksimal, og han tar evnen fullt ut, og han lover! Eders tale skal være ja ja og nei nei; – men konfirmanten fatter ikke dette nei, han tror på de voksne, han er et spebarn, han strekker tillitsfullt sine armer mot det høye og lover! Ja (*Rubicon*, s. 276).

Sett innenifra har det ifølge Kristeva og Mykle oppstått en loveevne i form av et ønske, en kraft eller en tro som strekker seg ut i verden. Mykles 15-åring strekker seg mot himmelen med sin loveevne, men han rusler fremdeles hjem fra kirken med sin mor og bor på gutterrommet. 15-åringen er ennå ikke klar til å adskille seg fra foreldrene. Ballongen kan ennå ikke lette. Dette forandrer seg snart. Ask Burlefot i *Lasso rundt fru Luna* reiser først alene til Oslo og så til Finnmark som lærer. I *Sangen om den røde rubin*, etter at han har kommet hjem i skam og skjensel fra Finnmark, reiser han til Bergen og Handelshøyskolen. I boken *Rubicon*, etter at Ask ikke våget å erklære sin kjærlighet til Embla (Mykle, 2012), reiser nå Valemon alene på motorsykkel gjennom Europa til Frankrike. Han kaller sine reiser ut i verden for heat, kanskje med referanse til idrettens forsøksheat. Dette peker både mot bevegelsen ut i det åpne ungdomsrommet, «å forsøke», og den beinharde maskuline konkurransen som Mykle ønsket å komme seirende ut av.

Det Mykle kaller selvstendighetens vei, begynner for mange ungdommer kanskje med lengre overnattinger, turer og ferier med jevngamle. Deretter reiser de på folkehøyskoler, andre utdanningsinstitusjoner eller begynner å arbeide. De flytter inn i egen leilighet for første gang. Ungdommen står nå overfor en helt ny utfordring. De skal ta ansvar for seg selv, regulere og prøve å forstå en psyke de ennå ikke kjenner, i møtet med verden utenfor familien. De har begitt seg ut på den virkelige selv-

stendighetens vei. De setter seg på et tog, i en bil eller et fly og reiser ut i verden med drømmer om at store ting skal skje. Mykle beskriver denne fasen av ungdomslivet slik:

Kursen for et menneskes liv synes å bli staket ut et bestemt øyeblikk i ungdommen, et sted mellom dets 18. og 21. år. Det er det øyeblikk hvor det unge menneske forlater hjemmet og hjemstedet for å søke seg en jobb, reise til et fremmed sted, begynne på en høyere skole, eller hvor det rømmer fra gaten, bakgården, skjenselen. Det er et underfullt øyeblikk i et menneskes liv, og det bærer i seg samme dirrende og frysende forventning som når lyset i teatret slukkes, dirigenten stiger opp i orkestergraven, og de første toner fra ouverturen klinger ut.

Forskjellen er bare den at mens en ouverture vanligvis komponeres som et sammendrag av en ferdigskreven og altså kjent opera, så er den første reise vekk fra hjemmet en ouverture til en ennu uskreven og ennu ukjent opera. Ingen musikk-kritiker, intet musikalsk oppslagsverk, ingen opera-guide kan røbe noe om innholdet i denne opera. Ouvertyrens første takter er like uutgrunnelige, like hemmelighetsfulle som et skogtjerns øye og som himmelens ansikt; skal operaen bli et spill om slottet eller om svinestien, et spill om Olympen eller om Hades, om prinsen eller om tiggeren, et spill om den gygne by eller om den grå avdal, et spill om den himmelstormende triumfator eller om det bleke fangeansikt bak jerngitteret? (*Lasso rundt fru Luna*, s. 27).

Den eldre ungdommens psyke er enda mer strukket ut i en polarisering enn 15-åringens.

Han står nå også overfor oppgaven med å bære sin egen tyngde, ta inn over seg livets lyse og mørke sider og regulere seg selv uten foreldrenes støtte og innblanding. I Kristevas språkdrakt handler det om å lære seg å forvalte troen, håpet, negativiteten og destruktivitetens krefter som allmenne livsvilkår. Men, for å oppdage livets åpne nyanser må ungdommen først finne en vei ut av troens polariserte fengsel. De må finne kreative svar på to erfaringer; de er for det første dømt til å bli desillusjonerte gjennom å møte livets uunngåelige negativitet. De er også dømt til å møte raseriets krefter, som enten vendes utover eller mot dem selv når de møter skuffelsene.

Skuffelsen oppleves ofte dramatisk og akutt av mange ungdommer. Kristeva hevder at skuffelsene og nederlagene og det påfølgende hatet eller selvhatet skaper det hun kaller idealitetens sykdommer. Det er ungdommer som ikke våger å tro på idealet (kjærlighet og muligheter), eller som gjør om den voldsomme skuffelsen til hat eller selvhat. Hun ser på rus, spiseforstyrrelser, depresjon, selvskading og det hun kaller kamikazesyndrom (selvmordsbombere), som forskjellige symptomer på ungdomskrisens kamp med sin tro og skuffelse. Kanskje også de uforståelige og brå selvmordene hos unge menn kan forstås bedre i dette lyset? Mange ungdommer har i dag en fundamentalistiske tro på egen verdiløshet. Kanskje handler dette bastante selvhatet om troens negative omslag i møte med et samfunn som ikke lenger ivaretar deres subjektivitet, deres tro og hjerte?

Forståelsen av ungdommens kriser kan raskt forsvinne ved å fokusere på biomedisinens diagnostiske kategorier, barndommen eller kulturelle idealer. Idealitetens sykdommer peker mot et spesifikt trosdrama som



FOTO: PHOTO2008 / WIKIMEDIA COMMONS

Julia Kristeva (f. 1941)

- Bulgarsk-født fransk psykoanalytiker, filosof, feminist og forfatter.
- Forfatter av mer enn 30 bøker, blant annet *Svart sol - depresjon og melankoli*, *Le genie féminin*, en trilogi om Hannah Arendt, Melanie Klein og Colette, og boken *The incredible need to believe*, som omtales i dette fagessayet.
- Mottok Holbergprisen i 2004.

Kilde: Wikipedia





All ungdom er dømt til å fly mot solen og falle, eller leke med gudenes ild og bli straffet

handler om å takle de første nederlag og skuffelser knyttet til å møte verden utenfor familien. Ungdommen fortolker nederlagene i kjærlighet, seksualitet og prestasjoner og i det sosiale som absolutte og negative sannheter om dem selv. De er fanget i en erfaringsverden hvor troens polariserte logikk ender opp i et nådeløst selvhat. De sitter lenket til det Baudelaire kaller idealets grav. Mange ungdommer kan beskrive at disse erfaringene nærmest etses inn i deres selvoppfatninger: «Jeg er dum, gal, verdiløs, hore, ekkel, stygg, skyldig eller uverdigg». Andre nekter å akseptere de uunngåelige tap og krenkelser ved å mobilisere et voldsomt hat eller kaste seg ut i en evig jakt etter det tapte paradiset.

Det er til disse drama Kristeva forsøker å hviske en alternativ fortolkning inn i ungdommens ører. Fortellingen om «fabelbyen» som endte i «ødelandet», er ikke slutten, det er snarere en nødvendig inngang til å ta ansvar for eget liv. Hvem er du? Hvordan kan du finne din stemme og skaperkraft i det livet du lever? Hvordan kan du kjempe for dine idealer og beholde troen på at noe kan bli bedre, selv om paradiset ikke finnes?

KRISENE I DEN VOKSNE VERDEN

Hva er så kuren for idealitetens sykdommer? På den ene siden peker Kristeva på at ungdommens krise er uunngåelig, at den er en del av det å bli voksen. Dette reiser spørsmål om hvorfor samfunnet i så stor grad patologiserer ungdommen og ungdomsfasen. På den andre siden peker Kristeva også mot krisene i den voksne verden – autoriteten og verdienes krise, som gjør det vanskelig for ungdommer å bli voksne. Ungdommens «troskrise» handler ikke bare om deres løsrivelse fra foreldrene, den handler også om hvordan samfunnet forstår, tar imot og integrerer dem i samfunnet. Hun henvender seg også til terapeuter og oppfordrer dem til å lytte til ungdommens behov for å tro og bekrefte dette. Hvis ikke troen blir bekreftet, vil vi heller aldri forstå den voldsomme omvendingen til hat eller selvhat, skriver Kristeva. Ungdommen trenger hjelp til å transformere krisen til en glede i å tenke, spørre, skape og uttrykke seg. Terapeutens oppgave blir da å hjelpe ungdommen med å integrere behovet for å tro med barnets begjær etter å vite. Troen redder kunnskapen fra å bli instrumentell, og kunnskapstørsten redder troen fra å bli fundamentalistisk. Jeg vil

her peke på fire forskjellige kriser i den voksne verden som kan vanskeliggjøre ungdommens vei ut i verden.

Behovet for kulturell beskyttelse

Mykles 15-åring ber om grid. Grid er i norrøn historie en form for amnesti eller ettergivelse av straff gitt til en person som på en eller annen måte har forbrutt seg mot lover eller myndighetspersoner. Psykologen Stanley Hall er kjent for å ha konstruert den kulturelle ungdomsfasen, og betonte at ungdommen trenger et kulturelt beskyttet rom, hvor de kan vokse i fred og gjennomgå dramatiske stadier i sin psykologiske og biologiske utviklingsprosess. Opprettelsen av grid, kulturelt amnesti eller et moratorium for ungdommen har preget vår kultur frem til i dag (Lesko, 2012). Vi kan spørre om dagens samfunn holder på å oppheve denne kulturelle beskyttelsen rundt ungdommens utviklingsprosesser i den økonomiske effektivitetens navn? På begynnelsen av 1900-tallet ble ungdommen definert som fremtid og frihet (Lesko, 2012). I dag blir de enten definert som humankapital og råstoff for utnyttelse av konkurransestaten, vinnerne, eller de som lider av psykisk syke og utenforskap, taperne (Regjeringens strategi for ungdomshelse, 2016).

