

TIDSSKRIFT FOR NORSK PSYKOLOGFORENING

PSYKOLOGI

Vol.58 nr.06 2021

**Psykisk helse
på valg**

Aktuelt

**UNGDOM I
BEHANDLINGS-
HJEM**

Fra praksis

**10 erfaringer
med ledelse
på sykehus**

Fagessay

**Psykologer
i kommunen**

Originalartikkel



PSY KOL OGI

Vol. 58 nr. 06 2021

Sjefredaktør Katharine Cecilia Williams,

katharine@psykologtidsskriftet.no, tlf. 934 82 003

Redaksjonssjef og nettredektør Per Olav Solberg,

perolav@psykologtidsskriftet.no, tlf. 950 88 575

Psykologfaglig redaktør Gro Walø-Syversen,

gro@psykologtidsskriftet.no, tlf. 908 45 076

Desksjef Ida Holth, ida.holth@psykologtidsskriftet.no, tlf. 930 23 429

Teknisk redaktør Christian von Schack,

christian.schack@psykologtidsskriftet.no, tlf. 483 30 455

Journalister Per Halvorsen, per@psykologtidsskriftet.no, tlf. 918 67 706,

Øystein Helmiqstøl, oystein@psykologtidsskriftet.no, tlf. 464 66 978

Redaksjonssekretær Nora Skjerdingsstad, nora@psykologtidsskriftet.no

Redaksjonen redaksjonen@psykologtidsskriftet.no

Debatt meninger@psykologtidsskriftet.no

Markedskordinator Unni Sandland, tlf. 23 10 31 33,

tidsskrift@psykologtidsskriftet.no

Sentralbord 23 10 31 30

Redaksjonsråd Joar Øveraas Halvorsen, Cathrine Idsøe,

Pia Beate Pedersen og Martin Bystad

Denne utgaven ble godkjent til trykk 21.05.2021

Omslagsillustrasjon Øyvind Hovland

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,

Tekstrekameplakaten og Vær varsom-plakaten, samt Lov om redaksjonell

fridom i media. Psykologtidsskriftet eies av Norsk psykologforening.

© Tidsskrift for Norsk psykologforening



Psykologi i Norge og Europa

Nylig deltok jeg på *EFPA round table with psychology magazine editors*, der formålet var å utveksle tanker om et europeisk samarbeid for publisering av fagstoff fra de ulike europeiske land. Møtet var av det innledende slaget, og et mulig slikt samarbeid er ikke endelig landet. Imidlertid slo det meg at *Tidsskrift for Norsk psykologforening* er enestående med sin sjangerbredde.

Krav og retningslinjer som knytter seg til våre ulike sjangere, er omfattende. Og: ganske ulike.

Når det gjelder publisering av forskningsartikler, er retningslinjene i kontinuerlig utvikling, og dette trenger *Psykologtidsskriftet* å tilpasse seg på flere måter. I denne utgaven vil du se at de fagfellevurderte forskningsartiklene har fått en ny utforming, som er i overensstemmelse med APA 7.

I forskningsartikkelen på side 492 redegjør Dag V. Skjelstad og Roar Fosse for sitt arbeid med «Traumeinstrumentet Maltreatment and Abuse Chronology of Exposure Scale (MACE)», der de har samlet og analysert tilbakemeldinger fra klinikere i bruken av instrumentet.

På side 484 finner du også «Psykologer i kommunen: En kartlegging av tjenester for barn og

unge med psykiske vansker», der Siri S. Helland et al. har undersøkt hvilken type hjelp som gis, og på hvilke måter psykologers arbeid i kommunene skiller seg fra andre yrkesgrupper.

Fortsatt er psykologers virke i kommunen et fagområde under stor utvikling. *Psykologtidsskriftet* har tidligere avdekket store geografiske variasjoner når det gjelder rekruttering av kommunepsykologer, noe som er blitt fulgt opp politisk med representantforslag til Stortinget om sikring av økt statlig støtte til rekrutteringsprosjekter for kommunepsykologer.

Psykologer i norske kommuner skiller seg imidlertid ikke bare fra andre faggrupper, men også fra andre land. Med den norske velferdsstaten som fundament har psykologer i kommunen potensialer til å gi viktige og unike bidrag til folkehelsen, noe som også ville være interessant å utveksle med våre kolleger i Europa. Fagutveksling over landegrensene er et viktig mål når *The 11th Conference on Community Psychology* går av stabelen 3.–4. juni i Oslo. Konferansen har tema «What can Community Psychology do for Europe and beyond?».

Samfunnspsykologi er uten tvil et fagområde å følge med på fremover. ✕



Katharine Cecilia Williams

Sjefredaktør
katharine@
psykologtidsskriftet.no



Tidsskrift for Norsk psykologforening er enestående med sin sjangerbredde

452



FOTO: NORA SKJERDINGSTAD

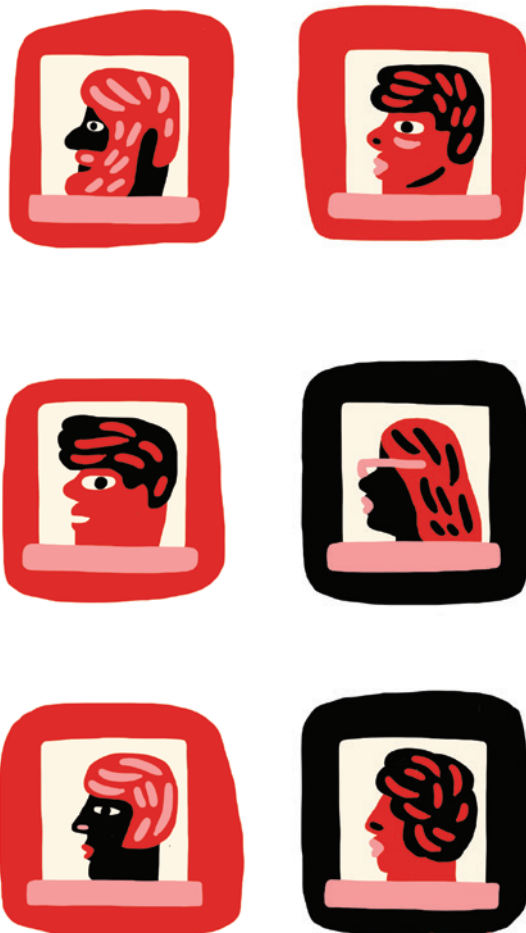
PÅ VEI INN I BARNEVERNET

Bufdir og Barne- og familiedepartementet planlegger en forsøksordning med flere psykologer ansatt i kommunalt barnevern. Barneverntjenesten i Bærum har ifølge leder Mari Hagve og psykolog Audun Formo Hay unngått profesjonskamp.

Aktuelt

466

ILLUSTRASJON: ØYVIND HOVLAND



MED ET TEAM I RYGGEN

Via Treatment Foster Care Oregon får ungdommene hjelp fra mange voksne samtidig. Slik kan ungdommen unngå institusjonsbehandling.

Fra praksis



ILLUSTRASJON: HILDE THOMSEN

SKEPTISK TIL ISTDP

Psykolog og stipendiat Camilla Bärthel Flaaten gikk i ISTDP-terapi. Det var ingen innertier: «Jeg stiller meg kritisk til at en terapiform med såpass skarpe intervensjoner benyttes uten en metodeuavhengig diagnostisk vurdering», skriver hun på kronikkplass.

Meninger

Innhold

- 449 **Psykologi i Norge og Europa**
Leder | Katharine Cecilia Williams
- 452 **Kampen om barnevernet**
Aktuelt | Øystein Helmikstøl
- 458 **12 stemmer for psykisk helse**
Aktuelt | Per Halvorsen
- 466 **Treatment Foster Care Oregon: Familiebasert behandling for ungdom**
Fra praksis | Rebecca Ervik-Jeannin, Kyrre Lønnum og Bernadette Christensen
- 472 **Sosial nedstengning og suicidalitet hos ungdom**
Fagessay | Silja Katrina Krøvel og Pia Victoria Lund
- 478 **Psykologen som hybrid leder**
Fagessay | Morten Skjørshammer
- 484 **Psykologer i kommunen: En kartlegging av tjenester for barn og unge med psykiske vansker**
Originalartikkel | Siri S. Helland et al.
- 492 **Traumeinstrumentet Maltreatment and Abuse Chronology of Exposure scale (MACE)**
Originalartikkel | Dag V. Skjelstad og Roar Fosse
- 502 **Ansiktsløs psykoterapi**
Fra praksis | Mira Hagelund og Kaja Asbjørnsen
- 506 **Hvor langt strekker de fagetiske prinsippene for psykologer seg i sosiale medier?**
Etikkpanelet | Maria Løvvik Norheim
- 509 **MENINGER**
Hovedkronikk: Ett år med ISTDP – en bekymringsmelding | Camilla Bärthel Flaaten (s. 510)
Debatt: Standardisering (s. 513), Profesjonsutdanningen (s. 516), Medisinfri behandling (s. 518), ME (s.520), Debattkultur (s. 524), Hovedsatsningsområdet (s. 525)
- 527 **INNTRYKK**
Bokessay: «Den døde mora» | Atle Møen (s. 528)
Anmeldelser: Ensomhet overalt (s. 532), En kort introduksjon til Binders verden (s. 534)
- 537 **Minneord: Jørn Søvik (1961-2021)**
- 538 **Annonser**
- 546 **Stillingsannonser**



SAMFUNNSOPPDRAGET Barneverntjenesten i Bærum har unngått profesjonskamp, ifølge leder Mari Hagve og psykolog Audun Formo Hay. – Faggruppene utfyller hverandre, og hos oss har de ansatte respekt for at alle løser et samfunnsoppdrag i fellesskap, sier Hagve.

Kampen om barnevernet

Psykologforeningen ønsker flere psykologer inn i barnevernet. Men hva skal psykologene gjøre der? Og hvordan unngå profesjonskamp når psykologer skal samarbeide med sosionomer og barnevernspedagoger? – Profesjonskampen er allerede i gang, sier Fellesorganisasjonens leder.

TEKST Øystein Helmikstøl **FOTO** Nora Skjerdingsstad

– **SOSIONOMER OG BARNEVERNSPEDAGOGER** er og vil alltid være bærebjelken i barnevernet. Men barnevernet har et komplekst samfunnsoppdrag og er et komplekst felt. Det krever ulike typer kompetanse, blant annet endrings- og tiltakskompetanse. Her vil psykologer kunne bidra i kommunalt barnevern framover.

Det sier barnevernsjef Mari Hagve i Bærum kommune på bakgrunn av Norsk psykologforenings ønske om å få flere psykologer inn i kommunalt barnevern. I den tjenesten har det

ikke vært mange psykologer, og det ønsker Psykologforeningens president å gjøre noe med.

– Det er en psykologrolle som ligger og venter på oss der, sa Skard til Psykologtidsskriftet i marsutgaven.

UTGANGSPUNKT: BEHOVENE

Bærum har en av landets største barneverntjenester, og barnevernsjefen understreker at deres utgangspunkt ikke er hvilke profesjoner barnevernet bør ha.

– Vi er heller opptatt av dette spørsmålet: Hvilke oppgaver har barnevernet, og hvilken kompetanse behøves for å løse dem? Dermed ønsker vi å ha en best mulig sammensetning av kompetanse til enhver tid.

Hun får støtte fra psykolog og teamleder Audun Formo Hay i Bærum barneverntjeneste.

– Nå er vi rundt ti psykologer her. Det har kommet som et svar på de behovene barna vi skal følge opp, hadde. Det var en oppgave som trengte psykologkompetanse for å løses. Det var ikke slik at vi fikk tilskuddsbrev om ti psykologer, og så måtte vi finne ut hva vi skulle bruke dem til.

Psykolog Geir Skauli jobber som eneste psykolog i barneverntjenesten i Skien, der det er halvparten så mange ansatte som i Bærum. Han påpeker at det har vært en god del grenseoppganger om hva en psykolog skal gjøre i barnevernet, blant annet at barnevernet ikke skal drive helsehjelp selv om det er en psykolog der.

– Jeg har ikke opplevd at psykologkompetansen blir sett på som konkurrerende. Det er fra før også en viss tverrfaglighet i barnevernet, spesielt på tiltakssiden.

Skauli fremholder at psykologisk kompetanse er etterspurt og etterlenget.

– Som psykolog har det imidlertid vært viktig å forstå at jeg i starten ikke hadde erfaring med barnevern – verken med saksbehandling eller med vurderinger om barnets beste i en komplisert omsorgssituasjon. Jeg har opplevd at psykologer mener barnets omsorgssituasjon er uholdbar, og at barnet derfor må flyttes, uten at de har hatt helhetlig kunnskap om familien, hva som vil være mulige alternativer, og uten å vurdere konsekvenser av en flytting.

Psykologer har ifølge Skauli kunnskap som er viktig for slike vurderinger, men han understreker at det også er mange andre perspektiver som er nødvendige for å gjøre kloke beslutninger.

– Med gjensidig respekt for kompetanse og roller er det ikke fare for profesjonskamp, mener han.

UTREDNING: BEHOV FOR PSYKOLOGISK KOMPETANSE

Buudir opplyser til Psykologtidsskriftet at de ikke har tall på antall psykologer i barnevernet, ettersom yrkesgruppen inngår i en samlekategori sammen med andre utdanninger i statistikken. President Håkon Skard opplyste i mars at Psykologforeningen er i dialog med relevante myndigheter om et prøveprosjekt med psykologer inn i kommunalt barnevern.

Psykologtidsskriftet har spurt Buudir om status på prosjektet, bakgrunnen for det og hva psykologene skal gjøre i barnevernet.

Avdelingsdirektør Tove Bruusgaard viser til Buudirs *Utredning av kompetansehevingstiltak i barnevernet*.

– Den viser at det er behov for å øke kompetansen på flere områder, og foreslår ulike tiltak som kan avhjelpe dette. Det er behov for juridisk »



Faksimile av marsutgaven

Psykologer inn i barnevernet

- Det er behov for juridisk og psykologisk kompetanse i barnevernet, mener Buudir.
- Buudir skal på oppdrag fra Barne- og familiedepartementet «foreslå en innretning for en forsøksordning» med psykologer i kommunalt barnevern.
- Forsøksordning ble i sin tid også gjennomført med psykologer i kommunen.
- Psykologforeningen foreslår *barnevernspsykolog*, skrev Psykologtidsskriftet i marsutgaven.



FOTO: PRIVAT

– Med gjensidig respekt for kompetanse og roller er det ikke fare for profesjonskamp

Psykolog Geir Skauli

og psykologisk kompetanse i barnevernet, og mange barneverntjenester har verken denne typen ansatte eller tilknyttet seg slik kompetanse i dag, sier hun.

Noe av grunnen til dette er ifølge Bruusgaard at det er usikkerhet knyttet til hvordan kompetansen best bør tas i bruk. Bufdir skal derfor overfor Barne- og familiedepartementet foreslå en innretning for en forsøksordning med utprøving av ulike modeller for tilgang til og bruk av jurister og psykologer i barnevernstjenesten. Fristen for dette er 1. juni 2021.

– Vi jobber med oppdraget fra Barne- og familiedepartementet og har ennå ikke konkludert hvordan og hvor konkret vi skal beskrive psykologenes rolle, ansvar og arbeidsoppgaver, opplyser Bruusgaard.

Hun understreker at formålet med forsøksordningen er å få mer kunnskap om hvordan psykologers og juristers kompetanse bør brukes for å styrke kvaliteten i barneverntjenestens arbeid, og øke rettssikkerheten til barn og familier som er i kontakt med barneverntjenesten.

PLANLEGGER FORSØKSORDNING

Da president Håkon Skard for første gang foreslo *barnevernspsykolog*, var det mer enn et valgkamputspill.

Spesialrådgiverne Kjersti Gulliksen og Anette Clausen i Psykologforeningen har hatt ansvaret for å se på muligheten for psykologer inn i kommunalt barnevern. De forteller at Bufdir har bedt om innspill fra Psykologforeningen om hvordan psykologers kompetanse kan brukes i kommunalt barnevern. Foreningen har hentet innspill fra ulike fagutvalg og opprettet en referansegruppe med psykologer som har erfaring fra kommunalt barnevern og tilgrensende tjenesteområder i kommune- og spesialisthelsetjenesten.

– Dette er en meget hurtig- og hardtarbeidende gruppe, som har levert gode og grundige innspill til oss, og som vi har ført i pennen, forteller Gulliksen. Svaret er behandlet av politisk ledelse i Psykologforeningen.

Psykologforeningen sendte innspillene til Bufdir tidligere i vår. Der lister de opp hele 24 områder der de mener psykologer kan bidra med sin kompetanse.

– Kompetanse på utviklingspsykologi, psykiske lidelser hos barn og voksne, kartlegging og utredningsarbeid, analyse av komplekse sammenhenger og årsaksforhold samt dyktiggjøring av andre gjennom veiledning er noe av det som nevnes i innspillet, forteller Gulliksen.

Anette Clausen påpeker at det er viktig at psykologens ressurs supplerer og styrker det barnevernfaglige arbeidet, ikke erstatter det.

– Psykologens kompetanse bør derfor organiseres slik at den kan bidra inn i ulike faser og prosesser i barnevernsarbeidet. Psykologene kan for eksempel gjennom konsultasjon, veiledning og undervisning bidra til at barns, unges og foreldres behov også understøttes av psykologfaglige vurderinger, sier Clausen.

I innspillene Psykologforeningen har gitt, er de ifølge Gulliksen opptatt av å gi erfaringsnære beskrivelser av hva psykologkompetanse kan brukes til i kommunalt barnevern, basert på erfaringer fra psykologer som har erfaring med disse tjenestene.

Notatet fra Psykologforeningen inneholder også noen advarsler om rollekonflikter og ansvarlighet:

– Modellforsøk med utprøving av psykologkompetanse i kommunalt barnevern vil trolig frembringe faglige, juridiske og fagetiske dilemmaer. I Psykologforeningens innspill anbefaler vi derfor at man legger til rette for kontinuerlig og systematisk drøfting og evaluering av utfordringer og dilemmaer som måtte oppstå i modellforsøket, poengterer Gulliksen og Clausen.

– PROFESJONSKAMPEN I GANG

Fellesorganisasjonen (FO) er fagforeningen og profesjonsforbundet for 31 000 barneverns- og profesjonspedagoger, sosionomer, vernepleiere og velferdsvitere. 5000 av dem jobber i det statlige og kommunale barnevernet. FO har i de siste forslagene til statsbudsjett foreslått en milliardpakke til norsk barnevern over fire år, inkludert 1200 flere stillinger.

FO-leder Mimmi Kvisvik var ikke kjent med Psykologforeningens svarnotat til Bufdir før Psykologtidsskriftet tok kontakt. Hun kommenterer det slik:

– Dette er et omfattende notat som Psykologforeningen ganske sikkert har lagt mye arbeid i. Vi ønsker å gå grundig inn i det og ta initiativ til et møte med Psykologforeningen, der vi

Barneverntjenesten i Bærum

- 140 ansatte, samt 200 fosterhjem, besøks hjem og støttekontakter. En av landets største barneverntjenester.
- Bærum er vertskommune for døgntilgjengelig barnevernvakt for Asker og Bærum.
- Barneverntjenesten er praksisplass for studenter i barnevern, sosialt arbeid og psykologi, og tar årlig imot og veileder opptil 20 studenter.
- Formalisert samarbeid med Nasjonalt utviklingssenter for barn og unge (NUBU) og Regionsenter for barn og unges psykiske helse (RBUP).

Kilde: Barneverntjenesten i Bærum

- Psykologkompetanse er ingen kjernekompetanse i barnevernet

Leder Mimmi Kvisvik i Fellesorganisasjonen



sammen kan se på hvilke muligheter som ligger i et samspill.

- *Psykologforeningen ønsker flere psykologer inn i barnevernet. Ønsker du også det?*

- Nei. Psykologkompetanse er ingen kjernekompetanse i barnevernet. Det er en viktig supplerende kompetanse, men de trenger ikke nødvendigvis være ansatt i barnevernet.

Kvisvik mener at barnevernet enkelt må ha tilgang til psykologkompetanse, men:

- Vi tror at vi ordner det best gjennom tverrfaglig og tverretatlig samarbeid. Enten innen kommunen, eller med spesialisthelsetjenesten, barne- og ungdomspsykiatrien og DPS-ene. Eller hvis det er snakk om bistand inn mot den enkelte ansatte; som et arbeidspsykologisk tilbud knyttet til NAV.

Barnevernet må ifølge Kvisvik styrke den barnevernfaglige og sosialfaglige kompetansen som finnes i dag.

- Fra 2031 vil det være krav om barnevernfaglig mastergrad eller annen relevant utdanning på tilsvarende nivå for å utføre kjerneoppgavene i barnevernet. Kravet gjelder også for leder og stedfortredende leder. Det vil bidra til å styrke den eksisterende kompetansen i tjenestene, sier Kvisvik.

- *Barnevernspedagoger og sosionomer har eid barnevernsfeltet i Norge. Blir det profesjonskamp nå?*

- Profesjonskampen er på mange måter allerede i gang. Når barnevernet blir diskutert, er det oftere jurister, psykologer og økonomer enn barnevernspedagoger og sosionomer som blir spurt til råds.

Kvisvik mener likevel at psykologer i barnevernet kan være en ressurs når det kommer til utredning og støtte, både inn mot etaten og ved at de er støttespillere og samarbeidspartnere i andre etater.

- Fellesorganisasjonen tenker at barne- og ungdomspsykiatrien får egne barnevernsressurser og psykologer som jobber særskilt med barnevern, og er barnevernets kontaktpersoner i disse tjenestene. Det vil ha mer å si som bistand til tjenesten enn at man setter inn en psykolog her og der, sier Kvisvik.

Hun framhever at både barnevernspedagoger og sosionomer kan ta videreutdanning innenfor psykisk helsearbeid og få klinisk godkjenning på det.

- De vil dermed ha en psykisk helsekompetans som kan brukes. Både barnevernspedagoger og sosionomer har også psykologi i grunnutdanningen.

Hun understreker at den kommunale barnevernstjenesten primært er et barnevernfaglig og sosialfaglig felt, og at det i det statlige barnevernet allerede er psykologer.

- *Noen har fortalt meg at én psykologstilling koster det samme som to saksbehandlere. Vil flere psykologer i barnevernet dermed bety at tjenesten i realiteten blir svekket?*

- Ja, det er en relevant problemstilling. Men sånn kan det fort bli når forslag til hva som skal til i barnevernet, kommer utenfra, uten samspill med barnevernet selv. Det må vi ikke risikere.

Psykolog Geir Skauli i Skien barneverntjeneste mener at dette ikke nødvendigvis er et riktig regnestykke.

- Hvis man har planer om at psykologen skal ha samme oppgaver som barnevernspedagogene og sosionomene i tjenesten, så får man vesentlig mer for pengene ved å ansette sosialfaglig personell. Men om psykologen >>

- Psykologer er mangelvare her

Anne Berit Mørch, barneverns- og fagleder i barnevernstjenesten i Ytre Helgeland

Barneverntjenesten i Ytre Helgeland

- 20 ansatte i interkommunalt samarbeid mellom Leirfjord, Alstahaug, Dønna og Herøy (i underkant av 15 000 innbyggere). 43 fosterhjems plasseringer.
- Døgkontinuerlig vakttelefon for disse kommunene, i tillegg til vakttelefon for Nesna, Træna og Lurøy.
- Ingen psykolog ansatt i barnevernet. Ingen kommunepsykolog i de fire kommunene.
- Praksissted for barneverns pedagoger og sosionomer.
- Formalisert samarbeid med politi, Nav og barne- og ungdomspsykiatrien.

Kilde: Barneverntjenesten i Ytre Helgeland

bistår med sin kompetanse på psykisk helse, relasjoner og systemisk forståelse, kan det øke treffsikkerheten på vurderinger og tiltak, og dermed spare ressurser ved å øke effektiviteten i mange saker.

ENDRINGSARBEID

Anne Berit Mørch er fungerende barneverns- og fagleder i barnevernstjenesten i Ytre Helgeland.

Hun mener ønsket om flere psykologer inn i barnevernet er urealistisk i små kommuner.

– Det vil rett og slett bli for dyrt. Hvis vi skulle ansatt én, eller til og med to, som Psykologforeningen ønsker, så ville prislappen betydd at vi nok måtte ha redusert tjenesten med tre saksbehandlerstillinger. Dessuten ville vi slitt med å rekruttere psykolog. Både fordi de ikke ville fått det godkjent som klinisk praksis, og fordi det er vanskelig å rekruttere psykologer til dette området av landet. Psykologer er mangelvare her, sier hun.

Mørch påpeker at det også er psykologmangel på poliklinikkene i området. De som kommer, blir der ofte bare i en temmelig kort periode. De tar ifølge Mørch kun spesialiseringen sin der.

– Helgelandssykehuset sliter også med rekruttering av psykologer. I dag må andre faggrupper fylle disse stillingene midlertidig, påpeker hun.

Mørch mener at psykologkompetansen er gunstig som et supplement i barnevernet, men de behøver ikke å være ansatt i barneverntjenesten, ifølge Mørch.

– Det er ikke noe nytt at barnevernet kjøper psykologtjenester ved behov, dette blir gjort i dag. Det vil være mer hensiktsmessig å støtte bedre opp om dem som allerede jobber i barnevernet, gjerne de som har lang fartstid, enn å ansette psykologer. Man bør se på utdanningen til sosionomer og barneverns pedagoger og styrke videreutdanningen på landsbasis.

Barnevernsjef Mari Hagve i Bærum tror ikke det er ett svar på hva psykologer bør gjøre i barnevernet.

– Hos oss har psykologene en klar rolle i endringsarbeid for familier. Akkurat nå betyr det først og fremst tiltakene FFT og MST-CAN.

FFT er en familierapeutisk behandling for familier med ungdom som viser atferdsvansker. Målgruppen for MST-CAN er familier der det forekommer vold og omsorgssvikt, ifølge barneverntjenesten i Bærum.

Men Hagve understreker at det antakelig vil være andre behov i en liten distriktskommune enn i Bærum, og at man må tenke over hvilken rolle psykologene skal ha, ut fra de behovene barnebefolkningen til enhver tid har.

Også teamleder og psykolog i Bærum barneverntjeneste Audun Formo Hay framhever at psykologer har en kompetanse i å skape endring der problemer har blitt særlig fastlåste og komplekse. Denne kompetansen mener han barnevernet vil ha nytte av for å utvikle og gjennomføre gode hjelpetiltak for barn.

– Vi er den eneste tjenesten i Norge der både FFT og MST-CAN er implementert på kommunalt nivå.

Begge metodene er implementert i nært samarbeid med NUBU – Nasjonalt utviklingssenter for barn og unge, og det har ifølge Formo Hay vært et suksesskriterium for å skape et psykologfaglig kompetansemiljø.

– Egentlig er dette kompleks psykologisk behandling. NUBU legger til rette noen strukturer for faglig støtte og utvikling i arbeidet. Vi er dermed en del av et nasjonalt kompetansemiljø, der også mange andre psykologer jobber med barnevern.

De fleste av disse utøvende psykologene er ansatt i Bufetat (statlig barnevern), men der NUBU har en kvalitetssikringsrolle. Det er om lag 70 psykologer som jobber i barnevernet gjennom ungdomsmetodene NUBU støtter, de aller fleste av disse er ansatt i Bufetat / statlig barnevern. Barneavdelingen på NUBU har også kontakt med 23 psykologer i Bufetat og kommunene, ifølge NUBUs fagdirektør Dagfinn Mørkrid Thøgersen.

- UNNGÅTT KOLLISJON

I barnevernstjenesten i Bærum har de ifølge Mari Hagve ingen profesjonskamp mellom psykologer og andre yrkesgrupper.

- Vi har unngått det.

- Men det er vel sosionomer og barneverns-
pedagoger som har «eid» barneverfeltet i Norge.
Da vil vel flere psykologer kollidere med andre
faggruppers interesser?

- Nei, vi tenker at faggruppene utfyller hverandre, og hos oss har de ansatte respekt for at alle løser et samfunnsoppdrag i fellesskap. Men man må ha en klar tanke om hvem som skal gjøre hva. Og hvilken kompetanse som trengs for å løse oppgavene til enhver tid. Det handler om profesjonsbakgrunn, men også om erfaringer og personlige egenskaper.

I Bærum har de dreid arbeidet mer mot forebygging og tidlig innsats.

- Vi har svært få akutte plasseringer og omsorgsovertakelser, sier Hagve.

Psykolog Audun Formo Hay mener de styrer etter oppgavene som skal løses.

- I MST-CAN er en del av oppgaven å gi psykisk helsehjelp. Psykologene kan gi traumebehandling til barn og voksne. Vi gir rusbehandling til foreldre. Det krever klinisk psykologkompetanse. Oppgaven er veldig tydelig, og det er ingen kamp mellom faggruppene om den rollen.

Formo Hay forteller at han ikke kjenner til andre som i regi av kommunalt barnevern gir helsehjelp til foreldre som en del av tiltaket for barnet. Det har vært nybrottsarbeid fra start, sier han.

Formo Hay har også savnet mer drahjelp fra Psykologforeningen i barnevernets nybrottsarbeid.

- Hittil har det vært vanskelig for Psykologforeningen å sette seg inn i problemstillingene vi har hatt. Vi har måttet finne ut av mye selv. ❌



LEDER EKSPERTUTVALG Forsker Marit Skivenes leder arbeidet med å se på tiltak som kan styrke barnevernet. Foto: Daniel Nygård, UiB.

Ekspertutvalg i gang

Forsker Marit Skivenes er kjent med argumentene om at det trengs flere psykologer inn i barnevernet. Hun leder regjeringens nye barnevernsutvalg.

REGJERINGEN HAR NYLIG satt ned et ekspertutvalg som skal vurdere hvordan barnevernet kan sørge for bedre kvalitet og rettssikkerhet i de mest alvorlige og sammensatte sakene.

Psykologspesialist Kharim Lekhal og psykologiprofessor Dag Øystein Nordanger er også med i utvalget.