Utnyttelse av ungdommens trosevne

Agnar Mykle beskriver at ungdommen i håp og lengsel strekker ut en hånd. Kristeva beskriver et behov for og en tro knyttet til å legge sitt hjerte i andres hender. Spørsmålet er da hvem som tar imot og på hvilken måte? Hva slags idealer blir ungdommen møtt med i den voksne verden? Mykle beskrev 15-åringens møte med en kristendom som utnyttet konfirmantens loveevne og krevde underkastelse. Kristeva beskriver muslimske ideologier som lover paradiset ved å drepe og dø. I dagens samfunn nærer kapitalens krefter seg på ungdommens tro. Kommersielle idealer og mediernes drømmefabrikk knyttet til å optimere kropp, prestasjoner og selvfølelse skaper troen på falske paradiser. Skolens vinner eller taper-fokus låser også fast ungdommens polariserte psyke, fremfor å peke mot mange veier inn i samfunnet. Skolesystemet og de kommersielle tenkemåtene bekrefter på hver sine måter en opplevelse av verden som likner eventyret om piken med svovelstikkene. Ungdommen får altfor raskt følelsen av at de har havnet utenfor og tapt. De føler seg frosset

fast i ødelandets skam og skjensel, og stirrer inn i en varm stue hvor de perfekte vinnerne lever. Samfunnets institusjoner forsterker idealitetens lukkede struktur fremfor å tilby åpne muligheter.

Integrasjonens krise

Ask Burlefot følte «at ørnene gnaget på hans lever» etter at han kom hjem etter første heat i Finnmark. Han følte seg fastlåst i skam og fortapelse, men en dag «steg gudene ned og løste ham fra klippen». Det var rektoren og farsskikkelsen Rex, «den vidunderligste mann han noensinne hadde kjent», som reddet han med tilbud om jobb. Men, ikke bare jobb, Rex var en mann som så, bekreftet og snakket varmt om den unge mannen, slik Kristeva fremstiller den kroppslige og bekræftende farsfiguren. Slik sett var det Rex som integrerte Ask i samfunnet gjennom sitt personlige engasjement i ham. Kristeva skriver at det voksne samfunnets første og vesentlige oppgave er å ønske ungdommen velkommen og bekrefte deres umiskjennelige subjektivitet. Kristevas arbeid med muslimsk ungdom i Frankrike bygger på ideen om at de må integreres av mennesker som bekrefter deres unike subjektivitet, skaperkraft og fremmedhet. Denne personlige utvekslingen skaper sosiale bånd og broer mellom forskjellige kulturer og generasjoner og gir de unge følelsen av at de har en egenverdi i samfunnet. Et viktig spørsmål er her om konkurransestaten er i ferd med å bryte ned dette primære integrasjonsleddet, ved at følelsen av å bli bekreftet og ha verdi mer og mer knyttes til prestasjoner og ytre mål i alle samfunnets institusjoner. Holder alle Rexene på å forsvinne fra de voksnes rekker? I boken *Klassen* (2017) viser Marte Spurkland hvordan det økte skolepresset skaper en frittflytende angst som forstyrrer hele skolesystemet, lærere, elever og deres familier. Læreren Anette forsøker å kompensere for skolens dehumaniserende prestasjonsjag ved å arbeide dag og natt og alltid være tilgjengelig, noe som igjen utmatt hennes eget liv. Det er fremdeles tusenvis av Rexer i barnehager og skoler, men samfunnet anerkjenner ikke lenger betydningen av deres livreddende relasjonsarbeid.

Verdienes krise

Da Ask Burlefot gikk ut i verden møtte han fire tydelige farsfigurer. Alle holdt en slags tale for ham om livets prøvelser og ga ham råd om fremtiden, og de vekket mange slags følelser og reaksjoner hos den unge Ask. Han beskriver også mektige morsskikkelser. 60 år senere beskriver Karl Ove Knausgård sin reise mot selvstendigheten. Han beskriver ikke noe

møte med andre farsfigurer enn sin egen far, som på en ensidig måte fremstilles som demonisk ond. Morsfiguren har nå også nærmest blitt usynlig og fremstår som overfladisk god. Dette kan peke på en historisk utvikling, der foreldrefigurene og deres verdier har smuldret opp. Ungdommen møter dermed ikke lenger verdier eller oppdragelse som de kan bryne sitt unge liv imot, ved å være forskjellig eller lik, enig eller uenig. Kampen for å lykkes og redselen for å falle utenfor har blitt alles verdi. Familien mister dermed også sitt etiske sentrum og motstandskraft til samfunnets produksjons- og prestasjonskrav.

TROEN VAR DER FØR TRAUMET

Kristevas teorier er selvsagt ikke uttømmende for å forklare ungdommens begynnende oppdagelse av seg selv og sitt livs landskap. Jeg møter mange ungdommer for hvem Kristevas teorier om tro ikke har relevans. Kristeva er også sosialisert inn i et ekstremt teoretisk avansert og fransk avantgardistisk miljø, og hennes teorier er preget av dette.

Hennes trosbegrep ender kanskje også i psykologisering, selv om hun presiserer at hun ser på troen som en egen eksistensiell dimensjon og ikke som en illusjon, slik Freud så det.

Allikevel har jeg ved å lese Kristeva blitt mer oppmerksom på at i troen ligger det et ønske som er knyttet til en indre stemme i hver enkelt ungdom. De ønsket noe, de drømte om noe – så ga de opp og ble innesperret i symptomer. Det kan være like viktig å undersøke disse ønskene som det er å undersøke barndomstraumene, for her ligger en skjult kraft. En ballong var på vei mot himmelen før den punkterte. Troen var der før traumet. ✘

REFERANSER

- Bohleber, W. (2012). Adolescence in the Mirror of Changing Psychoanalytic Theory. *Adolescent Psychiatry*, 2, 1.
- Kristeva, J. (2009). *This incredible need to believe*. New York: Columbia University Press.
- Kristeva, J. (2014). New forms of Revolt. *Journal of French and Francophone Philosophy*. XXII, 2.
- Kristeva, J. (2007). Adolescence, a Syndrome of Ideality. *The Psychoanalytic Review*, 94, 715–725.
- Lesko, N. (2012). *Act your age! A cultural construction of adolescence*. New York: Routledge.
- Mehren, S. (1987). *Vår tids bilde*. Oslo: Aschehoug.
- Mykle, A. (2012). *Sangen om den røde rubinen* [E-bok]. Oslo: Gyldendal.
- Mykle, A. (2012). *Rubicon* [E-bok]. Oslo: Gyldendal.
- Mykle, A. (1994). *Lasso rundt Fru Luna*. Oslo: Gyldendal.
- Regjeringen (2016). *Regjeringens strategi for ungdomshelse 2016–2021*. Hentet fra https://www.regjeringen.no/contentassets/838b18a31b0e4b31bbfa61336560f269/ungdomshelsestrategi_2016.pdf
- Spurkland, M. (2017). *Klassen*. Oslo: Cappelen Damm.

Hverdagsblikk på psykiske vansker

Andre dokumentarserier har gjerne fokusert på behandlingsprosessen, mens «Sinnssykt» viser hvordan det kan være å *leve med*.



«Sinnssykt»

- NRK-serie i seks deler om å leve med alvorlige psykiske lidelser
- Programleder: Cecilie Kåss Furuseth
- Alle episodene er tilgjengelige via NRKs strømmetjeneste

I NRKs DOKUMENTARSERIE *Sinnssykt* inviteres vi inn i hverdagslivet til seks unge mennesker. De kommer fra vidt forskjellige deler av landet, og har ulike drømmer og mål for fremtiden. Like forskjellige som folk flest. Det de har til felles, er at de alle er diagnostisert med en psykisk lidelse som preger hverdagen deres på ulike måter.

Programleder Cecilie Kåss Furuseth møter disse menneskene med nysgjerrighet og varme, uten å være redd for å stille ubehagelige spørsmål. I første episode møter vi Espen, som har en tvangslidelse som gjør at mange hverdagslige aktiviteter tar overdrevent mye energi og tid. For Espen er noe av det vanskeligste i hverdagen å sette på vaskemaskinen. Jeg blir slått av hvor utrolig modig han er som ikke bare forteller om hvordan han har det, men *viser* oss tvangshandlingene i aksjon. Han bidrar samtidig til å bygge ned fordommer basert på stereotyper om at tvangslidelser nødvendigvis handler om overdreven renslighet, orden og punktlighet.

Som psykologistudent på trappene til arbeidslivet gjør særlig Espens fortelling om hvordan tvangslidelsen har utviklet seg gjennom livet, et sterkt inntrykk på meg. Tvungen har vært der så lenge han kan huske, og gjennom oppveksten «spiste» den stadig mer av livet hans, uten at han fikk den nødvendige hjelpen på riktig tidspunkt. Slike historier, der hjelpeap-

paratet enten ikke har blitt involvert eller ikke har strukket til, tror jeg det er viktig for oss som psykologer å høre. Ikke for å føle skyld, men for å bli bevisst hvilken avgjørende rolle riktig hjelp til riktig tid kan ha i menneskers livsløp.

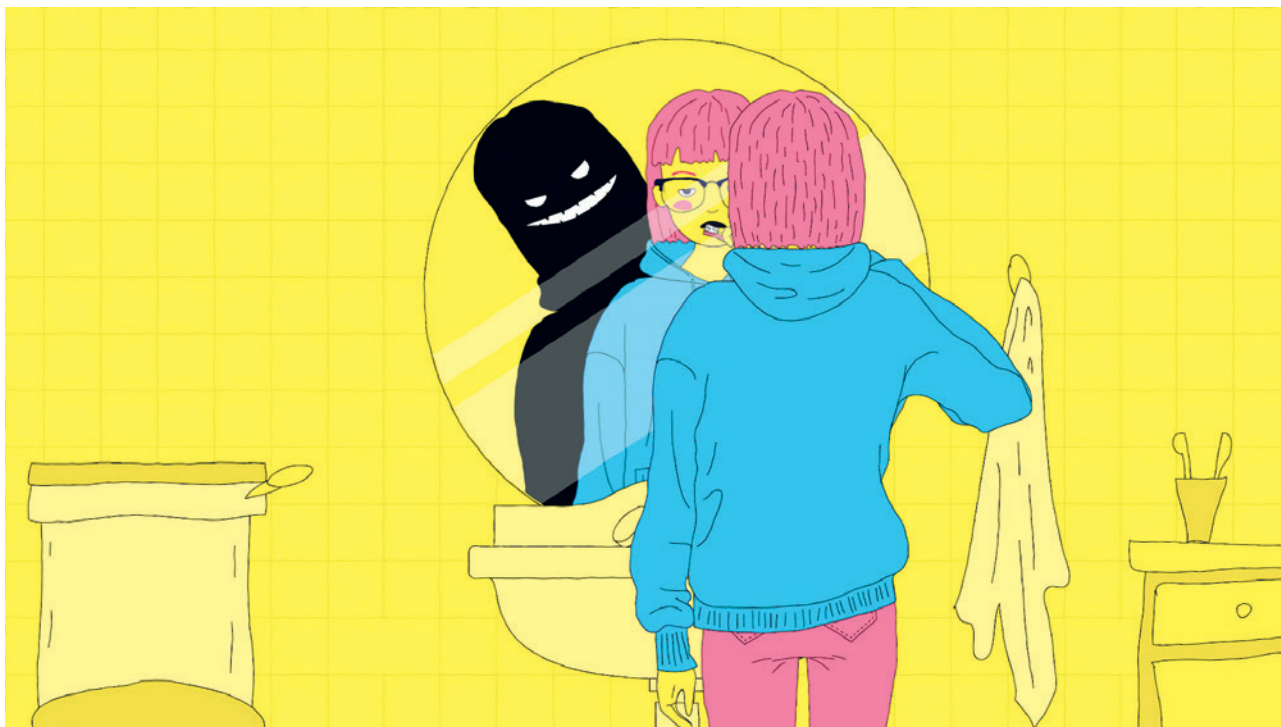
TILFØRER NOE NYTT

Seriens format er slik at hver episode sentrerer rundt én person, som vi kun møter i den enkelte episoden. Programleder Kåss Furuseth har selv en diagnose som hun, inntil produksjonen av denne serien, har valgt å ikke være åpen om med flere enn sine aller nærmeste. Hennes personlige refleksjoner om sin egen diagnose utgjør en rød tråd gjennom serien, og leder frem til den siste episoden, der det er hun selv som er i fokus. Serien har en tydelig intensjon om å øke kunnskapen om psykiske lidelser, og presenterer blant annet kjennetegn ved diagnosene på en pedagogisk måte. I mine øyne er dette et godt grep, særlig siden mange av lidelsene ikke er allment kjente. Vi får også høre faglige perspektiv på eksempelvis hva som skiller en psykisk lidelse fra normale vansker, noe som bidrar til å løfte seriens tematikk opp fra individnivået.

En serie som fremmer åpenhet om unges psykiske helse, høres kanskje ut som noe vi har sett før, men jeg synes «Sinnssykt» likevel tilfører noe nytt. Først og fremst fordi denne serien

ANMELDT AV

Beate Duus Wetteland,
psykologistudent,
12. semester



belyser psykiske lidelser det tidligere har vært lite åpenhet om, som psykoselidelser og personlighetsforstyrrelser. Jeg opplever det også som noe nytt at deltakerne i serien ikke først og fremst figurerer i rollen som pasienter, selv om behandling også tematiseres. Vi følger dem først og fremst i deres vanlige liv, i roller som venn, musiker, arbeidssøker, for å nevne noen. Andre dokumentarserier har gjerne fokusert på behandlingsprosessen, mens «Sinnssykt» viser hvordan det kan være å *leve med*. Serien formidler både at det er mulig å bli frisk, og at man kan ha et meningsfullt liv på tross av symptomer og diagnoser. For min egen del fungerer serien som en påminnelse om at de menneskene jeg kommer til å møte, der jeg er til-delt rollen som behandler og de som pasienter, har mange viktigere roller i sitt liv enn akkurat pasientrollen jeg møter dem i.

DIAGNOSEFOKUSERT - MEN OPTIMISTISK

Intensjonen om å ufarliggjøre diagnoser gjør at serien, paradoksalt nok, fremstår veldig diagnosefokuset, da det rett og slett er veldig mye snakk om diagnoser. Etter å ha sett alle episodene er jeg overveldet av mengden diagnoser som presenteres, og jeg lurar på hvordan dette kan oppleves av seere uten kjennskap til diagnosesystemet.

På tross av tunge tema er ikke serien tung å se på. Snarere vil jeg si at den har en «feelgood»-vibe. Dette skyldes nok kombinasjonen av høyt tempo, fargerike animasjoner og fengende popmusikk. Jeg skulle gjerne fulgt hovedpersonene over lengre tid og fått et nærmere innblikk i deres liv og refleksjoner, men seriens form vektlegger bredde fremfor dybde.

Slik jeg oppfatter det, har serien et gjennomgående optimistisk budskap om at mennesker er mer enn diagnoser og at åpenhet er bra, noe som illustreres i en scene der programlederen bryter ut i sang: «Åpenhet, åpenhet, åpenhet!» Det er lett å bli revet med, men min kritiske sans trykker på bremsene. Er det virkelig slik at åpenhet om psykisk sykdom alltid vil gagne enkeltpersonen? Er det egentlig greit å bli spurt ut om spesifikke psykiske vansker på et jobbintervju? Jeg er ikke så sikker. En utilsiktet virkning av «åpenhetstrenden» kan være et opplevd press om å være åpen, noe som ikke nødvendigvis er et riktig valg for alle. Kanskje er min skepsis overdreven, kanskje omverdenen faktisk er så aksepterende, åpen og raus i møte med psykiske lidelser som serien gir inntrykk av. Jeg håper det.

Serien anbefales til både psykologer og ikke-psykologer, med og uten egne diagnoser, så får det være opp til hver enkelt om man vil synge med på «åpenhets»-refrenget eller ikke. ✘

STERKE UTTRYKK

Fargerike animasjoner illustrerer hovedpersonenes hverdagsliv og følelser i NRK-serien *Sinnssykt*. Illustrasjon: Racecar/ NRK

”

Intensjonen om å ufarliggjøre diagnoser gjør at serien, paradoksalt nok, fremstår veldig diagnosefokuset

Refleksjoner fra modne menn

I boken *Harde fakta* utveksler to menn fortellinger om kjærlighet, savn, identitet og sorg, men også om betydning av vennskap som bærer når annet brister.



**FRODE THUEN
OG BENT SOFUS**

TRANØY *Harde fakta om livet, døden og kjærligheten*, Cappellen Damm, 2018. 304 sider

ANMELDT AV

Frøydis Lilledalen, samlivsterapeut og psykologspesialist i Signo

DETTE ER EN BOK der to modne menn deler raust av sitt liv og sine kunnskaper. Hvert avsnitt innledes med en fortellerstemme som oppsummerer innholdet i kapitlet, og vi veksler mellom å følge Thuens og Tranøys fortellerstemme. I hovedsak er formen lagt opp som en samtale der vi følger mennene gjennom skjellsettende livshendelser og deres refleksjoner rundt dem. Samtalene er ispedd et bredt spekter av diverse psykologiske studier, med innsmett av både filosofiske og økonomiteoretiske referanser, og en og annen skildring av natur og omgivelser.

UTVALGT FORSKNING

Thuen og Tranøy er åpne om at de har valgt forskning som har fasinert dem personlig, og ikke nødvendigvis hva som er mest i vinden, eller som tradisjonelt har hatt mest innflytelse på hvordan vi forstår samliv, samspill, indre og ytre kriser. Det er en viktig avklaring, og bidrar til at de kan tillate seg å vie mer tekst til tema som «om å tenke med noe annet enn hodet», «forskning på lapdance», «hvem vi pynter oss for», og «frykt og sex» enn til for eksempel studier og teori rundt tilknytningsteori. Disse valgene er legitime ut fra forfatterens avgrensning og medfører at boka får økt underholdningsverdi og et bredere publikum enn bare terapeuter og psykologer.

Noen ganger oppleves det dog som at underholdningsverdi går på bekostning av viktig relevant informasjon om begrensninger rundt

enkelte studier, og at konklusjoner trekkes på noe svakt grunnlag. Flere steder brukes én valgt studie som bakgrunn for å si noe generelt om kjærlighet eller menneskelig atferd, uten diskusjon eller referanser til studier som viser noe annet. Valget er mulig å forstå ut fra bokas avgrensning, form og brede målgruppe, men gjør at boka til tider fremstår med mer bredde enn dybde.