Bakgrunnen for at utvalget er blitt satt ned, er at barnevernet har fått mye kritikk de siste årene. Tilsyn og forsknings- og utredningsrapporter har vist til svak dokumentasjon og tilfeller av svikt i faglige vurderinger. Den europeiske menneskerettsdomstolen i Strasbourg har tatt inn rekordmange barnevernssaker mot Norge til behandling de siste årene, og staten er flere ganger dømt.

Professor og internasjonalt ledende barnevernsforsker Marit Skivenes skal lede barnevernsutvalget. Hun opplyser til Psykologtidsskriftet at hun ikke kan uttale seg om arbeidet i utvalget før arbeidsgruppen har kommet i gang. De hadde første arbeidsmøte 31. mai, og Psykologtidsskriftet snakket med Skivenes før møtet.

Skivenes sier til Psykologtidsskriftet at hun er godt kjent med argumentene om at det trengs flere psykologer inn i barnevernet. Det er også slik at juristene sier det må være flere jurister i barnevernet.

- Det pågår en omfattende kompetansereform i barnevernet, og det er klart at diskusjoner om hvilke profesjoner og hvilke kompetanser som trengs for å gjøre godt barnevernsarbeid, er nødvendige og helt på sin plass. Barn og familier i vanskelige livssituasjoner har krav på å få hjelp og støtte som faktisk virker, sier Skivenes.

Utvalgets mandat er nettopp å vurdere tiltak som kan styrke kvalitet og rettssikkerhet i barnevernet. ❌

12 stemmer for psykisk helse

Blir psykisk helse et sentralt tema i valgkampen? Hva bør i så fall politikere gjøre for psykisk helsetjenester i neste stortingsperiode? Vi ba 12 stemmer tipse våre folkevalgte.

TEKST Per Halvorsen



Vi spurte og fikk svar på e-post:

- Hva representerer de største utfordringene i psykisk helsetjenester?
- Hva er de tre viktigste punktene i din bestilling til politikere som mener alvor med å ville bedre tjenestetkvaliteten?

FOTO: KORUS-SØR



Anne-Kristin Imenes, psykologspesialist og seniorrådgiver, Kompetansesenter rus KoRus-Sør

- PSYKOLOGER INN PÅ FASTLEGEKONTORENE

Det mangler kommunale psykisk helsetilbud som er reelt tilgjengelige både for barn, unge og voksne. Hvor skal du henvende deg hvis du får avslag fra spesialisthelsetjenesten? Er det riktig å måtte betale over 1000 kr timen hos privat psykolog, og at hjelpen er mest tilgjengelig for de rikeste? Spesialisthelsetjenesten er kraftig underfinansiert. Pasienter må avsluttes før de er ferdig behandlet for å gi plass til andre. De som trenger hjelpen mest, får et dårlig og kortvarig tilbud. Alle skjønner at du ikke blir frisk på 12 timer om du har store problemer.

La psykologer få jobbe i primærhelseteam med fastlegene. Det vil understøtte en fastlegeordning som holder på å knele, og gi bedre rammebetingelser og likeverdig finansiering for både lege og psykolog. Vi trenger psykologer både på fastlegekontoret og i kommunale psykisk helsetjenester.

Gjør som Barneombudet sier: Regjeringen må endre helse- og omsorgstjenesteloven slik at kommunene får plikt til å tilby lavterskel psykisk helsetilbud til barn og unge (Rapport: Jeg skulle hatt BUP i en koffert, 2020). Regjeringen må sørge for at helseforetakene følger «den gylne regel».

FOTO: PRIVAT



Martin Øien Jenssen, psykologspesialist, konserntillitsvalgt Akademikerne Helse Nord, foretakstillitsvalgt Psykologforeningen, UNN

- VI MANGLER FAGFOLK

Den største utfordringen er tilgangen på fagfolk. Vi blir langt flere eldre, og langt færre til å håndtere arbeidsoppgavene som må håndteres i et samfunn. Vi utdanner ikke nok helsepersonell, og arbeidsplassene i psykisk helsevern er ikke attraktive nok til å tiltrekke seg og å beholde folkene vi trenger.

Vi må sørge for at spesialisthelsetjenesten kan delta i kampen om fagfolk. Dette handler både om økonomi, fagutvikling og tid og rom til å utøve faget til beste for pasienten. Ikke minst handler det om ledelse.

Sykehusene har fire lovpålagte hovedoppgaver, men alle forutsetter oppnåelsen av en femte. Gjør arbeidsmiljø til den femte hovedoppgaven. Det vil tiltrekke folk og synliggjøre sammenhengen mellom arbeidsmiljø og pasientsikkerhet. De ansatte er en dyrebar og høyst begrenset ressurs, og en forutsetning for å realisere pasientens helsetjeneste.

Tenk nøye gjennom

- hvordan vi skal bruke fagfolkene i fremtiden – til fag, eller til administrative oppgaver som kunne blitt gjort av andre.
- hvordan vi skal utforme sykehusbygg – bygg stort nok. I det lange løp er det betydelig billigere å drifte et sykehus som er stort nok enn å stadig bygge ut eller leie lokaler for å supplere et sykehus som er for lite. >>

FOTO: ERIK M. SUNDT



Tove Gundersen,
generalsekretær
i Rådet for
psykisk helse

- MÅ VÅGE Å SETTE MÅLTALL FOR SELMORDSREDUKSJON

Vi må få ned avvsningsprosenten og ventetiden i spesialisthelsetjenesten, og sikre at lavterskeltilbud som skolehelsetjeneste og rask psykisk helsehjelp kommer på plass over hele landet. Det er nødvendig å øke andelen fagutdannet personell.

Vi må også våge å sette konkrete måltall for reduksjon av antall selvmord. Selvmordstallene i Norge er for høye. Vi ser stadig eksempler på at vi må jobbe hardere for å gi mennesker med uavklarte lidelser hjelp. Symptomtrykket kan være betraktelig selv om det ikke lar seg diagnostisere, og her må vi bygge kunnskap og sette opp systemer som gjør det mulig for hel-

setjenesten å bidra med treffsikker hjelp også uten diagnose.

- Få på plass bemanningsnorm i psykisk helsetjenester slik at det er nok kvalifiserte mennesker på jobb.
- Legg til rette for at ansatte i helsetjenesten får tid til å bygge gode relasjoner med pasienter. Behandling krever tid, tidsbruken kan være avgjørende for å lykkes.
- Få på plass bedre samhandling mellom tjenestenivåer og forutsigbarhet for brukerne/pårørende slik at de til enhver tid har noe konkret å forholde seg til, som for eksempel ny time eller planlagt besøk.

FOTO: NORSK PSYKOLOGFORENING



**Heidi Svendsen
Tessand,** psykolog-
spesialist og
seksjonsleder ved
Stillasbyggerne,
Akershus
universitets-
sykehus HF

- TRENGER NYE KVALITETSMÅL

Vi har for liten oversikt over behovet i befolkningen til å vite nok om hvor og hvordan tjenesteutbygging bør skje. Noen tjenester har god kapasitet, noen er fullstendig sprengt. Noe er koronarelatert – vi trenger flere folk til pumpene nå – men problemene med fordeling av ressurser var der også før pandemien. Deretter må vi prioritere; det er ikke sånn at alle som sliter, skal ha profesjonell hjelp. Det viktigste for den psykiske helsa er å ha gode sosiale nettverk og helsefremmende nærmiljø, blant annet barnehager, skoler og arbeidsplasser. Så må vi ha tjenester som er lett tilgjengelige nær der folk bor. Vi trenger gode, konkrete verktøy for bedre kvalitet på samhandling og koordinering av tjenester, særlig mellom kommune og spesialisthelsetjeneste. Vi må unngå at folk «faller mellom stolene».

- Vi må endre finansieringsmodellen (ISF) i og bygge ut de kommunale tjenestene. Dagens modell i psykisk helsevern understøtter ikke innovasjon i tjenestene. Altfor mye av aktiviteten «lønner seg ikke». Dette fører til uheldige vridningseffekter og altfor stort fokus på koding, veiing og måling.
- Alle tjenester bør heller måles på kvalitet og i hvilken grad tjenestene oppleves som virkningsfulle og er med på å øke livskvalitet og funksjonsnivået til pasientene. Da må andre mål fjernes.
- Stor sosial ulikhet i både psykisk og fysisk helse krever tiltak langt utenfor tjenestestedene. Helsevesenet behandler plager, men det er levde liv som skaper helsen. Vi må redusere belastningene som fører til psykisk uhelse slik at det blir plass i tjenestene til de pasientene som virkelig trenger profesjonell behandling.

12 utfordringer i psykisk helse og rusfeltet

- **Finansiering 1:** Hvor egnet er innsatsstyrt finansiering (ISF) for psykisk helse og rusfeltet? ISF har vært kritisert for å stimulere til *flerest* mulig behandlinger fremfor *best* mulig behandling, og for å være bedre egnet for standardiserte prosedyrer framfor behandling, som i større grad må tilpasses individuelle behov.
- **Finansiering 2:** Stiller regjeringen strenge nok krav til helseforetakene om å realisere «den gyldne regel», som pålegger høyere prosentvis vekst i psykisk helsevern og rusbehandling enn i somatikken?

FOTO: HÅVARD KALLESTAD



Bjarne Hansen,
psykologspesialist,
professor ved
Universitetet
i Bergen

- INNDELING I «SKOLERETNINGER» ER EN ULYKKE FOR FAGET

Geografisk nærhet trumfer alt for ofte innhold og kvalitet i psykiske helsetjenester. Tjenestene organiseres i liten grad som sterke fagmiljøer, og det er lite fokus på oppgavefordeling, spisskompetanse og samarbeid. Dette gjenspeiles i opplæring og videreutdanning. I tillegg til generalistutdanningen er det vanlig å velge seg en «skoleretning» som så benyttes som verktøy i møte med enhver utfordring. Inndelingen i «skoleretninger» har etter min mening vært en ulykke for faget. For å etablere lav terskel til tjenester av høy kvalitet, trenger vi å ta følgende grep:

- Første møte med tjenesten må holde høyt faglig nivå og oppleves som nyttig og ivaretagende. Ved henvisning må vi innføre rett til rask vurdering basert på direkte kontakt. Dette bør innføres både når henvisning går fra førstelinje til

spesialisthelsetjenesten, og når henvisninger går fra spesialisthelsetjenesten til øvrige tilbud. Dette vil legge til rette for ordninger der spesialister er i front, «en vei inn» og samarbeid der tilbudet i dag er fragmentert og uoversiktlig.

- Vi må sikre at virksom behandling gjøres tilgjengelig for dem som trenger det. Dagens generalistmodell gjør dette krevende. Alle kan ikke være best på alt. Vi trenger oppgavefordeling, og vi trenger samarbeid. Dette er avgjørende for å ta i bruk kunnskapsbasert behandling med den opplæring, kvalitet og skreddersøm som dette krever
- Rapporteringsregimer eser ut, men enkle mål for å undersøke om hjelpen faktisk hjelper, utelates. Vi ligger i verdenstoppen i pengebruk, men undersøker ikke om hjelpen hjelper. Riksrevisjonen og et utall evalueringer og rapporter etterlyser handling, men lite gjøres. Dette er på mange måter elefanten i rommet.

FOTO: PRIVAT



Viviann Sandberg Larsen,
psykologspesialist
i Trondheim
kommune

- SAMTIDIG FINANSIERING I SYKEHUS OG KOMMUNE

«Samhandlingen» oppleves i realiteten å være redusert til en oppgaveoverføring fra spesialisthelsetjenesten til kommunen. Mangel på helhet i organisering av helsetjenestene fører til dobbeltarbeid, køer og at pasienter blir kateballer mellom tjenestenivåene.

- Lovfest at inngangen til all kommunal psykisk helse- og rushjelp skal ha like lav terskel som hjelp hos fysioterapeut eller ergoterapeut. Helse- og omsorgstjenestelovens krav om enkeltvedtak for psykisk helse- og rustjenester skal sikre innbyggernes rettigheter, men veien inn blir forlenget av forvaltningens krav

til kartlegging av behov. Dersom den som kartlegger hjelpebehovet, ikke har riktig kompetanse, blir tiltakene feil og ventetida lang. Det er mulig både å ha krav om lav terskel inn i kommunale psykisk helse- og rustjenester og å sikre pasientens rettigheter gjennom et vedtak som fattes etter at hjelpen er kommet i gang – når hjelpen skal være av en viss varighet.

- Det bør være lovkrav om at epikrise skal sendes etter endt behandling, uavhengig av om denne skjer i kommunen eller på sykehuset. Epikrisen overfører kunnskap om helsehjelpen som er gitt, og har en opplærende effekt. Manglende kommunikasjon fra kommunen til sykehuset gir brudd i behandlingsskjeden. »

- **Sengekapasitet:** Har nedbyggingen av antall sengeplasser i psykisk helsevern gått for langt? Fra 1998 til 2019 ble antall døgnplasser for voksne mer enn halvert. Innebærer det kortere liggetider og økt risiko for sosial nød, tilbakefall, bruk av tvang og fare for selvmord?

- **Tidsbruk:** Hvordan sikre tid nok til behandling? Psykologforeningens undersøkelse blant psykologer i psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling fra 2019 konkluderte med at hver fjerde pasient ikke fikk behandling ofte nok til at den var virksom. For én av fem pasienter ble behandlingen avsluttet før den var ferdig.

- Politikerne må se helsetjenestene i sammenheng, og legge klare føringer om samtidig finansiering av psykisk helse og rus i sykehus og kommune. Perspektivmeldingen

2021 tegner et utfordrende bilde av fremtidens kommuneøkonomi. Når kommunene forbereder seg på kutt, er det lettere å kutte der hvor ingen klager.

FOTO: MICAH OLIVER CLEMENCE



Christine Lingjærde,

landsstyreleder i Landsforeningen for pårørende innen psykisk helse (LPP)

- STOPP NEDBYGGINGEN AV SYKEHUSSENGER

Stopp nedbyggingen av sykehussenger. Korttidsbehandling eller poliklinisk behandling er utilstrekkelig for pasienter med alvorlig psykisk sykdom.

LPP er en frivillig organisasjon, og vi er selvsagt glade for at helsemyndighetene fremhever den viktige jobben frivillige gjør. Men frivillighet kan ikke erstatte lovpålagte helsetjenester.

LPP er bekymret for våre mange familie-medlemmer som har fått store bivirkninger etter å ha stått i årevis på høye medisindoser uten at disse er trappet ned eller revurdert. LPP

er bekymret for at mange av våre familiemedlemmer med psykisk sykdom vil gå til grunne når de erklæres som samtykkekompetente og velger ikke å ta imot behandling.

Både spesialisthelsetjenesten og kommunal helsetjenesten må følge opp pasientene bedre for å forebygge selvmord. Det er utviklet mange gode veiledere og skrevet mange gode faglige råd om de pårørende, men det blir dessverre altfor ofte bare ord. LPP forventer at veiledere og vedtatte mål blir gjennomført. LPP krever handling bak ordene.

LPP mener at det må være både økonomiske sanksjoner og strafferettslige konsekvenser når lovverk innenfor psykisk helse ikke overholdes.

FOTO: PREBEN RUND TORGALSBØEN



Anne-Kari Torgalsbøen,

professor, dr.psychol., spesialist i klinisk psykologi, Universitetet i Oslo

- UT MED GYLLEN REGEL, INN MED OPPTRAPPINGSPLAN

De største utfordringene i psykisk helsetjenester er, og har vært, at «den gylne regel» ikke fungerer. Siden den ble innført i 2014, har ingen helseforetak eller RHF-direktører brukt mer penger på psykisk helsevern enn på somatisk sektor, slik regelen sier. Somatikken har økt dramatisk i disse syv årene til tross for klare politiske signaler fra helseministeren nedfelt i oppdragsdokument og sykehusplan. Så langt har regelen kun representert et honnørord, og derfor kun bidratt til en tilsøring av at psykisk helsevern over mange år har vært underdimen-

sjonert. Det mangler tydeligvis politisk vilje til å forplikte seg til en reell styrking av psykisk helsevern, slik man ser på andre områder i samfunnet, som for eksempel alle milliardene som følger med nasjonal transportplan. Siden det er valgår, vil politikerne ta til orde for at de vil bedre kvaliteten i psykisk helsetjenester. For at dette ikke kun skal bli fromme ord og fagre løfter for fremtiden, har jeg følgende bestilling:

- Erkjenn at «den gylne regel» ikke virker.
- Erstatt den med en opptrappingsplan for psykisk helsetjenester der ressurstilførselen bidrar til riktig dimensjonering av tjenestene.

- **Kvalitetsmål:** Hvilke kvalitetsindikatorer måler best om psykisk helsetjenester gir virksom behandling? Dagens 30 kvalitetsindikatorer har vært kritisert for å være valgt fordi de enkelt kan telles, ikke fordi de gjenspeiler reell kvalitet. Bør ikke eksempelvis brukerrapporterte kvalitetsmål få større betydning?

- **Lik rett til psykisk helsehjelp:** Hva skal kommunene levere av psykisk helsetjenester som sikrer rett til nødvendig psykisk helsehjelp uavhengig av postnummer?

- Det faglige grunnlaget for opptrappingsplanen skal være basert på en solid kunnskapsoppsummering som bidrar til å skille

mellom ulike behov og sikre tilgjengelig evidensbasert behandling til de som trenger det.

FOTO: STINA STENGLIDRA



Ester Marie Espeset, psykologspesialist, prosjektleder Barn og unges helsetjeneste, Helse Fonna og Helse Vest

- ØREMERKEDE MIDLER MÅ PÅ Plass

Pandemien har vist at psykisk helsetilbud til barn og unge er underdimensjonert, fragmentert og dårlig koordinert. Det er for stor lokal variasjon, mange barn og unge får ikke tilbudet de trenger. Jo mer alvorlige og langvarige vansker barn har, jo flere tjenester er involvert i oppfølgingen. Pakkeforløpene fanger ikke kompleksiteten i tjenestene. Utfordringene blir særlig synlige når det gjelder barn og unge med sammensatte og komplekse psykiske helsetilstander som trenger oppfølging fra ulike tjenester over tid.

- Tjenestene for barn og unge må ha tilstrekkelig kompetanse og kapasitet på alle nivåer. Dette gjelder både helsefremming og forebygging i helsestasjon og skolehelsetjenesten, lavterskeltilbud og oppfølging i kommunale tjenester, og spesialiserte tjenester i BUP. Tjenestene må finansieres gjennom øremerkede midler og stabile økonomiske rammer over tid, ikke midlertidige tilskudd eller prosjektmidler.

- Kommunene må forpliktes til å bygge opp et psykisk helsetilbud for barn og unge, som har lav terskel, bred og sammensatt kompetanse, og tilstrekkelig kapasitet. Tjenesten må jobbe med både forebygging og behandling, og med individ- og familieperspektiv. Grunnet variasjon i geografi og befolknings tetthet må behovet kunne dekkes ved tjenester på tvers av kommune og BUP, eller i interkommunalt samarbeid.

- Det trengs mer fokus på samhandlingen mellom tjenestene og helheten i tilbudet. Et godt koordinert hjelpetilbud forutsetter at tjenestene har tydelig definerte roller og ansvarsområder, at de samarbeider tett om oppfølgingen av det enkelte barn eller ungdom, men ikke minst at de har tilstrekkelig tid og ressurser til å samhandle med hverandre. Da trenger vi finansieringsordninger som definerer systemarbeid, relasjonsbygging og teamjobbing som essensielle oppgaver. »

- **Samhandling:** Hvordan sikre nødvendig samhandling mellom tjenestenivåene og sørge for oppfølging av alvorlig syke når de skrives ut av psykisk helsevern til kommunen de skal bo i?

- **Rekruttering I:** Hvordan dekke behovet for psykologkompetanse i kommunene? Psykologer og psykologspesialister er faggruppene kommunene sliter mest med å rekruttere. Flere steder står stillinger ubesatt, ikke minst i mindre kommuner.

FOTO: QUANG NGUYEN



Arne Holte,
professor emeritus
i helsepsykologi,
Universitetet i Oslo

- VI TRENGER ET FOREBYGGINGSREGNSKAP

Relativt sett er satsningen på spesialisthelsetjenester for stor sammenliknet med befolkningsrettete psykisk helsefremmende og sykdomsforebyggende tiltak. Satsing på behandling etter at folk har blitt syke, er for dyrt, har for liten effekt, for høy tilbakefallsrate og når bare en begrenset del av dem som trenger det. Økt tilgang på behandling kan ha endret livskvaliteten for mange, men har ikke endret forekomsten av psykiske lidelser i befolkningen.

- Vi trenger en overordnet strategi for styrking av psykisk helse og forebygging av psykiske lidelser, som følges opp med effektevaluering. Regjeringens strategi for psykisk helse («Mestre hele livet») er ikke forebyggingsfaglig fundert. Den inneholder heller ikke en overordnet strategi, men en sammenstilling av tiltak de syv involverte departementene hadde liggende i skuffen. Neste gang trenger vi en faglig fundert overordnet strategi og et budsjett.
- Vi trenger et forebyggingsregnskap. Helseregnskapet, som er en del av statsregnskapet som føres av SSB, viser at Helse- og omsorgs-

departementet knapt bruker penger på forebygging. Ca ¼ går til behandling, ca. ¼ til pleie og omsorg, ca. 2 prosent til forebygging. Det meste av det som der er oppført som forebygging, har ikke noe med aktiv forebygging å gjøre. Tar vi ut dette, står forebyggende psykisk helse igjen med småpenger til helsestasjonstjenester og skolehelsetjenester. Regjeringen må gjerne si at det har vært en kraftig satsing på skolehelsetjenesten. Men det vil ikke ha noen effekt på forekomsten av psykiske lidelser blant barn og unge. Det viktigste i skolene er å organisere dem slik at de blir psykisk helsefremmende organisasjoner.

- Psykisk helse må bli et eget fag i skolen. Hva hjelper det å vite forskjellen på biotiske og abiotiske faktorer i et økosystem hvis man ikke finner kilder til identitet og selvrespekt, mening i livet, mestring, eller ikke forstår hvordan følelser, tanker og handlinger påvirker hverandre?
- Vi må få i gang psykologutdanning i Agder slik at vi får bedre rekruttering av psykologer til kommunene. Begynn med påbyggingskurs for dem som fra inn- eller utland har relevant bachelor-masterkombinasjon i psykologi.

FOTO: PRIVAT



Per Martin Løken,
psykologspesialist
ved Nic Waals
Institutt (BUP),
Lovisenberg
sykehus, talsperson
for bekymrings-
meldingen fra 245
barnepsykologer

- VI MANGLER FØRINGER FOR TJENESTENE I KOMMUNENE

Det er nødvendig med varig styrking av både førstelinje- og spesialisthelsetjenestene. Det er blant annet behov for flere ansatte i psykisk helsetjenester på alle nivåer, ikke bare som krisetiltak i forbindelse med pandemien. Skal det være et politisk mål å satse på psykisk helsevern, er det på tide å skrote «den gylne regel». Helseforatakene forholder seg ikke til regelen, regjeringen glemmer seg bak den når den utfordres på manglende satsing på psykisk helsevern.

Myndighetene bør gi tydeligere føringer for hva som skal være minstekrav til psykisk

helsetjenester i kommunene. Det gjelder både kompetanse, ansvarsområder og kapasitet. På denne måten kan vi sikre mer likeverdige tilbud uavhengig av bosted.

Vi må se på organiseringen av de psykiske helsetjenestene, spesielt på ansvarsfordeling og samarbeid mellom spesialisthelsetjeneste og førstelinje. Det er allerede etablert enkelte gode modeller for samarbeid mellom helseforatak og kommuner, blant annet FACT-team og FACT Ung-team for dem med behov for langvarige og fleksible psykisk helsetjenester. Psykisk helsetjenester bør møte mennesker der de er, og gi tilpasset hjelp.

- **Rekruttering II:** Hvordan hindre «flukt» fra spesialisthelsetjenesten? Noen helseforetak sliter med høy turnover. I Finnmarkssykehuset steg den fra 14,5 prosent i 2018 til 28,3 prosent i 2020. Ved Oslo universitetssykehus har det vært rapportert at det er blitt stadig vanskeligere både å holde på og rekruttere psykologspesialister.

- **Pakkeforløp:** Er pakkeforløp den beste veien til bedre hjelp og mer brukermedvirkning, eller et symptom på grunnleggende mistillit til fagutøverne? 68 prosent av ansatte mener pakkeforløpene i liten grad, eller ikke i det hele tatt, har bidratt til mer sammenhengende og koordinerte forløp. Mange pasienter rapporterer at de har liten innflytelse over egen behandling.

I tråd med pakkeforløpene skal forløpene både starte og slutte i kommunen. En forutsetning for en helhetlig, offentlig psykisk helsetjeneste er at førstelinjetjenesten rustes til å

koordinere forløp før, under og etter behandling i spesialisthelsetjenesten, i tillegg til å gi adekvat psykisk helsehjelp til sine innbyggere før og etter behandling i psykisk helsevern.

FOTO: MENTAL HELSE



Jill Arild, landsleder i Mental Helse

- LYTT TIL BRUKERNE

Vi trenger bedre prioritering av barn og unges psykiske helse, både når det gjelder behandling og gode lavterskeltilbud.

Vi trenger aktiviteter rettet mot barn og unge som ikke er med i annen organisert aktivitet. Skolene må få inn ansatte med relasjonskompetanse, som har mulighet til å bistå elever som sliter. Det trenger ikke nødvendigvis være personer med pedagogisk utdanning.

Vi trenger kunnskapsbaserte programmer for selvmordsforebygging og mestring av psykiske utfordringer. Det blir bevilget penger til satsing på psykisk helse i skolen, men det er de færreste programmene som blir evaluert.

Lytt til brukerne og hva som er den enkeltes behov.

Sørg for at det er tilgjengelig psykolog i kommunene.

Sørg for at behandlere får lov til å drive behandling og ikke må ha et overordnet fokus på budsjettammer. ✘

REFERANSER

- Helsedirektoratet (2019). SAMDATA Spesialisthelsetjenesten Døgnplasser i det psykiske helsevernet. Oslo: *Helsedirektoratet* <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/samdata-spesialisthelsetjenesten>
- Halvorsen, P. (2020). Store lokale forskjeller i turnover. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, Vol 57, nummer 11, 2020, side 802-805. <https://psykologtidsskriftet.no/2020/10/store-lokale-forskjeller-i-turnover>
- Ådnanes, M., Kaspersen, S. L., Melby, I., Lasemo, E. (2020) Pakkeforløp for psykisk helse og rus – fagfolks erfaringer første året. *SINTEF Helsetjenesteforskning*. https://www.sintef.no/globalassets/sintef-digital/helse/sintef-2020_00064-evaluering-av-pakkeforlop-psykisk-helse-og-rus.pdf
- Ådnanes, M., Høiseth, J.R., Magnussen, M., Thaulow, K., Kaspersen S.L. (2021) Pakkeforløp for psykisk helse og rus – brukere, pårørende og fagfolks erfaringer. *SINTEF Helsetjenesteforskning*. https://www.sintef.no/globalassets/sintef-digital/helse/rapport-2_pakkeforlop_1.3.2021_signert.pdf
- Løken, P.M. et al. (2021, 22. februar). Bekymringsmelding. *nrk.no/ytring* <https://www.nrk.no/ytring/bekymringsmelding-1.15380488>
- Nøkleby, H., Berg R.C., Muller A.E., Ames, H.M.R. (2021). Konsekvenser av covid-19 på barn og unges liv og helse: en hurtigoversikt. *Folkehelseinstituttet*. <https://www.fhi.no/publ/2021/konsekvenser-av-covid-19-pa-barn-og-unges-liv-og-helse/>
- Kjøs, P. et al. (2021) Livskvalitet et al., psykisk helse og rusmiddelbruk under Covid-19-pandemien Utfordringsbilde og anbefalte tiltak. Rapport fra regjeringssopnevnt ekspertgruppe. *Helse- og omsorgsdepartementet*. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/livskvalitet-psykisk-helse-og-rusmiddelbruk-under-covid-19-pandemi/id2846714/>
- Osborg Ose, S., Kaspersen, S. (2020). Kommunalt psykisk helse og rusarbeid 2020: Årsverk, kompetanse og innhold i tjenestene. *SINTEF*. <https://www.sintef.no/prosjekter/2015/kommunalt-psykisk-helse-og-rusarbeid/>
- Meld. St. 11 (2020–2021) Kvalitet og pasientsikkerhet 2019. *Helse- og omsorgsdepartementet* <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-11-20202021/id2791147/?q=kvalitetsindikatorer&ch=2#kap7>

- **Skjevfordeling av avtalespesialister:** Hvordan sikre bedre tilgang til avtalespesialister uavhengig av hvor i landet du bor? Avtalespesialister har driftsavtale med det offentlige og er derfor billigere enn privatpraktiserende uten avtale, fordi pasienten får frikort.
- **Pandemien:** Hvilke ekstrautfordringer følger av nedstengningen? Trykket på telefontjenestene til frivillige organisasjoner har vært «all time high», og nylig varslet

over to hundre barnepsykologer om økt lidelsestrykk blant barn og unge. Folkehelseinstituttet har rapportert at de fleste barn og unge får det litt dårligere på noen livsområder, muligens litt bedre på andre. Et mindretall får det dårligere på mange livsområder. Kjøsutvalget konkluderte med at de mest sårbare har hatt størst belastninger, men at virkningene av pandemien har vært begrenset for de fleste.

TREATMENT FOSTER CARE OREGON:

Familiebasert behandling for ungdom

Institusjonsplassering for ungdom med alvorlige atferdsvansker innebærer en risiko for at de får større vansker. Treatment Foster Care Oregon, TFCO, er en alternativ tilnærming med gode resultater.

TEKST

Rebecca Ervik-Jeannin, psykologspesialist og spesialrådgiver, NUBU, Kyrre Lønnum, psykolog/jurist og spesialrådgiver, NUBU og Bernadette Christensen, psykologspesialist og tidligere fagdirektør, NUBU

KONTAKT

r.jervik-jeannin@nubu.no

TREATMENT FOSTER CARE OREGON (TFCO) (Chamberlain, 2003) er en familiebasert behandlingsmetode for ungdom fra 12 til 18 års alder som har omfattende problemer relatert til rus, vold, annen kriminalitet og skole. I mange tilfeller har ungdommene og familiene vært gjennom en lang periode preget av kaos og vonde følelser, og de har hatt mange ulike behandlingstilbud. Foreldrene er ofte slitne, og relasjonene har over tid blitt mer utfordrende. I TFCO mottar familien som helhet psykologisk behandling og får hjelp til å bedre relasjoner seg imellom samt med lærere, venner og andre relevante personer. Ungdommene som mottar denne behandlingen, flytter i starten av behandlingstiden inn i et behandlingshjem (Christensen & Ervik-Jeannin, 2017).