VEKKER NYSGJERRIGHETEN

Flyten i overganger mellom samtale, studier, selvrefleksjon og skildringer er varierende. Noen ganger fremstår skifte i tema naturlig og intuitivt, andre ganger fremstår det mer tilfeldig og søkt. Dette er likevel ikke noe som forstyrrer leseropplevelsen nevneverdig. At jeg ofte ønsket mer dveling og diskusjon, vitner om at de har vekket nysgjerrighet og engasjement.

De to forfatterne nærer en dyp respekt for og kjærlighet til hverandre, og deres rosende ord om sin beste kamerat får mye plass i boka. Vi får fortellinger om kjærlighet, savn, identitet og sorg, men også om et solid vennskap og betydning av relasjoner som bærer når annet brister. At rosen noen ganger er repeterende, tåles greit når forfatterne i tillegg byr raust på sin egen sårbarhet.

Fra mitt perspektiv er den siste delen av boka den beste. Studier som prøver å si noe om lykken og det gode liv, og forfatterens refleksjoner rundt hvordan oppnå og beholde lykke, er etter mitt skjønn gode. Thuens gjenforening

KLASSIKEREN



Å leve et liv

Johan Cullberg, *Kris och utveckling*, 1975

«Vårt liv är en lång serie av psykiska kriser.» Slik starter forordet til Cullbergs bok, som ble gitt ut første gang i 1975, og som skal være en av de mest selgende fagbøkene i Sverige noensinne. For meg var det den første fagboken jeg leste, i forbindelse med psykologi som valgfag på videregående skole i 1990. Da jeg ble utfordret i denne spalten, leste jeg den på nytt. Den samme utgaven som jeg leste den gangen. Nå med snart 20 års erfaring som psykolog, hvorav de siste 15 på akuttpsykiatrisk døgnavdeling for barn og ungdom.

Boken har en psykoanalytisk språkdrakt som kan føles litt utdatert, og den utviklingspsykologiske gjennomgangen holder ikke helt mål lenger. Den er kjemisk fri for kognitive modeller, og stress- sårbarhetsmodellen var ennå ikke lansert. Det savnes redegjørelser rundt vold og seksuelle overgrep, men jeg er overbevist om at dette er endret i senere utgaver.

Bokens store styrke er de gjenkjennelige beskrivelsene av hva det vil si å leve et liv med de psykiske krisene vi alle opplever. Cullberg beskriver fenomener som er helt gjenkjennelige også i 2019, og han tar stilling for likestilling mellom kjønn og kvinners rettigheter på en måte som lå i tiden på 70-tallet, og som dessverre fortsatt er et tema. Som fagperson har jeg lest nyttigere bøker, men som voksent menneske ble jeg berørt. Jeg ville nok anbefale siste utgave dersom noen ble nysgjerrig.

*Magnus Sjøstrand, psykologspesialist ved
Ungdomspsykiatrisk seksjon, Sykehuset Østfold utfordrer
Stephan Neuhaus til å ta stafettpippen videre*

med Sonja er rørende beskrevet uten å være glorifiserende eller utleverende. Å trekke linjer mellom sin egen historie og Sigmund Bau-mans beskrivelser av det moderne mennesket, Hylland Eriksens begrep «øyeblikkets tyranni», utfordringene ved vår tids ubegrensede valgmuligheter, forventningers betydning, gevinst med mindfulness og sammenhengen mellom å være et lykkelig og et godt menneske, er etter min vurdering et ambisiøst, men vellykket stykke arbeid.

SELVINNSIKT

På bokas siste side står det: «... kanskje har denne lille boken også hatt verdi for deg som leser [...] For det er først og fremst gjennom større selvinnsikt og selvforståelse at vi kan bli bedre og klokere utgaver av oss selv, og dermed også bli bedre medmennesker.» Boka inviterer til selvrefleksjon, og Tranøy og Thuen har vist hvordan deres kriser har endret – og forbedret dem. På tross av at en del studier vil være kjente for psykologer, inviterer mennenes tanker og perspektiver til å reflektere rundt disse på nye måter. Det boka mangler knyttet til å dykke ned i og problematisere, tar den igjen med god fortellerteknikk, underholdning og tidvis berørende beretninger.

Oppsummert anbefaler jeg de som ønsker kunnskap, underholdning, inspirasjon og økt kjennskap til forfatterne i en og samme bok, å lese *Harde fakta om livet, døden og kjærligheten*. ❌

Kropp og psyke henger sammen i
Den NeuroAffektive Relasjons-Modellen

NARM Introduksjonskurs 22.-23. november 2019

v/psykologspesialist Tove Mejdahl

NARM er en effektiv teoretisk, klinisk og praksisorientert modell, utviklet av Dr. Laurence Heller («Utviklingstraumer», Reitzel 2014)

Med NARM kan vi navigere kompleksiteten ved tidlige tilknytnings- og utviklingsmessige traumer.

Traume- og personlighetsteori kombineres med en kontakfull ressursorientert innfallsvinkel, hvor kropp, følelser og tanker knyttes sammen i en her og nå prosess.

NARM er blant en av de første uddannelsesprogram som er spesielt egnet til C-PTSD.

Norsk psykologforening har godkjent NARM som vedlikeholdsaktivitet. Utdannelsen over 2 år teller som 72 timer. Introduksjonskurset teller som 14 timer.

Se mer og påmelding på www.NARM.no

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

OSLO, Høsten 2019

(3 x 2 dager + daglig egen trening)

**Fredag og lørdag: 13.-14. september,
11.-12. oktober, 8.-9. november**

Godkjent av Norsk psykologforening med 42 timer vedlikeholdsutdanning.

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

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

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

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

LEDIG TERAPIKONTOR NESTTUN, BERGEN

Deltid/halv uke i felles psykologpraksis med flere kolleger. Kontakt Arvid på tlf. 915 58 844 eller Eli på tlf. 993 11 310 eller e-post psykologkontoretas@gmail.com



Visittkort

Ny selvbetjent løsning for bestilling
av Visittkort med timekort.

Velg mellom løse kort
eller visittkort i blokk,
og med eller uten
egen logo.

Bestilles via «min side»
for medlemsrabatt.



Norsk psykologforening
Pb 419 Sentrum, N-0103 Oslo

Ønsker du å annonsere i Psykologtidsskriftet?

Neste utgivelse er **3. juni**, frist for
å bestille annonse
til juni-utgaven er **16. mai**

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

NYHET!

Spåkutviklingstest for vurdering av forståelse og produksjon av spåk.

NRDLS. The New Reynell Developmental Language Scales.

Den norske versjonen av den fjerde utgaven av den velkjente språktesten NRDLS er utviklet for vurdering av barn i aldrene 3–7 år.

Testen er oversatt, tilpasset, pilottestet og normert i Norge i perioden 2017–2018.

Du finner NRDLS på Hogrefe som er et uavhengig forlag hvem tilbyr et bredt spekter av kliniske tester – alltid med fokus på det vitenskapelige grunnlaget.



www.hogrefe.no

 **hogrefe**

Norsk Senter for
SPISEFORSTYRRELSER

UTDANNING I CBT-E

OSLO, OKT 2019 - JUNI 2020

Utdanning i utvidet kognitiv atferdsterapi for spiseforstyrrelser (CBT-E) for individualterapeuter over 12 dager som gir teoretiske og praktiske ferdigheter for å behandle alle typer spiseforstyrrelser hos voksne og ungdom. Det er fire samlinger å tre dager over to semestre, 72 timer undervisning og 24 timer ferdighetstrening.

FORVENTET LÆRINGSUTBYTTE

- Motivere ambivalente pasienter
- Ytre opprettholdende faktorer
- Vektøkning og vektstabilisering
- Terapeutisk drift
- Tilbakefallsforebygging
- Regulere følelser og hendelser
- Overevaluerer av kropp og vekt
- Stoppe overspising og oppkast
- Intensivering av behandlingen

DATO FOR SAMLINGENE

Samling 1:
2.-4. Oktober 2019

Samling 2:
4.-6. Desember 2019

Samling 3:
4.-6. Mars 2020

Samling 4:
3.-5. Juni 2020

TILBUD OM VEILEDNING

Du tilbys veiledning i gruppe over fem dager/40 timer som ikke er obligatorisk men som er sterkt anbefalt for å implementere nyervervede kunnskaper, ferdigheter og holdninger inn i klinisk praksis.

OM CBT-E (ENHANCED COGNITIVE BEHAVIOUR THERAPY)

CBT-E er anbefalt førstebehandling for alle voksne med spiseforstyrrelser i de Engelske (2017) og Nederlandske (2017) retningslinjer og er her anbefalt behandling for ungdom med alle typer spiseforstyrrelser. CBT-E er utviklet av professor emeritus Christopher Fairburn og hans team fra Centre for Research on Eating Disorders, CREDO, Oxford. Dr. Riccardo Dalle Grave, leder for Villa Garda, Verona, har utvidet modellen til ungdom, intensivt poliklinisk tilbud, dag- og døgnbehandling og Multistep CBT-E.

Utdanningen er godkjent som 96 timers vedlikeholdsaktivitet av Norsk Psykologforening.

Se www.Norsk-Senter-for-Spiseforstyrrelser.no for mer informasjon

NFKT INVITERER TIL

Inspirasjons- konferansen

31. oktober – 1. november 2019
Scandic Oslo Airport

Program og påmelding:
kognitiv.no



NORSK FORENING FOR
KOGNITIV TERAPI

Mindfulness MBSR kurs med psykologspesialister

Ønsker du å delta på 8 ukers forskningsbasert kurs og lære om stressmestring, øke livskvaliteten i hverdagen, utvikle egen mindfulness praksis og kunne bruke mindfulness i ditt fagområde?

Kursstart 18. september 2019

Kurset er godkjent av NPF
som 24 timers vedlikeholdskurs.



Håkon Ruud og Cathrine H. Sasson, psyk.spesialister og MBSR lærer

Les mer om kurset og kurslederne her:

www.cathrinesasson.wix.com/mindfullife

LIVSKOMPASS

ACT – takle stress og fremme helse

Hold kurs i en evidensbasert metode for å styrke psykisk helse og velbefinnende, Acceptance & Commitment Therapy.

Vitenskapelige studier viser at kurset blant annet reduserer stress, depressivitet, angst og fremmer mental helse.

Du får tilgang til en 300 siders manual, fire og en halv dagers utdanning, powerpoint-presentasjoner, filmer, samtalekort, ACT-online og andre materialer for å holde et variert og engasjerende kurs.

Mer informasjon: <https://livskompass.se/oslo>

Følg Tidsskrift for Norsk psykologforening på

facebook

Skal du flytte eller bytte arbeidssted?



Registrer ny adresse på
www.psykologforeningen.no
Min medlemside

eller send e-post til
medlemsservice@psykologforeningen.no



Sett av datoene for årets SEMINAR og ÅRSMØTE i Forening for psykologer i privat praksis (FPP) 17.–19. oktober sentralt i Oslo
NB! Merk datoene

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

Tema: Terapeutrollen og terapirelasjonen

Vi fortsetter å utforske terapeutrollen og terapirelasjonen. I år har vi invitert to sentrale klinikere til å gi sitt perspektiv på dette spennende feltet.

- Jonas Sharma-Bakkevig: Kliniker, foreleser og veileder, daglig leder og styremedlem i Norsk Institutt for Intensiv korttids dynamisk psykoterapi (ISTDP)
- Jan Reidar Stiegler: Kliniker, foreleser, veileder og forfatter, fagsjef i NIEFT, spesialist i Emosjonsfokusert terapi (EFT)
- Panelsamtale mellom foreleserne – ledet av Kjersti Gulliksen, fagredaktør i Psykologtidsskriftet
- Psykologforeningen gir informasjon om fagpolitiske forhold og nytt fra foreningen
- Sosialt og faglig fellesskap
- Festmiddag

Årsmøtet avvikles torsdag 17. oktober kl. 17–19.

Påmelding: Se ny annonse i Psykologtidsskriftets augustnummer.



Norsk psykologforening
Pb 419 Sentrum, N-0103 Oslo

UTDANNINGSAVDELINGEN



Innføringskurs: SCID-5-KV

SCID-5-KV er et standardisert klinisk intervju som dekker alle de vanligste diagnosene i psykisk helsevern for voksne.

Tema som dekkes i kurset:

- Intervjuets formattering og struktur
- Trening i bruken av intervjuet
- Hvordan responser skal kodes i de ulike metodene
- Hvordan fastsette diagnoser med SCID-5-KV

Kursansvarlig: Katharine C. Williams, psykologspesialist og phd
kcwi@gyldendal.no

Kurset er godkjent som fritt spesialkurs og vedlikeholdsaktivitet 12 timer.

Pris: 8.200,- SCID-5-KV protokoll og manual er inkludert i kursavgiften.

Sted: Gyldendalhuset, Sehestedsgate 4, Oslo

Datoer: 23.–24. oktober 2019
21.–22. november 2019

Nærmere informasjon og påmelding:
www.scid.no

Påmeldingsfrist: 1. oktober 2019

gyldendal.no/akademisk



Frelsesarmeens Behandlingscenter Stavanger

Frelsesarmeens Behandlingscenter (FAB) gir et behandlingstilbud til kvinner og menn med alvorlig rusmisbruk og samtidig lettere til moderate psykiske lidelser. Behandlingscenteret består av behandlingssavdeling, stabiliseringsavdeling, dagbehandling og ambulante tjenester.

Vi søker ny

Fagsjef

100% fast stilling med tiltredelse fra 1. juli 2019.

HOVEDOPPGAVER

- Faglig ansvarlig for behandlingstilbudet ved institusjonen og samarbeide med daglig leder.
- Ansvar for faglig utvikling av institusjonen.
- Veiledende rolle i faglige beslutninger.

Innenfor stillings rammer er det plass til forskning og ruspolitisk arbeid.

Vi søker ny

Psykologspesialist / psykolog

100% fast stilling med tiltredelse snarest.

HOVEDOPPGAVER

- Utredning, diagnostisering og behandling ved samtidig rusmiddelavhengighet og psykisk lidelse (døgntilbud)
- Bidra til gode, individuelle behandlingsforløp over tid, ut fra pasientens behov

I begge stillinger tilbyr vi blant annet

- Gode lønnsbetingelser
- Tilrettelegging for kurs/videreutdanning
- Tilrettelegging for spesialistutdanning for psykologer
- Et tverrfaglig miljø med faglige utfordringer og varierte arbeidsoppgaver
- Fagutvikling i traumebasert omsorg
- Mulighet for noe fleksibel arbeidstid

Søknadsfrist: 31. mai 2019

For mer informasjon om stillingene se våre nettsider.

www.fa-fab.no

Helse Sør-Øst RHF søker:



100 % avtalehjemmel for spesialistpraksis i klinisk voksenpsykologi

Praksisen skal lokaliseres til Aurskog- Høland.

Fullstendig stillingsannonse og elektronisk søknadsskjema: helse-sorost.no/ledigstilling

Søknadsfrist: 23. mai 2019



frantz.no

Helse Midt-Norge RHF er ett av fire regionale helseforetak i Norge. Disse eies av staten ved Helse- og omsorgsdepartementet og skal sørge for at befolkningen får tilgang på spesialiserte helsetjenester med god kvalitet. Helse Midt-Norge RHF har overordnet ansvar for spesialisthelsetjenesten i Trøndelag og Møre og Romsdal. Virksomheten er organisert gjennom 4 helseforetak som eies av Helse Midt-Norge RHF. I tillegg er Helse Midt-Norge IT (HEMIT), Driftsenteret for logistikk og økonomi og Helseplattformen en del av Helse Midt-Norge RHF. Den samlede virksomheten omfatter ca 22 000 medarbeidere og et årlig budsjett på vel 21,8 milliarder kroner.

Orkdal

Avtalehjemmel i nevropsykologi

Helse Midt-Norge RHF har opprettet en ny 100 % avtalehjemmel for spesialist i nevropsykologi, besluttet lokalisert i Orkdal. Avtalespesialisten må være særskilt oppmerksom på utviklingen av IKT og integrasjon mot felles journalsystem. Avtalespesialisten må beherske norsk både muntlig og skriftlig. Avtalen forutsetter 37,5 timers ukentlig arbeidstid 44 uker pr. år, inkludert administrasjon av praksis.

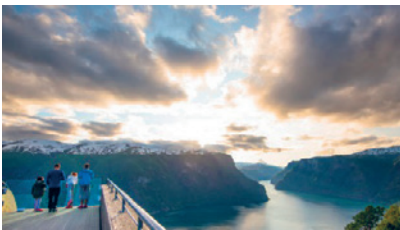
Søknadsfrist: 24. mai 2019

Søknad blir sendt elektronisk via www.helse-midt.no - der du òg finner fullstendig utlysningstekst.



frantz.no

Kommunepsykologar til Sogn – ledige stillingar



VELKOMMEN TIL VAKRE SOGN – distriktet med mangfald av naturopplevingar frå høg fjell og bre til ribb-, fiske- eller kajakkurar i vakre fjordar. Sogndal er største senteret med urbant tilsnitt, og variert kulturliv. I tilgrensande kommunar finn ein mindre sentra, aktivt idretts- og kulturliv, gode oppvekststilvilkår og gode lokale fellesskap.

Satsing innan psykisk helse

Kommunane har starta ein prosess for å førebu tilsetjing av psykologar som ny kommunal fagprofesjon. Sentralt i prosessen vert god førebuing og tilrettelegging internt i den ein skilde kommune. Vidare vert det gjennom etablering av interkommunalt psykolognettverk, danna fagleg fora for handtering av fagetiske spørsmål og felles utfordringar. Fagnettverket vil òg samarbeide nært med spesialisthelsetenesta og vere sentralt i høve til tiltak og felles undervisning ved spesialisering.

Sentrale føringar om den kommunale satsinga peikar på oppgåver som system- og samfunnsretta arbeid, førebyggjande arbeid mot individ og grupper, lågterskel behandling og oppfølging av personar, familiar eller grupper. Kommunane vil vektlegge noko ulikt innan desse felte jf. full utlysing. Endeleg utforming av stillingsinnhald vert lagt i samarbeid med den som vert tilsett i stillinga og psykologen vil ha høve å påverke og forme det psykologiske helsetilbodet i kommunane.

Ledige stillingar:

Frå komande haust vert det lyst ledig 4 x 100 % stilling for kommunepsykolog. Stillingane fordeler seg på dei ulike kommunane, men vil ha nært samarbeid gjennom regelmessige møte i det felles interkommunale nettverket.

Vidare vert lyst ledig 100 % psykologstilling i Sogn regionråd. Stillinga er eit samarbeid mellom kommunane i Sogn og Høgskulen på Vestlandet. Sentralt for stillinga er kompetansehevingstiltak for tilsette i barnehagar og skular og undervisning, forskning og utviklingsarbeid ved høgskulen.