I Norge har Nasjonalt utviklingscenter for barn og unge ansvaret for implementeringen av metoden i samarbeid med statlig regionalt barnevern, Bufetat. Det er startet fire TFCO-team i Bufetat så langt: et i Sandvika, et i Lillestrøm, et i Drammen og det siste teamet i Trondheim. TFCO er i dag implementert i Australia, Danmark, Nederland, New Zealand, Sverige, USA og i Norge.

Utdragene fra terapiforløpet som her beskrives, er fra et fiktivt kasus. Familiene i TFCO er svært forskjellige, men strever samtidig med lignende utfordringer. Hver familie får skreddersydd behandling til sine behov.

Martin er en 15 år gammel gutt som har to søsken på 10 og 13 år. Han er sjarmerende med glimt i øyet og god til å skaffe seg nye venner. Søs-

knene fungerer godt både på skolen og sosialt, og foreldrene sier at de er en sammensveiset familie, men at konfliktene med Martin har økt mye det siste året. Det har hendt ved flere anledninger at han og pappa krangler til noe blir knust hjemme, eller at pappa har holdt hardt tak i Martin for å prøve å stoppe han fra å gå.

Både politi og skolen har meldt bekymring til barneverntjenesten over tid. Den første meldingen kom etter at Martin hadde sin første alvorlige utagering på skolen som 10-åring, hvor han truet lærere til de ringte politiet. Han er blitt forsøkt utredet av PPT og ved BUP, uten hell. Over tid har truslene gått fra å være rettet mot lærere til andre voksne i nærmiljøet, samtidig som han i økende grad har drevet hærverk og blitt sett sammen med eldre ungdommer som selger rusmidler.

Den alvorligste hendelsen Martin har vært involvert i, er et ran utført sammen med jevnaldrende. Hendelsen fører til at han blir akutt-plassert. På akuttinstitusjonen truer han personalet på institusjonen, ruser seg og rømmer ved flere anledninger. Martin har vært på akuttinstitusjonen i fire måneder da barneverntjenesten tar kontakt med TFCO for å drøfte situasjonen og muligheten for behandling.

I Norge har man tradisjonelt plassert ungdom med store atferdsproblemer på barneverninstitusjoner, til tross for at man vet at det å plassere denne gruppen ungdom sammen innebærer en risiko for at de får større vansker ved at de blir påvirket av hverandre (Dishion et al., 1999). TFCO gir dermed et alternativ som bør utforskes og prøves før tradisjonell institusjonsplassering.



Et TFCO-team på fire ansatte har kapasitet til å behandle fem–seks ungdommer av gangen. Behandlingen varer fra 9 til 12 måneder.

Martin og familien blir enige om at de ikke klarer å bo sammen før de har fått hjelp. De ønsker ikke en institusjon der Martin kan bli påvirket av ungdom med de samme problemene og synes TFCO høres ut som et alternativ som kan passe for dem. Barnevernet forbereder sak for fylkesnemnda med ønske om å plassere Martin i TFCO-behandling under paragraf § 4–24.

BEHANDLINGSTEAMET

Et TFCO-team består av behandlingsleder, behandlingshjem, behandlingshjems konsulent, individualterapeut, familieterapeut og ferdighetstrener. Behandlingslederens hovedoppgave er å lede, koordinere og samordne teamet slik at det sikres at ungdommen og familien mottar en skreddersydd behandling. Behandlingen baserer seg på en grundig kartlegging og forståelse av deres situasjon og behov. Gjennom hele behandlingen fokuserer en på å redusere de psykiske vanskene og hjelpe ungdommene og familien med både å endre atferd og å bedre samspillsmønstre. Dette gjøres blant annet gjennom faste ukentlige behandlingsmøter med teamet og ukentlig gruppeveiledning av behandlingshjemmene. I tillegg er det løpende kontakt med alle involverte.

Behandlingshjemmet er en av TFCOs viktigste arenaer for behandling, da det er der mye av endringene i ungdommens mønster viser seg. Når ungdommen opplever varme, trygghet og stabilitet rundt seg, er det et større grunnlag for å hjelpe ungdommen til å prøve på endringer som oppleves utfordrende.



...man vet at det å plassere denne gruppen ungdom sammen innebærer en risiko for at de får større vansker ved at de blir påvirket av hverandre

Behandlingshjemmet er en vanlig familie som er spesielt rekruttert og opplært. Noen av de sentrale elementene man ser etter når nye behandlingshjem rekrutteres, er at de har evnen til å gi god omsorg, mye varme, har god humoristisk sans og kan veiledes til å arbeide aktivt med endring hos ungdommen gjennom omfattende bruk av støtte og oppmuntring.

Behandlingshjemmet beskriver at Martin viste en stille og rolig side de første ukene hjemme hos dem. Han var hjelpsom og likte spesielt godt å leke med hunden, gå turer, fiske og hoppe på trampolinen. Når Martin ble godt kjent både i behandlingshjemmet og på skolen, viser han i større grad det han strever med. Han blir fort sint når han får nei til noe han ønsker, banner og kan true både lærere og medelever. I behandlingshjemmet hører de at han er sint på behandlingsleder når han er i telefonen, og at han går inn på rommet sitt og sier at han vil være i fred. Han truer behandlingsleder blant annet med å ødelegge ting eller stikke av hvis han ikke får det slik han ønsker.

Ungdommen mottar ukentlig individualterapi hvor ungdommens egne målsettinger, problemstillinger og utfordringer er tema. De møter også ferdighetstrener ukentlig og får individuelt tilpassede oppgaver, i mange tilfeller relatert til trening av sosiale eller praktiske ferdigheter.

Martin forteller i individualterapien at han synes behandlingshjemmet har god mat, kul trampoline, men at den nye skolen er kjipt fordi han får så mye lekser. Martin mener at hovedproblemet er at voksne ikke lar han bestemme, og at når det føles urettferdig, «svartner» det for han. Dette samsvarer med det behandlingshjemmet beskriver om at han viser vansker med å ta imot beskjeder. I individualterapien jobber Martin med vanskelige opplevelser fra tidligere og forståelse av sammenhengen mellom utfordrende relasjoner og følelser han har inni seg. Psykoedukasjonen rundt følelser, tanker og atferd er tema i hele behandlingsforløpet, og det ble jobbet mye med hvordan Martin selv skulle ha kontroll over tankene og følelsene sine, ikke motsatt. Martin jobbet med hvem han ønsket å være og med å klare å regulere følelsene i vanskelige situasjoner.

Martin viste mange gode sosiale ferdigheter i møtet med ferdighetstreneren og var »

generelt positivt innstilt til de aktivitetene de gjorde sammen. En av de første tingene Martin øvde på, var å bruke strategiene han hadde lagd i individualterapien. Den mest utfordrende strategien (men kanskje den viktigste) var å oppleve mer kontroll over sine egne følelser. Helt konkret betydde dette at han i ferdighetstreningen rollespilte situasjoner hvor han ofte ble sint (f.eks. når venner ville gjøre noe annet enn han), og øvde på andre måter å håndtere følelsene sine på enn å ruse seg, rømme eller true.

Martin øvde også på å utvikle nye forståelser utover i behandlingen, som for eksempel forskjellen på god humor / krenkende humor og hva er en god venn / en dårlig venn.

I TFCO har foreldrene ukentlig familierapi, og i løpet av behandlingen blir ungdommen gradvis mer deltagende. De blir fortløpende informert om hvordan det går med ungdommen i behandlingshjemmet, og involveres aktivt i behandlingen allerede fra oppstart. I løpet av behandlingen arbeides det med å bedre foreldreferdigheter, og å bedre relasjonene, samspillet og problemløsningsferdighetene i familien. Foreldrene får oppgaver mellom terapiene, og familierapeuten har hyppig kontakt med familien per telefon for oppfølging av oppgaver og hjemmebesøk og for å drøfte andre problemstillinger familien har behov for.

Familierapeuten møter foreldrene, Martin og individualterapeuten ukentlig gjennom hele behandlingsforløpet. Foreldrene hadde sikkerhet som sin første prioritet, og sammen med Martin utarbeidet de en trykghetsplan. Et hovedelement i denne trykghetsplanen var å skape nok distanse til at konflikten roet seg. Sammen med foreldrene rollespilte familierapeuten dette på et tidlig tidspunkt uten Martin til stede. En av utfordringene viste seg å være rådet om å trekke seg unna. Sammen med foreldrene jobbet terapeuten også med å gjenkjenne «faresignaler» hos den andre. Hvor lenge skulle man fortsette samtalen når man var uenig? Når begynte temperaturen å stige? Kunne alle ha et ansvar for å si ifra om at «nå begynner jeg å bli irritert/sint/lei»?

De jobbet også med å gjøre flere hyggelige ting sammen og å bedre kommunikasjonsmønstre, og de samarbeidet med skolen. Det ble laget en egen trykghetsplan for skolen, hvor



Behandlingshjemmet er en vanlig familie som er spesielt rekruttert og opplært

Martin og lærerne fikk strategier for hvordan de kunne unngå situasjoner som endte med fysisk eller verbal utagering.

SENTRALE VERKTØY

Gjennom hele behandlingsforløpet tar teamet i bruk hjelpemidler for å kartlegge og følge med på ungdommens utvikling i behandlingshjemmet. Ungdommen har et eget individuelt tilpasset poengskjema, hvor poeng kan opptjenes gjennom helt vanlige, dagligdagse gjøremål som ungdommene ofte strever med, for eksempel å stå opp i tide, gå på skolen, gjøre skolearbeid og holde avtaler. Poengene veksles inn i goder/belønninger som ungdommen ønsker seg.

Et annet hjelpemiddel er et strukturert skjema – Parent Daily Report (PDR; Chamberlain & Reid, 1987), hvor en rekke forhåndsdefinerte beskrivelser av negativ atferd registreres daglig av behandlingshjemmet. Registreringen gir en løpende oversikt over hva ungdommen strever med å få til i behandlingshjemmet, og det måler stressnivået i behandlingshjemmet. PDR hjelper behandlingsteamet med hva de bør prioritere for å hjelpe ungdommen og for å minske stress i behandlingshjemmet.

Poeng- og PDR-systemet har flere viktige funksjoner. For det første hjelper det med å holde et positivt fokus for både ungdommen, behandlingshjemmet og teamet. Det bidrar til å skape klare forventninger hos ungdommen, og er et viktig verktøy for at de voksne rundt ungdommen legger merke til og forsterker positiv atferd og mestring hos ungdommen. Det gir også en umiddelbar tilbakemelding på hvorvidt intervensjoner kan se ut til å ha en effekt eller ikke.

Forut for tilbud om behandling i TFCO gjennomføres det alltid en grundig multisystemisk kartlegging, der behandlingsteamet møter foreldre, søsken, utvidet familie, lærere, tidligere behandlere og andre relevante personer rundt ungdommen og familien. Det benyttes både kartleggingssamtaler og mer strukturerte stan-

dardiserte kartleggingsverktøy som YLS-CMI (Hoge & Andrews, 2011), SCL-90R (Derogatis, 1994) samt CBCL og YSR fra ASEBA batteriet (Achenbach & Rescorla, 2001).

Kartleggingsperioden er viktig for å kunne beskrive behandlingen i TFCO for ungdommen og familien, og skape håp og motivasjon. Hovedvurderingen i kartleggingsperioden er hvorvidt ungdommen og familien kan antas å ha nytte av behandlingen, og at tilstrekkelig hjembasert hjelp er tilbudt i forkant.

Sammen med ungdommen og familien lager TFCO overordnede mål for behandlingen.

BEHANDLINGEN

Behandlingen i TFCO er delt opp i tre nivåer. I starten er hovedfokuset på at ungdommen skal trives i behandlingshjemmet og oppleve mestring i det daglige. Både det å bli kjent, etablere en god søvnhygiene, oppstart med skole og skape gode relasjoner til både behandlingshjemmet og teamet er viktige elementer de første ukene.

Etter hvert som både ungdommen og foreldrene blir enige om at de er klare, begynner ungdommen å delta i familieterapien og å planlegge de første hjembesøkene. Hovedfokuset er på å bedre relasjonene og foreldreferdighetene tilstrekkelig til at ungdommen kan ha gode og trygge hjembesøk. Det er i denne perioden de største endringene oppstår, og hvor det oppleves som mest turbulent for ungdommen og familien, før de har fått tilstrekkelig med hjelp til å endre samspillmønstrene og skape trygghet.

I den siste perioden av behandlingen bor ungdommen i større grad hjemme, og tilbringer mindre tid i behandlingshjemmet. Målet er at ungdommen og foreldrene i stadig større grad klarer å videreføre de endringene som er oppnådd i løpet av behandlingen, til sin egen hver-

dag. Kommunikasjonsmønstre, problemløsning, konfliktløsning og planlegging er viktige temaer med fortsatt god støtte og veiledning av teamet.

Etter endt behandling vil mange familier ha behov for videre oppfølging av for eksempel kommunalt barnevern eller andre instanser i en avgrenset periode.

Martin har god progresjon gjennom hele behandlingen. Han utvikler stadig nye ferdigheter i å regulere følelsene sine, forhandle på en god måte med foreldre, lærere og andre, og trives i større grad på skolen. Han har hatt noen vanskelige helger med for mye alkoholinntak, rømning til venner og konflikter med foreldrene, og slike helger vil fortsette å komme, men med mindre alvorlighetsgrad og foreldre som har funnet gode måter å møte han på.

Det Martin selv sier er den viktigste endringen, er at mamma og pappa støtter han, og at lærerne ikke er så kjipe lenger. Han er også glad for at han har flere venner. Foreldrene sier at det viktigste for dem var at Martin kunne være hjemme og gå på skolen uten at de var bekymret og kranglet med han så mye. De opplever at de i større grad vet hvordan de skal holde dialogen med Martin i gang, hvordan de skal møte utfordrende situasjoner, og hvordan de må stå sammen og støtte hverandre når ting blir vanskelig i perioder.

BEHANDLINGSRESULTATER

Behandlingseffekten med TFCO er undersøkt gjennom et betydelig antall studier, hvorav mange er randomiserte kontrollgruppestudier. Disse kan man lese mer om på www.tfcogon.com og www.nubu.no.

Det er i skrivende stund 72 familier som har fullført behandlingen i TFCO i Norge. Av disse 72 familiene er gjennomsnittsalderen for ungdommen 15 år, og det er likt fordelt mellom jenter og gutter. Syttitre prosent av ungdommene er tilbakeført til opprinnelsesfamilie fra plassering på akuttinstitusjon. Familiene følges opp 6, 12 og 18 måneder etter endt behandling. Oppfølgingsdataen viser at over 75 % av ungdommene som har fullført behandlingen, har fått hjelp, slik at de kan bo hjemme, gå på skolen og avstå fra rus, kriminalitet og vold.