Kvalifikasjonskrav for stillingane

- Erfaring frå primær- eller spesialisthelsetenesta er en fordel
- Grunnleggjande IKT-kompetanse
- Interesse for forskning og fagutvikling er ein fordel
- Gode norskkunnskapar både skriftlig og munnleg med god framstillingsevne
- Personlege eigenskapar som initiativrik, engasjert, fleksibel og strukturert
- Må ha sertifikat klasse B og disponere eigen bil

Vi tilbyr

- Gode arbeidsforhold med et aktivt og engasjert arbeidsmiljø
- Konkurransedyktig lønn i tråd med tariff
- Hjelp til å skaffe bustad
- Kommunane legg til rette for relevant vidare- og etterutdanning og spesialisering, samt deltaking i relevante faglege nettverk

Tilsetjing skjer på vanlige kommunale vilkår ut frå gjeldande lover, regler og avtaleverk, pensjonsordning (KLP). Med heimel i Helse og omsorgstenestelova § 5-4, vert det stilt krav om godkjent politiattest før tiltreding i stillinga.

Sjå heile utlysinga for dei fem stillingane på www.sogn.regionraad.no

Søknadsfrist: 20.05.19



CRUX
Kalfaret
behandlingscenter

Ønsker du en jobb som gir mening?

I stiftelsen CRUX jobber vi for å gjøre verden til et litt bedre sted. CRUX er en ideell, diakonal og landsomfattende stiftelse som tilbyr tjenester innen helse- og sosialsektoren.

Vi er medvandrere og står opp for mennesker i sårbare og utfordrende livssituasjoner, slik at de kan oppleve trygghet og nå sine mål. Det finnes alltid muligheter.

Vil du være med på laget?

CRUX Kalfaret behandlingscenter tilbyr tverrfaglig spesialiserte behandlingstjenester (TSB). Virksomheten driver på oppdrag fra Helse Vest RHF innen rusmiddelbehandling for unge i regionen og er bemannet med sosionomer, sykepleiere, lege, psykologer, samt personell med annen relevant utdanning og erfaring.

VI SØKER:

Psykolog

100 % fast stilling

Psykologene har oppgaver innen diagnostikk, behandling, veiledning, inntaksarbeid og tverrfaglig samarbeid internt/eksternt. Oppgaver både i døgnklinikk og poliklinikk. Pasientene henvises til behandling for rusavhengighet og psykiske lidelser. Vi har fokus på traumebevisst praksis og kognitiv behandling.

Kvalifikasjoner

- Godkjent psykolog
- Spesialisering innen rus og avhengighetsproblemer er en fordel

Vi ser etter en medarbeider som er personlig egnet og har relevant erfaring.

Søker må beherske norsk skriftlig og muntlig.

Vi tilbyr en arbeidsplass med engasjerte medarbeidere, tverrfaglig samarbeid og muligheter for faglig utvikling. Vi har gode forsikrings- og pensjonsordninger. Lønn etter avtale. Tiltredelse så raskt som mulig.

Ta gjerne kontakt med klinikkleder for inntak, poliklinikk og psykologtjenester, Roger Atle Kårstad tlf. 958 23 336.

Søknad med CV sendes på e-post til:

kalfaret@stiftelsen-crux.no innen 19.05.19.



-rom for eventyr !



FJALER KOMMUNE

-eit ope samfunn

Askvoll kommune ligg sentralt plassert på kysten av Sogn og Fjordane og er eit knutepunkt mellom land og sjø. Kommunen strekkjer seg frå bygdene på sørsida av Førdefjorden i aust og til Bulandet i vest, med Dalsfjorden i sør og Førdefjorden i nord. Fjaler kommune ligg på sørsida av Dalsfjorden, sentralt plassert i Sogn og Fjordane. Regionssenteret Førde og flyplass ligg berre 45 min frå Dale, kommunesenteret i Fjaler. Askvoll og Fjaler grensar til kvarandre, og kommunesentra ligg 20 km frå kvarandre. Kommunane samarbeider på fleire plan, og utfyller kvarandre innan både kultur og næring. Det bur ca. 6 000 personar i våre kommunar.

Psykolog/psykologspesialist

– spennande stilling, med gode vilkår

Askvoll kommune og Fjaler kommune har ledig 100 % fast stilling som psykolog/psykologspesialist. Utfyllande utlysing finn du på Askvoll kommune sine heimesider: askvoll.kommune.no

Søknad:

Du søker stillinga på Askvoll kommune si heimeside:

askvoll.kommune.no – ledige stillingar, askvoll.easycruit.com

Søknadsfrist: 1. juni 2019



FEKJÆR
FEKJÆR.NO

FEKJÆR PSYKIATRISKE SENTER
3528 HEDALEN I VALDRES

PSYKOLOGSPESIALIST/PSYKOLOG

Fekjær psykiatriske senter (Fekjær) er en stiftelse innen spesialisthelsetjenesten og har avtale med Helse Sør Øst RHF. Senteret består av døgnenhet, poliklinikk og overgangsboligene Fekjærtunet. Døgnenheten behandler voksen ungdom i aldersgruppen 18–35 år med alvorlige psykiske lidelser. Noen har tilleggsproblem rus. Vi er en aktiv behandlingsenhet og behandlingstiden er 3–4 måneder. Vi vektlegger en psykodynamisk tenkning, men også andre forståelsestilnærminger, av kognitiv og relasjonell inspirasjon.

«Midt i et levende kulturlandskap danner et gardstun med småhus og tømmerhus en annerledes ramme, der aktiviteter og deltagelse er en viktig del av behandlingen».

Fekjær har et stort og godt fagmiljø med bl.a. psykiatere, psykologspesialist, spesialsykepleiere, sosionomer, idrettskonsulenter. Alle stillinger er besatt.

I tillegg til avtalen med Helse Sør Øst RHF har Helfo godkjent Fekjær for inntak etter ordningen Fritt behandlingsvalg (FBV). Fekjær vil gjennom denne ordningen utvide kapasiteten. Dette vil kreve mer fagpersonell og søker derfor etter

PSYKOLOGSPESIALIST/PSYKOLOG I 100 % STILLING

Arbeidsoppgaver:

- Diagnostisering og kartlegging
- Gi psykoterapi/individualterapi og gruppeterapi, som koordineres med tilrettelagt miljøterapeutisk behandling
- Delta innen FOU-arbeid
- Arbeidet vil vesentlig være ved døgnenheten, men etter nærmere avtale noe i poliklinikken

Personlige egenskaper/kvalifikasjoner:

- Spesialist i klinisk psykologi (psykolog uten spesialitet er velkomne til å søke – vil få veiledning)
- Interesse og forståelse for miljøterapeutisk arbeid
- Bred erfaring fra psykiatrisk spesialisthelsetjeneste
- Gode tverrfaglige samarbeidsevner
- Evne til å arbeide systematisk og målrettet
- Interesse for veiledning og undervisning

Vi tilbyr:

- Et stort og godt fag- og arbeidsmiljø med bl.a. faste fagdager
- Engasjerte og dyktige medarbeidere i en hektisk hverdag
- Et arbeidsmiljø preget av trygghet, engasjement og respekt
- Lønn etter avtale med pensjons- og forsikringsordning
- Gode og moderne boliger til leie også for familie
- 6 måneder prøvetid

For mer informasjon om Fekjær: www.fekjaer.no

For mer informasjon om Hedalen: www.hedalen.no

Kontaktpersoner:

Rådgiver Alf Skar, tlf. 970 63 266, e-post alf.skar@fekjaer.no

Ass. institusjonssjef Tor Anders Perlestenbakken, tlf. 915 13 484, e-post tor.anders.perlestenbakken@fekjaer.no

Skriftlig søknad med referanser sendes innen 20. mai pr. post eller elektronisk til: post@fekjaer.no

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

Helse Vest RHF

3 stk. 100 % avtaleheimlar i klinisk psykologi i Bergen

3 stk. 100 % avtaleheimlar for godkjende spesialistar i klinisk psykologi i Bergen er ledig frå 01.07.19 og 01.01.20.

Sentrale moment i vurdering av søkjarane vil mellom anna vere:

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

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

Avtalespesialistane skal bidra til at Helse Vest kan oppfylle «sørge for»-ansvaret. Det inneber mellom anna at avtalespesialistane utfører undersøkingar, diagnostikk og behandling i medhald av regionale og nasjonale mål og prioriteringar og lovgiving, jf. punkt 4.1 i rammeavtalen. Den eine avtalespesialisten skal ha ein forpliktande samarbeidsavtale med Solli DPS, den andre med Betanien DPS, den tredje med Bjørgvin DPS. Avtalespesialistane skal samarbeide med høvesvis Solli DPS / Betanien DPS / Bjørgvin DPS om oppgåvedeling og for å sikre gode pasientløp. Avtalespesialisten skal også i et visst omfang kunne ta imot pasientar som er vurdert ved Solli DPS / Betanien DPS / Bjørgvin DPS. Dette vil bli regulert nærare i den individuelle driftsavtalen og i samarbeidsavtalen.

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

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

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

Søknadsfrist er tre veker etter utlysing.



Psykolog/ Psykologspesialist

Vi har ledig ei fast stilling som psykolog/psykologspesialist ved NAV Arbeidsrådgivning Vestland med arbeidsstad Førde. Stillingen vil ha hovedkontor i Førde og få ansvar for tenestene som skal leverast til Nordfjord, Sunnfjord, Sogn og Nordhordland.