AVSLUTNING

Det har de siste 20 årene vært en satsing i statlig barnevern på å etablere en kjede av familie-



Målet er at ungdommen og foreldrene i stadig større grad klarer å videreføre de endringene som er oppnådd i løpet av behandlingen, til sin egen hverdag



basert behandling for ungdom med alvorlige atferdsvansker. En viktig målsetting har vært å hindre at ungdom blir plassert utenfor hjemmet, slik at opprinnelsesfamilien kan fortsette å støtte ungdommens utvikling i sitt naturlige miljø med skole, fritidsaktiviteter og venner.

Sammen med Multisystemisk terapi (Henggeler et al., 2013) og Funksjonell familierterapi (Alexander et al., 2013) gir TFCO et differensiert behandlingstilbud for ungdom og familier med problemer av varierende grad og omfang.

I denne kjeden av behandlinger er TFCO utviklet som en alternativ institusjonsbehandling, der ungdommen altså flytter til et behandlingshjem, slik vi har beskrevet over, istedenfor å flytte til institusjon med flere ungdommer. Forskning har vist at institusjonsplassering av ungdom med alvorlige atferdsproblemer innebærer risiko for negativ påvirkning fra andre ungdom (Dishion et al., 1999), og dette unngår man ved plassering i et behandlingshjem. ✖

REFERANSER

- Alexander, J. F. Waldron, H. B., Robbins, M. S. & Need, A. A. (2013). *Functional Family Therapy for Adolescent Behavior Problems*. Washington D.C., US: American Psychological Association.
- Achenbach, T. M. & Rescorla, L. (2001). *ASEBA school-age forms & profiles*. Burlington: ASEBA.
- Chamberlain, P. (2003). *Treating Chronic Juvenile Offenders. Advances made through the Oregon Multidimensional Treatment Foster Care Model*. Washington DC: American Psychological Association.
- Chamberlain, P. & Reid, J. B. (1987). Parent observation and report of child symptoms. *Behavioral assessment, 9*, 97–109.
- Christensen, B. & Ervik-Jeannin, R. (2017). Treatment Foster Care Oregon. I H. Eng, S. K. Ertesvåg, I. Frønes & J. Kjøbli (red.), *Den krevende foreldrerollen* (s. 187–206). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Derogatis, L. R. (1994). *SCL-90-R: Administration, scoring and procedures manual* (3rd ed.). Minneapolis, MN: NCS Pearson.
- Dishion, T. J., McCord, J. & Poulin, F. (1999). When interventions harm. Peer groups and problem behavior. *American Psychologist, 54*(9), 755–764.
- Henggeler, S., Schoenwald, S., Borduin, C. M., Rowland, M. D. & Cunningham, P. B. (2013). *Multisystemisk terapi for barn og unge med alvorlige atferdsvansker*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Hoge, R. D. & Andrews, D. A. (2011). *Youth Level of Service Case Management Inventory 2.0 (YLS/CMI 2.0): User's manual*. Toronto, Canada: Multi-Health Systems

AKTUELT

Internasjonal anerkjennelse for behandling uten tvang

Både Verdens helseorganisasjon (WHO) og Europarådet har fått øynene opp for den norskutviklede terapiformen basal eksponeringsterapi (BET). I løpet av forsommeren innlemmer begge organisasjoner BET i kataloger som presenterer eksempler på rettighets- og recoveryorienterte behandlingsformer med vekt på frivillighet og autonomi.

- Vi som jobber med BET, setter selvsagt stor pris på anerkjennelsen. Vi håper det kan bidra til at norske politikere og ledere i helseforetakene ser nødvendigheten av å utvikle psykisk helsevern i mer recoverybasert retning.

Det sier Didrik Heggdal, psykologspesialist og faglig ansvarlig ved Seksjon for BET-behandling og utredning ved Vestre Viken Helseforetak.

BET har tidligere fått oppmerksomhet av FNs spesialrapportør for rettighetene til personer med nedsatt funksjonsevne, Catalina Devandas. Under et besøk til Norge i oktober 2019 fremhevet Devandas både BET-seksjonen på Blakstad sykehus og den medikamentfrie avdelingen ved Åsgård syke-

hus i Tromsø som eksempler på at det er mulig å yte psykiske helsetjenester uten tvang.

Ifølge BET er psykiske lidelser et resultat av unnvikelsesatferd. Pasientens problem betraktes som en fobi mot uønskede indre opplevelser. BET-pasientene frykter ikke bare følelser som sinne, skyld eller tristhet, men opplever at hele eksistensen står på spill. Løsningen ligger i eksponering. Metoden opererer grovt sett med tre byggesteiner:

- Forutsigbarhet i relasjoner mellom pasienten og behandlingsmiljøet
- Samarbeid basert på pasientens verdier, og enighet om felles mål og fordeling av arbeidsoppgaver (arbeidsallianse)
- Eksponering

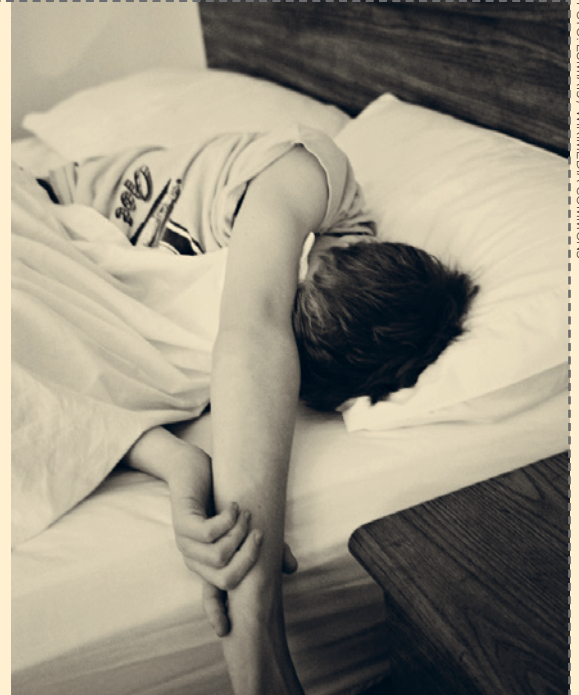
Søvnproblemer blant fosterungdom

Ungdom i fosterhjem er i høy risiko for søvnproblemer, viser ny forskning.

Forskere ved Universitetet i Bergen har undersøkt forekomsten av søvnproblemer blant fosterungdom, og hvordan denne problematikken henger sammen med potensielt traumatiserende hendelser. I sin studie inkluderte Lehmann og kolleger 299 ungdommer som er plassert i fosterhjem i Norge.

Søvnproblemer blant barn og unge er relatert til en rekke fysiske og mentale plager, i tillegg til redusert kognitiv fungering og lavere skoleprestasjoner. Forskerne peker på at det er spesielt relevant å se på søvnproblemer hos ungdom da dette er en periode da søvnproblemer øker generelt i befolkningen. Ungdom i fosterhjem er spesielt utsatt for utvikling av søvnproblemer knyttet til den økte forekomsten av stressende livshendelser, samt prevalensen av mentale lidelser i denne gruppen.

Over halvparten (53,2 %) av ungdommene rapporterer at de har vanskeligheter med innsovning og opprettholdelse av søvnen. Økt forekomst av potensielt traumatiserende hendelser, PTSD og andre mentale plager var assosiert med økning i søvnproblemer. De fant gjennom en mediasjonsanalyse at påvirkning av potensielt traumatiske hendelser på søvnproblematikk var delvis mediert gjennom effekten av generelle mentale helseplager. Lehmann og kolleger peker på at behandling som er rettet mot å redusere både symptomer på PTSD og generelle mentale plager, kan være med på å redusere den økte forekomsten av søvnproblemer hos ungdom i fosterhjem.



REFERANSE

Lehmann, S., Gärtner Askeland, K., & Hysing, M. (2021). Sleep among youths in foster care: Associations with potentially traumatic events, PTSD and mental health. *Child & Family Social Work*, 26(1), 111-121.

Ensomhetens utviklingsbaner

I en longitudinell norsk studie har forskere sett på hvordan ensomhet utvikles gjennom ungdomsårene og inn i tidlig voksen alder.

Førsteforfatter og forsker Tilmann von Soest ved Universitetet i Oslo har sammen med kolleger nøstet opp i faktorer assosiert med utvikling av ensomhet i ungdomsårene og tidlig voksen alder. Den longitudinelle norske studien har utforsket data fra 3116 deltagere i alderen 13 til 31 år. Forskerne koblet i tillegg selvrapportert informasjon med registerdata for å se på utfall i voksen alder.

Studien målte ulike aspekter ved ensomhet. Deltagerne ble spurt direkte om de følte seg ensomme (direkte ensomhet), i tillegg til at målinger av emosjonell og sosial ensomhet ble inkludert. På denne måten kunne forskerne avdekke den mangefasetterte ensomheten og hvordan de ulike «ensomhetene» utvikler seg over tid.

Fra de longitudinelle analysene avdekket forskerne at emosjonelle aspekter ved ensomhet økte gradvis fra tidlig ungdomsalder til inn i midten av tjuårene, mens trenden til sosiale fasetter ved ensomhet var nedadgående fra ungdomsalder og flatet ut i midten av tjuårene. Kvinner rapporterte mer ensomhet enn menn ved alle aldre når de ble spurt direkte om de følte seg ensomme, mens menn til sammenligning rapporterte høyere nivåer av sosial ensomhet, som refererer til individers tilgjengelige sosiale nettverk. Videre identifiserte studien at de som opplevde mer ensomhet, hadde større risiko for sykdom og lavere inntekt senere i voksen alder.



FOTO: UNIVERSITETET I OSLO

REFERANSE

Von Soest, T., Luhmann, M., & Gerstorf, D. (2020). The development of loneliness through adolescence and young adulthood: Its nature, correlates, and midlife outcomes. *Developmental psychology*, 56(10). <https://doi.org/https://dx.doi.org/10.1037/dev0001102>



FAGESSAY

Sosial nedstengning og suicidalitet hos ungdom

Under pandemien har ungdommer hatt færre sosiale arenaer de kan bruke til å bearbeide erfaringer og utvikle seg. En økning i antall ungdommer som blir innlagt på landets største barneavdeling i samme periode etter intoks, gjør oss bekymret.

TEKST Psykolog Silja Katrina Krøvel og psykolog Pia Victoria Lund, Avdeling for barn og unges psykiske helse, Barne- og ungdomsklinikken, Akershus universitetssykehus

Flere har i den siste tiden meldt sin bekymring rundt hvordan covid-19 og «nedstengningen» av samfunnet har påvirket ungdom. I april 2020 rapporterte Opinions koronamonitor for Røde Kors at hele 45 % av spurte ungdom mellom 16 og 24 år følte seg ensomme etter at livet hadde endret seg som følge av covid-19 (Røde Kors, 2020). Mental Helses Hjelpetelefon informerte om at det har vært 1630 flere unge under 26 år som har diskutert temaer som selvmord og spiseforstyrrelser i deres chattefunksjon sammenlignet med i fjor. Kirkens SOS har rapportert å ha fått mer enn 5000 telefoner fra unge

under 18 år fra 21. mars til 21. mai, og halvparten av ungdommene som ringte inn, hadde selvmordstanker (Fredriksen & Henschien, 2020). Disse rapportene understreker hvor viktig det er at det gjøres studier som ser på hvordan ungdom har blitt påvirket av koronatiltakene.

Som psykologer ansatt ved en psykisk helsevernhet på somatisk barneavdeling (Sykehus-BUP) møter vi ungdom som legges inn på sykehuset grunnet intoksikasjon (intoks) i selvskadende eller suicidal hensikt. I denne sammenheng refererer intoks til en overdose med legemidler. Oftest omfatter dette paracet, ibux eller

andre tabletter som ungdommen har tilgang til. Noen kombinerer også slike legemidler med alkohol eller narkotiske stoffer. Disse ungdommene blir vurdert for selvmordsrisiko av oss før utskrivelse. Ungdommene kommer fra hele Akershus universitetssykehus (Ahus) sitt opptaksområde til Barne- og ungdomsklinikken (BUK). BUK er landets største barneavdeling med behandlingsansvar for barn og ungdom fra Follo, Oslo-bydelene Alna, Gro-rud og Stovner og fra Romerike og Kongsvinger. Vårt kliniske inntrykk er at forekomsten av intoks har vært økende de siste årene, med en særlig økning det siste halve året under koronapandemien. Våre sosiale liv innskrenkes som følge av smittevernstiltakene, og ungdom synes å være en gruppe som har fått det spesielt vanskelig under disse omstendighetene. Vår kunnskap om ungdommens utviklingsoppgaver kan bidra til å generere hypoteser om hvorfor ungdommer ser ut til å være ekstra sårbare for sosial nedstengning.

En økende bekymring for ungdommenes psykiske helse under koronapandemien gjorde at vi i november 2020 undersøkte følgende spørsmål nærmere: Kunne vårt kliniske inntrykk av økt forekomst av ungdom innlagt med intoks bli gjenspeilet i avdelingens statistikk? Og kan utviklingspsykologisk kunnskap om ungdom tilby en forståelsesramme for deres sårbarhet for sosial nedstengning? Vårt hovedformål har vært å legge frem noen foreløpige tall på forekomst av intoks blant ungdom under koronapandemien i vårt opptaksområde, samt se dette fenomenet i lys av utviklingspsykologi.

METODE

Som en del av et kvalitetsforbedringsprosjekt i vår avdeling (2021_27_SKROVE) har vi undersøkt forekomsten av ungdom innlagt med intoks fra 2016 til 2020. Når ungdom legges inn på BUK med intoks, registreres de med diagnosekodene T4n: Forgiftning med terapeutiske legemidler og biologiske substanser eller T50.9: Andre og uspesifiserte legemidler og biologiske substanser, med bidiagnose X6n0: Villet egenskade i DIPS. Disse diagnosekodene ble benyttet i et elektronisk søk fra journalsystemet for å undersøke hvor mange pasienter som hadde blitt registrert med nevnte diagnoser i perioden 2016–2020. Vi har gjort sammenligninger i prevalens år mot år, samt måned mot måned per år. Vi har også regnet ut et gjennomsnitt på forekomsten per måned fra 2016 til 2020 for å sammenligne dette med forekomsten per måned i 2020. Kjønn og alder har også blitt undersøkt.

Forekomst

Resultatene viste at det har vært en økende forekomst per år av ungdom innlagt med intoks i suicidal eller selvskadende hensikt fra 2016 til 2020 (se tabell 1). Totalt var det en forekomst på 157 ungdommer med intoks, med en kjønnsfordeling på betraktelig flere jenter (89,2 %) enn gutter (10,8 %). Kjønnsforskjellen har vært stabil gjennom alle årene, med 0–5 gutter innlagt i året. Gjennomsnittsalderen har holdt seg relativt stabil gjennom alle årene (15,8 år). Oversikten viste høyere prevalens de tre siste årene sammenlignet med 2016 og 2017. Det har vært stor variasjon fra måned til måned i samtlige år. Året med høyest forekomst var 2020 ($n = 40$). Dette året lå over månedsgjennomsnittet for alle årene i juni til november, med unntak av september. Juni, juli, august og november hadde i tillegg en høyere forekomst totalt per måned sammenlignet med de foregående årene. Mars og september skilte seg ut i 2020, med betydelig færre tilfeller registrerte ungdom med intoks. Måneden med høyest forekomst i 2020 var november.