Kontaktinformasjon: Emilie Ingjerd Øy Pons, Leiar NAV Arbeidsrådgivning Vestland, 455 17 120, emilie.pons@nav.no eller Hilde Sari, Fagleiar/ Psykologspesialist, 924 36 599, hilde.sari@nav.no

Ref.nr. 2019-1296-01
Søknadsfrist: 12.05.2019

Fullstendig utlysing: www.nav.no

NAV leverer arbeids- og velferdstenester til Norges befolkning og har 19 000 medarbeidarar fordelt over heile landet. NAV skal gje menneske moglegheiter, og vårt hovudmål er å få fleire i arbeid. Vi ser etter deg med pågangsmot og engasjement som ynskjer meningsfulle og varierte arbeidsoppgåver.



Kriminalomsorgen region øst
Ila fengsel og forvaringsanstalt

PSYKOLOG (RÅDGIVER)

Fast stilling som psykolog (rådgiver) ved Ila fengsel og forvaringsanstalt

Vi søker primært psykolog med klinisk og diagnostisk erfaring fra det psykiske helsevern, men yngre psykologer med interesse for rettspsykiatriske problemstillinger, diagnostikk, risikovurderinger og miljøterapi kan også komme i betraktning. Det er en fordel med erfaring med bruk av HCR-20, SVR-20, PCL-R men ingen betingelse, da det vil bli lagt til rette for opplæring/kurs.

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



Rusarbeid i Oppvekstsektoren – nyopprettet stilling

PSYKOLOG – KRISTIANSTAD KOMMUNE

En skapende by med ambisjoner

Kristiansand kommune er en av Sørlandets største arbeidsgivere med 7000 ansatte. Vi jobber hver dag for å gi innbyggerne gode tjenester tilpasset den enkeltes behov.

Kristiansand kommune er en IA-virksomhet. Vi er opptatt av at arbeidsstyrken i størst mulig grad skal gjenspeile mangfoldet i samfunnet. Kommunen oppfordrer derfor alle kvalifiserte til å søke, uansett alder, kjønn, funksjonsevne eller etnisk bakgrunn.

Les mer på www.kristiansand.kommune.no/jobb

Kristiansand kommune har opprettet en psykologstilling i Oppvekstsektoren med hovedarbeidsområde rusfeltet. Stillingen er organisert i oppvekstdirektørens stab og vil ha et bredt nedslagsfelt. Størstedelen av stillingen er rettet mot kompetanseheving i hele kommunalområdet Oppvekst. Dette omfatter barnehager, skoler, barnevern og helsetjenester til barn og unge. En del av stillingen er knyttet til tverrfaglig arbeid på Forsterket helsestasjon – et utvidet helsestasjonstilbud i Kristiansand kommune til gravide og småbarnsforeldre med pågående eller tidligere rusmisbruk.

I og med dette er en nyopprettet stilling er det gode muligheter for å utforme stillingens innhold og oppgaver i samråd med arbeidsgiver.

Søknadsfrist: 22.05.2019

Ref.nr: 4062863963

Stillingsbrøk: 100 % fast

Kontaktinformasjon: Jan Trygve Wergeland, psykologspesialist, tlf. 992 24 214

Arbeidsoppgaver

- Veiledning og undervisning av ansatte i oppvekstsektoren, inkludert skoler, barnehager, tjenester for enslige mindreårige og tjenestene i Familiens Hus (helsetjenester 0–16, barnevern, PPT m.fl.)
- Tverrfaglig arbeid på Forsterket helsestasjon, i samarbeid med helsesykepleier, jordmor og lege
- Delta i tverretattlig samarbeid med bl.a. barnevern, kommunale rustjenester og spesialisthelsetjenesten
- Videreutvikle kommunens tjenester med vekt på oppfølging og forebygging av rus

Kvalifikasjoner

- Offentlig godkjent/autorisasjon som psykolog eller psykologspesialist
- Klinisk erfaring fra rusrelatert praksis
- Erfaring med tverrfaglig og tverretattlig samarbeid
- Svært gode samarbeidsevner
- Det er ønskelig med erfaring fra helsefremmende og forebyggende arbeid, og det er også ønskelig med erfaring fra veiledning og undervisningsoppgaver.
- Må beherske norsk muntlig og skriftlig
- Må kunne vise til gode og relevante referanser
- Politiattest må fremlegges

Personlige egenskaper

- Personlig egnethet vil bli sterkt vektlagt, og vi søker etter deg som er initiativrik og løsningsorientert
- Har gode kommunikasjonsferdigheter og liker å undervise
- Har gode samarbeidsevner, herunder evne og interesse for tverrfaglig og tverretattlig samarbeid
- Er trygg og fleksibel
- Har evne til å arbeide selvstendig

Vi tilbyr

- Inkluderende arbeidsmiljø
- Utfordrende og selvstendige arbeidsoppgaver i et aktivt og engasjerende fagmiljø
- Kurs og mulighet for kompetanseheving
- Psykologfaglig fellesskap med andre psykologer i Kristiansand kommune og omkringliggende kommuner
- Konkurransedyktig lønn





Bufetat

Barne-, ungdoms- og familieetaten, region Midt-Norge


Psykolog/psykologspesialist - til stilling som leder/veileder i MST (Multisystemisk Terapi) Sunnmøre, Bufetat region Midt-Norge

Leder/veileder i MST

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, datterselskap av NORCE. I region Midt-Norge drives det totalt fire MST- team. Stillingen innebærer selvstendig arbeid, fleksibel arbeidstid og kontinuerlig faglig utvikling gjennom ukentlig samarbeid med MST-konsulent og regelmessige fagseminarer.

Se fullstendig utlysning og søk på bufdir.no

www.bufdir.no



HERØY KOMMUNE

KOMMUNEPSYKOLOG

Herøy kommune er ei øykommune som ligg sørvest på Sunnmøre, i Møre og Romsdal fylke, mellom Alesund og Stadt.

Kommunesenteret er Fosnavåg.

Herøy kommune har hatt kommunepsykolog sidan 2007, og har no oppretta ny stilling for psykolog med særskilt fokus på barn og unge.

Kommunepsykolog skal vere nøkkelperson i arbeidet med å styrke tidleg innsats og behandling for god psykisk helse for alle i kommunen.

Arbeidsstad: Seksjon Psykisk helse og rus


Stillingstype: Fast

Stillingsstorleik: 100 %

Søknadsfrist: 01.06.19

Meir info: www.heroy.kommune.no

Adr.: P.b. 274 6099 FOSNAVÅG Tlf.: 70 08 13 00 www.heroy.kommune.no



SØKER DU JOBB?

Ønsker du å lese stillingsannonse fra Psykologtidsskriftet raskest mulig? Vi sender deg gjerne oversiktlisten som du kan sjekke på Internett. Alle stillingsannonse som trykkes i Tidsskriftet finner du også på www.psykologtidsskriftet.no/ **Stillingsannonser**

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

Bergensklinikken er en selveiende og livssynsnytral stiftelse som skal bidra til mestrings av rus og avhengighet. Klinikken har et sterkt behandlings-, kunnskaps- og forskningsmiljø innen avhengighetslidelser, og tilbyr faglig forankret behandling.

Bergensklinikken driver tverrfaglig spesialisert behandling (TSB) for rusmiddelavhengige på oppdrag fra Helse Vest RHF.

Videre driver vi kompetansesenteret KoRus vest Bergen på oppdrag for Helsedirektoratet.

Bergensklinikken tilbyr avrusing, stabilisering, poliklinikk, døgnbehandling og ambulante tjenester.

Bergensklinikken AS er et ideelt AS under Stiftelsen Bergensklinikkene. Vi er inne i en spennende omstillingsfase der felles innsats for tverrfaglig samarbeid, enhetlig kultur og faglig forankret behandlingsaktivitet er viktige satsingsområder. Nasjonale retningslinjer og pakkeforløp for rusbehandling er viktige føringer for vårt behandlingstilbud.

BERGENSKLINIKKEN AS SØKER

Avdelingssjef poliklinikken

Vil du være med på å skape fremtiden for Bergensklinikken AS? Vi søker en dyktig leder som ønsker å bidra med kompetanse og engasjement for våre pasienter, vår behandling og for et godt, trygt og stimulerende arbeidsmiljø.

Poliklinikken består av ca 30 medarbeidere. Dine nærmeste kollegaer vil være psykologer og andre behandlere som alle brenner for god rusbehandling og en fremtidsrettet organisasjon. I tillegg vil du få om lag 300 andre kollegaer innen andre profesjoner, og felles for alle er at vi sammen ønsker å bygge fremtiden for en av Norges fremste rusklinikker.

Bergensklinikken AS er inne i en strategisk endringsperiode og samler all sin polikliniske virksomhet sentralt i Bergen. Klinikken tilbyr behandling til mennesker med ulike former for rusmiddelavhengighet. Vi behandler også spillavhengighet.

Vi søker en trygg og samlende leder som kan bygge og utvikle poliklinikken sammen med våre høyt kvalifiserte medarbeidere. Avdelingssjef vil samarbeide tett med døgnklinikken, kvalitets- og utviklingsavdelingen og kompetansesenteret vårt. Stillingen er nyopprettet, rapporterer til daglig leder i Bergensklinikken AS og inngår i klinikkens ledergruppe.

Vi ser etter en leder som er utdannet psykolog eller lege. Gode lederegenskaper, evne til å motivere og engasjere, og interesse for operasjonell drift og virksomhetsstyring er viktige egenskaper. Kunnskap og erfaring fra behandling av ruslidelser og psykisk helsevern vil vektlegges.

Psykologspesialist/psykolog/MBT

Vil du være med på å skape fremtiden for Bergensklinikken AS? Vi søker psykologspesialister som har lyst til å bidra med kompetanse og engasjement for våre pasienter, vår behandling og for et godt, trygt og stimulerende arbeidsmiljø.

Dine oppgaver vil være å ivareta den kliniske daglige driften med pasientbehandling, delta i relevante fagfora, veilede behandlere og bidra til faglig utvikling. I vår behandling vektlegges spesielt kognitiv atferdsterapi, mentaliseringsbasert terapi og motiverende tilnærming.

Dine nærmeste kollegaer vil være andre psykologer og behandlere som alle brenner for god rusbehandling og en fremtidsrettet organisasjon. I tillegg vil du få om lag 300 andre kollegaer innen andre profesjoner, og felles for alle er at vi sammen ønsker å bygge fremtiden for en av Norges fremste rusklinikker.



Vår nye poliklinikk er etablert i moderne lokaler sentralt i Bergen. Våre døgnpasienter får i nærmeste fremtid behandling på lokasjoner i Bergen og omegn, inntil hele døgnvirksomheten er samlet under ett tak i et nytt bygg.

Vi lover en spennende og givende arbeidsplass med konkurransedyktige vilkår.

For nærmere informasjon om stillingene, kontakt:

Fungerende avdelingssjef
i poliklinikken Arvid Skutle,
tlf. 915 58 844

Klinikkleder Eystein Hauge,
tlf. 952 61 271

Søknad og CV sendes på e-post
til: post@bergensklinikkene.no

Søknadsfrist 1. juni 2019

Norsk psykologforening er en profesjonsforening for autoriserte psykologer i Norge med over 9000 medlemmer. Som profesjonsforening ivaretar vi medlemmenes faglige og økonomiske interesser og driver en utstrakt videre- og etterutdanning. Psykologforeningen er tilsluttet Akademikerne. Sekretariatet har 45 medarbeidere og heltids president.



For snarlig tiltredelse søker vi: **SPESIALRÅDGIVER** i Fagpolitisk avdeling

STILLINGEN

Fagpolitisk avdeling består av fagsjef og seks rådgivere som har ansvar for ulike fagpolitiske områder. Avdelingens hovedoppgaver er å sikre et godt faglig beslutningsgrunnlag for Psykologforeningens standpunkt og bistå politisk ledelse med formidling av fagpolitikk og påvirkningsarbeid. Som spesialrådgiver hos oss får du anledning til å fordype deg i ulike fagområder. Stillingen byr på spennende og unike oppgaver i et stimulerende fagmiljø.

Vi ønsker en jevnere kjønnsbalanse i avdelingen og oppfordrer menn til å søke.

KOMPETANSE OG ERFARING

Søkere må:

- være autorisert psykolog
- ha svært god muntlig og skriftlig formidlingsevne
- ha gode samarbeidsevner

Vi ønsker at vår nye medarbeider har:

- erfaring fra psykisk helsevern
- erfaring fra arbeid med barn og unge
- arbeidet innenfor forskjellige tjenesteområder (erfaring med eller interesse for tjenesteutvikling)
- interesse for helseøkonomi
- erfaring med politisk påvirkningsarbeid

Arbeidssted er i Kirkegata 2, i Oslo, i trivelige lokaler. Vi tilbyr konkurransedyktige lønns- og pensjonsbetingelser. Noe reisevirksomhet må påregnes.

Søknadsfrist 8. mai

Nærmere opplysninger ved: Fagsjef Åste Herheim,
e-post aste@psykologforeningen.no, tlf. 909 52 871.

Søknad med CV sendes snarest som e-post til: stillinger@psykologforeningen.no
eventuelt til Åste Herheim, Norsk psykologforening, Pb. 419 Sentrum, 0103 Oslo.

**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 Klingenberg Røed
ragnhildkstkoke@gmail.com
414 21 366

Ingvild Gregersen
ingvildg@gmail.com
957 27 801

Arnild Lauveng
post@arnhildlauveng.com
913 17 162

Else-Marie Molund
else-marie.molund@
psykologene.no
481 33 860

Studentrepresentanter

Sebastian Gulbrandsen
sebastian.gulbrandsen@
gmail.com
926 93 702

Halvor Stavland
halvor_stavland@
hotmail.com
991 05 396

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
Janne Veer
Janne.Hammervold.Veer@
sshf.no
452 14 480

Buskerud
Even Rognan
EVEROG@vestreviken.no
410 28 606

Finnmark
Sigrid Larsen
sigrid_la@hotmail.com
979 90 893

Hedmark
Eline Berg
bergeline3@gmail.com
996 23 191

Hordaland
Bjarte Bruntveit
bjartebruntveit@yahoo.no
909 98 052

Møre og Romsdal
Siri Næs
siri.naes@gmail.com
902 68 699

Nord-Trøndelag
Julie Valen
psyk.valen@gmail.com
924 90 532

Nordland
Iris Anette Söderholm
irisanette@gmail.com
909 34 857

Oppland
Iver Sørli Røhr
iversr@gmail.com
916 35 382

Oslo
Birgit Aanderaa
biraan@ous-hf.no
917 12 983

Rogaland
Elise Constance Fodstad
ecgr@sus.no
930 07 971

Sogn og Fjordane
Solbjørg Torheim Hanitz
solbjorg_89@hotmail.com
902 95 676

Sør-Trøndelag
Morten Thorsen
morten.thorsen@nav.no
464 14 174

Telemark
Birgitte Lindø
libi@siv.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
Simon Thorsell Næs
simonnaes@gmail.com
926 98 317

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 Øvrebø, Stat,
tlf. 982 49 732
Helene Kindle-Skau, Virke/
HUK, tlf. 924 28 703
Grete Schau, Privatpraksis,
tlf. 909 19 372
Torstein Winger, Oslo
kommune, tlf. 415 80 567
Hanne Indregard Lind,
Helse Sør-Øst, tlf. 948 05 153

**FORHANDLINGS-
UTVALG FOR PRIVAT
PRAKSIS**

Rune Frøyland, leder,
e-post rfroey@online.no,
tlf. 67 92 20 40

SPECIALITETSRADET

Heidi Tessand, leder,
e-post heidi.tessand@
psykologforeningen.no
tlf. 916 67 804

KVALITETSUTVALGET

Heidi Tessand, leder,
e-post heidi.tessand@
psykologforeningen.no
tlf. 916 67 804

FAGUTVALGENE**Felleselementene**

Per-Einar Binder, leder,
e-post per.binder@psykp.uib.
no, tlf. 995 00 313

Barne- og ungdomspsykologi

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

Familiepsykologi

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

Psykologisk arbeid med rus og avhengighetsproblemer

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

Eldrepsykologi

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

Psykoterapi

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@helse-
bergen.no, tlf. 990 27 309

GODKJENNINGS-UTVALGET

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

ANKEUTVALGET FOR SPESIALISTSAKER

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

FAGUTVALG FOR RETTSPSYKOLOGI OG SAKKYNDIGHET

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

STUDENTPOLITISK UTVALG

Sebastian Gulbrandsen,
UiB, leder, e-post sebastian.
gulbrandsen@gmail.com,
tlf. 926 93 702

FORSKNINGSPOLITISK UTVALG

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

MENNESKERETTIG-HETSUTVALGET

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

TESTPOLITISK UTVALG

Tanya Ryder, leder, e-post
tanya.ryder@hotmail.com,
tlf. 918 41 109

YNGRE PSYKOLOGERS UTVALG

Jørgen Edvin Westgren,
leder, e-post
joergenwestgren@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

Åste Herheim,
fagsjef, e-post aste@
psykologforeningen.no
Aina Fraas Johansen,
nestleder, e-post aina.f.j@
psykologforeningen.no

Utdanningsavdeling

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

NORSK PSYKOLOGFORENING

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

For mer informasjon, se
www.psykologforeningen.no

**TIDSSKRIFT FOR
NORSK PSYKOLOG-
FORENING**

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

**FAGLIGE MED-
ARBEIDERE I
PSYKOLOG-
TIDSSKRIFTET**

Trine Anstorp, Privatpraksis
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, Univer-
sitetetsforskning 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, Familie-
vernkontoret 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
kunnskapscenter om vold og
traumatisk stress
Leif Edward Ottesen
Kennair, Norges teknisk-
naturvitenskapelige
universitet
Stein Knardahl, Statens
arbeidsmiljøinstitutt
Gerd Kvale, Universitetet i
Bergen

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

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

Til bidragsyterne: Faglige bidrag sendes i redigerbar, elektronisk form (word-format) til sjefredaktør Bjørnar Olsen: bjornar@psykologtidsskriftet.no. Filnavnet skal inkludere navn på førsteforfatter. Bare ferdigstilte tekster blir vurdert. Ved oversendelse må manus være i overensstemmelse med retningslinjer og lengdekrav (psykologtidsskriftet.no, se: *Skriv for oss*). «Faglig bidrag» oppgis som e-postens tittel. E-postens hoveddel skal innholde navn på artikkel og forfattere, sammendrag på inntil 130 ord, og det totale antall tegn i bidraget (inkl. mellomrom). Det bør komme fram om artikkelen passer som f.eks. fagbulletin (maks 12 000 tegn), fagartikkel (18 000–28 000 tegn), fagessay (maks 20 000 tegn), «fra praksis»-bidrag (maks 15 000 tegn), eller «faglig innspill» (7 000–15 000 tegn). Avklar også om artikkelen bygger på en student- eller 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 2450, portotillegg utland. Løssalg ordinære utgaver kr 185 + porto/eksp.gebyr.

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

Frist for innlevering av annonser:
16.05, 17.06, 18.07, 19.08, 17.09, 17.10, 18.11

RETURADRESSE: NORSK PSYKOLOGFORENING, POSTBOKS 419 SENTRUM, 0103 OSLO

PRIORITY