Vår kunnskap om ungdommens utviklingsoppgaver kan bidra til å generere hypoteser om hvorfor ungdommer ser ut til å være ekstra sårbare for sosial nedstengning





Uavhengig av hvem vi er, hvor vi er i livet, om vi trives i selskap med få eller mange, er vi sosiale vesener og grunnleggende avhengige av andre

TABELL 1 viser antall intoks per år fra 2016 til 2020:

År	N*	Gj.snitt alder (spenn)**
2016	23	15,7 år (14–18)
2017	23	16,0 år (11–18)
2018	36	15,4 år (12–18)
2019	35	15,7 år (12–18)
2020	40	16,0 år (13–18)
Alle år	157	15,8 år (11–18)

*Merk: Dataene ble innhentet i november 2020, og data for desember forelå ikke da undersøkelsen ble gjort. Data for desember er derfor fjernet i samtlige av årene.

**Kjønnfordelingen: 89,2 % jenter, 10,8 % gutter.

DISKUSJON

Fra 2016 til 2020 har forekomsten av ungdom som legges inn på BUK med intoks økt, og vi ser en særlig økning fra 2018. Vi finner dermed bekrefteelse på vårt kliniske inntrykk av at vi har møtt flere ungdommer som følge av intoks de siste årene. Dette samsvarer med tidligere forskning som har vist økt prevalens av selvskadende atferd hos ungdom (Tørmoen et al., 2020). Den betydelige kjønnsforskjellen med flere jenter er også i tråd med forskning, som peker på at jenters selvskadende atferd oftere krever medisinsk oppmerksomhet, mens gutter oftere gjør en mer indirekte og voldelig form for selvskading, som å oppsøke en slåsskamp (Laye-Gindhu & Schonert-Reichl, 2005).

Funnene som vi rapporterer mer spesifikt fra 2020, må tolkes med varsomhet, da utvalget er relativt lite og med betydelig månedlig variasjon gjennom alle årene. Vi kan ikke, basert på våre resultater, fastslå en økning av intoks i etterkant av at koronatiltakene ble innført. Samtidig tegner det seg et bilde som samsvarer med, og tallfester, en bekymring som har vært rapportert om fra flere hold som følge av koronapandemien. Vår kliniske opplevelse av høy forekomst det siste halve året i 2020 kan sies å delvis stemme, særlig i feriemånedene og november, som var tidspunktet vi bestemte oss for å ta ut tall. Diskusjonen vil i det videre hovedsakelig sentreres rundt forekomsten vi har sett i 2020, da undersøkelsens hovedformål er å bidra til økt kunnskap spesifikt knyttet til intoks i koronapandemien.

Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress publiserte i desember en omfattende rapport om vold, overgrep og psykisk helse blant ungdom i Norge våren 2020 (Hafstad & Augusti, 2020). Rapporten viste hvordan ungdom opplevde situasjonen i juni 2020. En av konklusjonene var at koronakrisen rammet ekstra hardt de ungdommene som i utgangspunktet hadde et hjelpebehov. De som tidligere hadde fått behandling for psykiske helseplager, opplevde størst byrde av bekymringer, psykiske plager, smerter, ensomhet og redusert livstilfredshet. Økningen i antall ungdom innlagt på BUK etter intoks siste halvår i 2020 virker å sammenfalle med påstanden om at ungdom som i utgangspunktet hadde et hjelpebehov, fikk det vanskeligere. Flesteparten av dem vi har møtt, hadde eller har hatt oppfølging i barne- og ungdomspsykiatrien, og en del også av barnevernstjenesten.

Mars 2020 skiller seg fra mars måned de tidligere årene, med betydelig færre tilfeller av registrert intoks. I fjor 12. mars stoppet samfunnet opp. De fleste oppholdt seg hjemme, skolene stengte, fritidsaktiviteter

ble satt på pause, helsetilbudet ble begrenset eller stanset i påvente av tilstrekkelig gode digitale løsninger. I denne perioden ble det meldt bekymring fra flere hold, blant annet barnevernet og helsetjenestene (psykisk helsevern og somatikk) om en nedgang i antall henvendelser (Skogstrøm & Ringnes, 2020). Våre data samsvarer med den rapporterte tendensen til nedgang i henvendelser til hjelpeapparatet i samme periode av pandemien. En undersøkelse av pandemiens innvirkning på selvskading, publisert i *The Lancet* i desember 2020, fant den samme tendensen. Studien viste en nedgang på 40 % i henvisninger om selvskade til liaison-psykiatrien i England de første seks ukene etter nedstengningen i mars (Kapur et al., 2020). Vi kan imidlertid ikke trekke noen slutninger om at våre data er relatert til nedstengningen.

Forekomsten i 2020 fra og med juni til november lå over gjennomsnittet for de samme månedene i 2016–2020. Særlig høyt lå november. Hafstad og Augusti (2020) påpekte i sin rapport at vi siden juni har gått inn i enda en «smittebølge», og at situasjonen nå kan være forskjellig fra hva deres rapport viste. Det presiseres at det derfor er viktig at vi fortsetter å undersøke hvordan krisen påvirker ungdom, samt sørger for at sårbare ungdommer blir fulgt opp. Våre resultater gir et bilde på hvordan forekomsten av intoks blant ungdom har artet seg også i den «andre smittebølgen». Tendensen til økningen vi har sett i denne perioden, gir grunn til bekymring for at ungdommene har fått det vanskeligere i denne tiden.

Nedstengningen av viktige sosiale arenaer synes å bidra til økt ensomhet blant sårbare unge. Bekkhus og kollegaer (2020) fant i sin studie av hvordan ungdom har det under covid-19, at de savnet fysisk kontakt med venner, og dette var assosiert med ensomhet og psykiske helseproblemer. Uavhengig av hvem vi er, hvor vi er i livet, om vi trives i selskap med få eller mange, er vi sosiale vesener og grunnleggende avhengige av andre. Å oppleve tilhørighet og kontakt med andre er viktig for oss (Baumeister & Leary, 1995). Fravær av kontakt og forbundethet med andre er kilde til ensomhet. Ensomhet opplever vi også når kontakten med andre er mindre enn vi selv skulle ønske. Den ensomme vil føle seg mer sårbar, ensomheten aktiverer kroppslige stresssystemer, og

den ensomme blir spesielt årvåken og oppmerksom på potensielle trusler (Hawkley & Cacioppo, 2010). Ensomhet virker negativt inn på livstilfredshet og helse (Støren et al., 2020). Ikke bare faktisk utestengelse, men også den subjektive opplevelsen av utestengelse eller fravær skaper tilsvarende stressreaksjon. Vi kan ikke fastslå noe om hvorvidt ungdommene vi har møtt etter intoks har kjent på ensomhet, men vi kan anta at det for noen har vært tilfellet, da de alle har fått sine sosiale arenaer innskrenket i perioder.

Fra et utviklingspsykologisk perspektiv kan man tenke seg at nedstengningen også rammer sentrale utviklingsoppgaver som er unike for ungdommer, og at dette er noe av årsaken til hvorfor de blir særlig sårbare for koronatiltakene. Løsrivelse og en gradvis bevegelse mot selvstendighet er en av disse utviklingsoppgavene. Betydningen av familien trer i bakgrunnen når vi blir tenåringer. Relasjonen til jevnaldrende og samspillserfaringer med dem blir viktigere. Vennereelasjoner mykner overgangen fra det å være beskyttet og ivaretatt av familien til plutselig å skulle stå på egne ben (Wrangsjö & Salomonsson, 2010). Ved å danne relasjoner utenfor familiens kjente rammer kan ungdommen øve seg på selvstendighet. En forutsetning for denne øvingen er at ungdommen oppholder seg på arenaer og deltar i aktiviteter utenfor hjemmet. Under pandemien har ungdommene blitt fratatt arenaene der de kan møte jevnaldrende, og som er sentrale for modning og utvikling. Når skoler og fritidsaktiviteter holdes stengt, risikerer ungdom å bli stanset i sin utvikling.

Identitetsutvikling er en annen viktig utviklingsoppgave for ungdom. Her er relasjonen til venner sentral. Venner deler gleder og sorger, opplevelser og erfaringer. Venner er noen å speile seg i som virkelig forstår, når de voksne «ikke skjønner noen ting» (Wrangsjö & Salomonsson, 2010). Ungdommer som har det vanskelig hjemme, kan få erfaringer med å bli tatt imot med støtte og forståelse i situasjoner der de ellers har møtt avvisning eller fravær. I samvær med venner kan man eksperimentere med det som ikke lar seg eksperimentere med i familien: roller, seksualitet, alkohol, klesstil eller lignende. Sosialt samspill med jevnaldrende gir muligheten til identifisering med andre enn foreldre. Tilgang til



Under pandemien har ungdommene blitt fratatt arenaene som er sentrale for modning og utvikling

andre verdier og væremåter gir anledning til å utvikle egne verdier, holdninger og preferanser. Slik kan ungdommen ta stilling til, i stedet for å direkte adoptere, familiens verdier og holdninger (Wrangsjö & Salomonsson, 2010). Når det sosiale livet må begrenses grunnet smittevern, kan man tenke seg at dette kan påvirke identitetsutviklingen negativt. Tilgangen til andres verdier og væremåte avhenger kanskje enda mer av det ungdommen ser via sosiale medier. Tar man videre med Bekkhus og kollegaers (2020) funn om at økt tidsbruk på sosiale medier var assosiert med en dårligere psykisk helse, kan vi bli ytterligere bekymret.

Livsbelastninger, vedvarende stress og manglende erfaringer er alle faktorer som utgjør en risiko for skjevutvikling eller stanset utvikling. Slike faktorer virker negativt inn på kapasiteten vi har til å tåle, og håndtere, senere belastninger (Nordanger & Baarud, 2017). Det er rimelig å anta at ungdommene som legges inn med intoks, har med seg negative erfaringer forut for overdosen, og at de dermed har en dårligere toleranse for nye stressorer. Eksempler på slike stressorer kan være at fritidsklubben stenges og lengre perioder med hjemmeskole. En nylig studie på 809 canadiske ungdommer viste at covid-19-relatert stress var assosiert med økning i villet egenskade (Robillard et al., 2021). Sammenhengen mellom de to ble mediert av vansker med emosjonsregulering. Den indirekte effekten av covid-19-relatert stress på villet egenskade, via emosjonsreguleringsvansker, var sterkere for ungdommer som fulgte råd om sosial distansering. Vansker med emosjonsregulering står ofte sentralt i problematikken til ungdom vi møter etter intoks. Denne studien kan således gi støtte til hypotesen om at ungdommene vi møter, har vært spesielt sårbare for stressorer forbundet med pandemien.

Ungdommer beskriver at selvskading kan ha ulike funksjoner, for eksempel å regulere vanskelige følelser. Selvskadingen kan også oppleves nødvendig for å uttrykke følelser og frustrasjon som det er umulig å sette ord på, et forsøk på å kommunisere (Stänicke, 2019). Ungdommer har under nedstengningen blitt frarøvet sosiale arenaer der de kan få utløp for samt bearbeidet vanskelige følelser og erfaringer. Når muligheten til deling av det smertefulle innskrenkes, blir ungdommene mer overlatt til seg selv og må ta i bruk andre strategier for å håndtere det uhåndterlige. Dette øker vår bekymring, spesielt for de ungdommene som strevde psykisk forut for pandemien.

Styrker og begrensninger

Vårt arbeid inneholder utelukkende deskriptiv statistikk. Vi kan ikke si noe om hvorvidt observert økning i forekomst av ungdom innlagt med intoks er direkte relatert til nedstengningen av ungdommens sosiale arenaer. Det ville styrket undersøkelsen om vi kunne rapportere noe om bakgrunnen for handlingen til de aktuelle ungdommene. Samtidig understreker vår undersøkelse behovet for forskning som ser på hvordan den sosiale nedstengningen bidrar til dårlig psykisk helse blant ungdom. Vi trenger mer kunnskap om hvordan vi kan bevare arenaer der ungdom får anledning til bearbeidelse, modning og utvikling, innenfor rammene av smittevern.

KONKLUSJON

Vår undersøkelse viste en tendens til økning i antall ungdommer innlagt etter intoks i selvskadende eller suicidal hensikt det siste halve året

i 2020. Denne tendensen mener vi er viktig at blir belyst i debatten rundt hvordan ungdommen har det under koronapandemien. Vi kan ikke konkludere med at økningen henger direkte sammen med nedstengningen. Samtidig gjør tallene oss bekymret når vi ser dem i sammenheng med utviklingspsykologisk kunnskap, forskning på covid-relatert stress og rapporter fra det øvrige hjelpeapparatet.

Ungdomstiden inneholder mange viktige utviklingsoppgaver. Vi har valgt å fremheve identitetsutvikling og løsrivelse. Den sosiale nedstengningen er til hinder for møter med jevnaldrende, noe som er en forutsetning for dette utviklingsarbeidet. Når møtene med jevnaldrende begrenses, får ungdommene også frarøvet viktige muligheter for å bearbeide sine indre opplevelser og inntrykk. ✖

REFERANSER

- Bekkhus, M., Tilmann Von, S. & Fredriksen, E. (2020). Psykisk helse hos ungdom under covid-19 – Ensomhet, venner og sosiale medier. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 57(7). <https://psykologtidsskriftet.no/vitenskapelig-artikkel/2020/06/psykisk-helse-hos-ungdom-under-covid-19>
- Baumeister, R. F. & Leary, M. R. (1995). The need to belong: Desire for interpersonal attachments as a fundamental human motivation. *Psychological Bulletin*, 117(3), 497–529. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.117.3.497>
- Fredriksen, I. & Henschien, S. (2020, 2. juni). Opplever enorm økning i henvendelser om selvmord fra barn og unge: Mange tusen barn og unge har de siste ukene kontaktet hjelpetjenester og fortalt at de har selvmordstanker. *TV 2*. <https://www.tv2.no/a/11470874/>
- Hafstad, G. S. & Augusti, E.-M. (2020). *Barn, ungdom og koronakrisen. En landsomfattende undersøkelse av vold, overgrep og psykisk helse blant ungdom i Norge våren 2020* (Rapport nr. 2/2020). Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress. https://www.nkvts.no/content/uploads/2020/12/Rapport_2-20.pdf
- Hawkey, L. C. & Cacioppo, J. T. (2010). Loneliness matters: A theoretical and empirical review of consequences and mechanisms. *Annals of behavioral medicine*, 40(2), 218–227. <https://doi.org/10.1007/s12160-010-9210-8>
- Kapur, N., Clements, C., Appleby, L., Hawton, K., Steeg, S., Waters, K. & Webb, R. (2020). Effects of the COVID-19 pandemic on self-harm. *The Lancet Psychiatry*, 8(2). [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30528-9](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30528-9)
- Laye-Gindhu, A., & Schonert-Reichl, K. A. (2005). Nonsuicidal self-harm among community adolescents: Understanding the “whats” and “whys” of self-harm. *Journal of youth and Adolescence*, 34(5), 447–457. <https://doi.org/10.1007/s10964-005-7262-z>
- Nordanger, D. & Baarud, H. C. (2017). *Utviklings-traumer: Regulering som nøkkelbegrep i en ny traumepsykologi*. Fagbokforlaget.
- Robillard, C. L., Turner, B., Ames, M. E. & Craig, S. (2021). Deliberate Self-Harm in Adolescents During COVID-19: The Roles of Pandemic-Related Stress, Emotion Regulation Difficulties, and Social Distancing. <https://doi.org/10.31234/osf.io/fy7av>
- Røde Kors. (2020, 23. april). *Unge føler seg mer ensomme under pandemien*. <https://www.rodekors.no/om/presse/pressemeldinger/unge-foler-seg-mer-ensomme/>
- Skogstrøm, S. & Ringnes, T. (2020, 30. mars). Fire av ti barnevernstjenester får inn færre bekymringsmeldinger enn før: 64 av 226 barnevernstjenester landet rundt sier de kjenner til barn som har behov for hjelp fra barnevernet, men som nå ikke får det. *Aftenposten*. <https://www.aftenposten.no/norge/i/OnynjJ/fire-av-ti-barnevernstjenester-faar-inn-faerre-bekymringsmeldinger-enn-f>
- Stänicke, L. I. (2019). *Selvskading og ungdomstidens utfordringer: om å unngå og uttrykke det vanskelige* (Barn i Norge 2019. Årsrapport om barn og unges psykiske helse). Voksne for barn 1/2019. https://www.vfb.no/app/uploads/2020/04/WEB_BiNrapporten2019.pdf
- Støren, K. S., Rønning, E. & Gram, K. H. (2020). *Livskvalitet i Norge 2020* (Statistisk sentralbyrå rapport nr. 35/2020). https://www.ssb.no/sosiale-forhold-og-kriminalitet/artikler-og-publikasjoner/_attachment/433414?_ts=17554096418
- Tørmoen, A. J., Myhre, M., Walby, F. A., Grøholt, B. & Rossow, I. (2020). Change in prevalence of self-harm from 2002 to 2018 among Norwegian adolescents. *European Journal of Public Health*, 30(4), 688–692. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckaa042>
- Wrangsjö, B. & Salomonsson, W. M. (2010). *Tonårstid: Utvekkling, problem och psykoterapeutisk behandling*. Natur & Kultur.



Psykologen som hybrid leder

Tolv år som sykehusdirektør har gitt rikelig anledning til å prøve og feile som leder. Her er ti viktige erfaringspunkter.

Psykologforeningen ønsker flere psykologer inn i lederstillinger. Det reiser spørsmål om hva som er psykologifagets ledelsesperspektiv, og ikke minst hvilke eventuelle fortrinn det har i forhold til andre ledelsesperspektiver (Gloppen, 2020). I utgangspunktet stiller dette perspektivet på linje med andre profesjonsbaserte eller teorifaglige ledelsesperspektiver, som alle har sine begrensninger og sterke sider. Det eksisterer i dag ikke en enkel ledelsesmodell som sammenfatter det vell av forskningskunnskap som finnes om ledelse og organisasjon. *Bass Handbook of Leadership* (Bass, 2008), et standardverk med en omfattende oppdatering av metoder og teori innenfor ledelsesfeltet, har over 10 000 henvisninger og redegjør for 5–8 alternative perspektiver på ledelse. Konklusjonen er at ingen har foreløpig oppskriften på hva som er god ledelse, det fins ingen fasit. Det er et stort spillerom for ulike typer lederatferd så lenge medarbeidere og oppdragsgivere opplever den som nyttig og verdiskapende, og at en leverer forventede resultater (Jacobsen & Thorsvik, 2019).

Ledelsesforskningen er lenge blitt kritisert for at det er for stor avstand mellom ledelse som vitenskapelig disiplin og det som kalles for praktisk ledelse (Klev & Vie, 2014). Ledere sliter således med å se sammenhengen mellom teoretiske beskrivelser av ledelse og den praksis de opplever i hverdagen. Det peker på behovet for en praksisempiri der ledere selv bidrar med refleksjoner, fortellinger og omtale av egen lederpraksis. Helseforetakene, som inkluderer sykehusene, er psykologenes største arbeidsplass. Jeg vil i denne artikkelen formidle noen erfaringer som leder av Diakonhjemmet Sykehus i Oslo i perioden 2002–2013.

MIN BAKGRUNN

Jeg ble utdannet som psykolog i 1976 og gikk tidlig inn i ledelse, først som leder av bistandsprosjekter i Guatemala (Skjørshammer, 1984), senere som fag- og mellomleder i høyskolesektoren, og som studierektor for videreutdanning i «Organisasjon og ledelse» for ledere i helse- og sosialsektoren. Erfaringene mine fra disse undervisnings- og lederrollene tydeliggjorde at jeg trengte et bredere perspektiv på organisering av helsetjenester enn det psykologifaget representerte. Det resulterte i at jeg tok en Master of Public Health og senere doktorgrad i Folkehelsevitenskap med en avhandling om «Cooperation and conflict in health care» (Skjørshammer, 2002).

Jeg har i løpet av 12 år som sykehusdirektør hatt rikelig anledning til å utøve, prøve og feile i, praktisk ledelse. Det følgende er ti viktige erfaringspunkter.

1. Pasienten først og sist

Sykehus og helseforetak er først og fremst til for å behandle og lindre pasienters sykdom, lidelse og smerte. Dernest er det en arbeidsplass og viktig utdannings- og forskningsarena. Men det er «Pasienten først!», som det heter i en viktig utredning fra 1997. Vi kunne også lagt til pasienten sist, og i dette mellomrommet ligger ansattes faglige kompetanse. Sykehus klarer ikke å gjøre mer for pasienter enn det ansatte har kompetanse, ferdigheter, kunnskaper og tid til. Derfor er det nødvendig for ledere å monitorere kompetansesituasjonen, og sørge for videreutdanning og at personalet er i front innenfor virksomhetens domene. Kompetanse er alfa og omega; sykehus verken kan eller bør gjøre noe de ansatte ikke har kompetanse til. I denne samhandlingen mellom pasienter og

TEKST Morten Skjørshammer, DrPH, organisasjonspsykolog, førsteamanuensis emeritus VID.

KONTAKT morten@mohawkconsulting.no

ILLUSTRASJON
Steph Hope





På samme måte som
 klinikere må elske sine
 pasienter, må ledere
 elske klinikk!

helsearbeidere er det viktig å ha in mente at sykehus tradisjonelt har vært «totale institusjoner», blant annet karakterisert av en svak og passiv pasientrolle. Særlig er det viktig at det er en ledelse med like sterk lojalitet til pasienters interesser som til ansattes.

2. Sykehus er hybride organisasjoner som krever hybrid ledelse

Forut for spørsmålet om hva som er god ledelse, går spørsmål som: Hva slags organisasjon er det som skal ledes? Hvilke oppgaver er den satt til å løse? Hvilke krav gjelder for virksomheten? Hvilke ressurser disponerer den, og hva er de ansattes kompetansegrunnlag? Det er først når slike spørsmål er avklart, at det gir mening å spørre om hva som er god og fornuftig ledelse.

Sykehus er komplekse kunnskapsorganisasjoner som er vanskelig å forstå og krevende å styre. Et sykehus er ikke én organisasjon, men en hybrid organisasjon som består av krysninger eller sammenkoplinger av fire forskjellige underliggende organisasjoner eller «verdener» (Glouberman & Mintzberg, 2001):

- Den biomedisinske (domineres av legeprofesjonen)
- Pleie og omsorg (domineres av sykepleieprofesjonen og annet helsepersonell)
- Administrasjon og ledelse (ledere, sykehusadministrasjon)
- Lokalsamfunn (kommunehelsetjeneste, lokal politikk og administrasjon)

Disse fire «verdenene» har ulike oppgaver, domineres av ulike faglige rasjonaliteter i form av språk og tankesett, og har ulike måter å organisere seg på. Mellom verdenene er det kløfter, særlig mellom sykehusledelse og de helseprofesjonelle, men også mellom den biomedisinske verdenen og sykepleieverdenen, der ledere og ansatte må finne måter å balansere disse ulike rasjonalitetene på i forhold til hverandre (Berge et al., 2016). Det krever hybrid ledelse med vekt på tverrfaglig kommunikasjon og utvikling av felles språk og virkelighetsforståelse (Byrkjeflot & Kragh Jespersen, 2014). Vi ser hvor krevende det er i diskusjonen om new public management og spørsmålet om hvordan helsesektoren bør struktureres og styres.

3. Ledelse i forlengelse av administrasjon og underlagt virksomhetsstyring

Overraskende mye ledelse ligger i forlengelse av nødvendig daglig administrasjon på den ene siden og av offentlig definert virksomhetsstyring på den andre siden (Skjørshammer et al., 2012a). Det har økt stort i omfang de senere årene og begrenser ledelsesrommet, noe som kommer overraskende på nye ledere. Sykehusene styres nå av 50 lover, 130 forskrifter, årlige oppdragsdokumenter, som for Helse Sør-Øst sist år var på 15 sider, 11 offentlig tilsynsetater som følger opp virksomhetene og et relativt komplisert økonomisk styringssystem. Mye ledelse består således i oppfølging og iverksettelse av styringskrav. Når det gjelder økonomi, finnes det få om ingen muligheter til å arbeide på inntektssiden, alle nye kostnader og innsparingskrav må tas via utgiftssiden. Det er de færreste ansatte som ser på effektiviserings- og nedskjæringskrav som spennende faglige oppgaver. For klinikere oppleves disse kraveneutelukkende å gå på bekostning av kvaliteten i behandling og pleie.

Mellom styringskrav og administrasjon ligger det imidlertid et stort åpent rom for ledelse. Det er det som dreier seg om innovasjon og forbe-

dring av arbeidsprosessene. Her spiller lederen en avgjørende rolle i tilrettelegging og oppfølging av kreative arbeidsprosesser som ernærer gode ideer, innspill og engasjement fra ansatte (Berge et al., 2016).

4. Ledelse er alltid kontekst- og situasjonsbetinget

All helseledelse foregår på kort sikt innenfor grenser satt av velferdsstatens rammebetingelser og den gitte helsepolitiske situasjonen. Det er en løpende oppgave for ledere å holde seg à jour med hva som skjer i omgivelsene, og oversette eksterne krav og forventninger til det indre liv i organisasjonen. De må praktisere aktiv analyse av kontekst og situasjoner, og vurdere om det bør initieres ad hoc-tiltak eller endringsprosesser. At lederteamet fungerer er avgjørende for å klare det på en god måte og for å kompensere for lederens svakere eller manglende kompetanseområder. For psykologer som ledere i helsesektoren kan det være at de har begrensede «kroppskunnskaper» og svakt utviklet tverrfaglig helseperspektiv som kan være en ulempe når ulike fagrasjonaliteter skal knyttes sammen. I mange sammenhenger har psykologer vært sterke forkjempere for eget fagperspektiv og faglighet. En leder med psykologbakgrunn kan således lett oppfattes mer som en solist enn lagspiller og derved ikke fungere tilstrekkelig samlende som leder.

Store deler av ledelsesfunksjonene i sykehus ivaretas av fagprofesjonelle gjennom egne autoriserte fag- og ansvarsområder. De formelle lederne er således ikke de eneste som utøver ledelse. Profesjonelle medarbeidere med høy fagkompetanse og høy faglig status har ofte stor innflytelse. For å kunne bli handlingsdyktig som leder er det nødvendig å bli godt kjent med ikke bare den formelle delen av organisasjonen, men også den uformelle med sine persongallerier av uformelle ledere og opinionsdannere. Til sammen utgjør disse det som ofte kalles for «den dominerende allianse», en blanding av innflytelsesrike formelle og uformelle ledere. Det er aktører som helst bør være med på laget, og som en i hvert fall må unngå å ha som motstandere, for å gjennomføre endrings- og utviklingsprosesser. De fleste slike prosesser tar tid. Lederen må ha bygd seg opp tilstrekkelig tillits- og troverdighetskapi- tal når det gjelder «den dominerende allianse», som matcher størrelsen på det som skal oppnås. Lederen er

avhengig av en image som gjør det troverdig at dette får vi til. De fleste helsearbeidere er skeptiske til de store endringene, de har dårlige erfaringer med at utbyttet ikke står i forhold til innsatsen. Så jo mindre biter endringer kan deles opp i, jo bedre er det.

5. Oppfølging av konflikter

Arbeidsdagen i en helseorganisasjon vil over tid være full av faglige uenigheter, endog disputter, som finner sine mer eller mindre tilfredsstillende løsninger, stort sett i form av kompromisser. Slike uenigheter er positive utvekslinger som driver arbeidet fremover. Konflikter oppstår når de vanlige og innarbeidede mekanismene for problemløsning i organisasjonen ikke lenger fungerer eller gir utilfredsstillende resultat, og det skapes negative vedvarende følelser mellom partene. Det kan få ødeleggende innvirkninger på arbeidsmiljøet og redusere arbeidsprestasjonene og kvaliteten på behandlings- og omsorgsarbeidet. En viktig lederoppgave er å sørge for at det tas tak i konflikter, og at en forbedrer virksomhetens evne til å arbeide systematisk med konflikthåndtering. Enhver helseorganisasjon trenger et program for konflikthåndtering i tillegg til påkrevde varslingsrutiner. Et slikt program inneholder oversikt over virksomhetens prosedyrer for konflikthåndtering, redegjør for ulike metoder og veiledningstilbud og iverksettes gjennom et undervisningsprogram for alle ledere. Mottoet må være at «en liten konflikt er begynnelsen på en god løsning», og at ansatte lærer seg hvordan de kan være rykende uenige uten at samarbeidet lider (Skjørshammer, 2002).

6. Verdier i praksis

Jo mer det snakkes om økonomi, effektivisering og produktivitet, jo mer må det snakkes om verdier og hvorfor sykehuset er til. Sykehus er ikke til for å tjene penger, men for å behandle pasienter og lindre smerte, der økonomi er et virkemiddel og ikke et mål i seg selv (Skjørshammer et al., 2012a). De ansatte er opptatt av organisasjonsetikken og hverdagsverdiene som de ønsker å realisere i praksis. De fleste har valgt sin yrkesutdannelse fordi de ønsker å gjøre en innsats for andre mennesker, og det vil være feil om sykehuset ikke ernærer denne moralske siden av arbeidsmotivasjonen. Verdier er også viktig for pasienter og pårørende, og signaliserer hvordan de kan forvente å bli behandlet. For mange er det helsevesenet som i



siste instans definerer deres menneskeverd. En sykehusinnleggelse eller et møte med helsevesenet handler således om mer enn hjelp til hel-seplager. Det handler også om å bekrefte pasien-terens menneskeverd. Helsevesenet mangler ikke gode verdier, men det er en leders oppgave å sørge for at de holdes oppe, og at en reflek-terer over hvordan de realiseres i arbeidshver-dagen. Det vil uunngåelig oppstå kollisjoner mellom ulike verdier, noe vi ser stadig mer av i dag mellom økonomiske og behandlingsfag-lige verdier. Her må ledere engasjere seg for å prioritere og mediere mellom verdier (Skjørshammer & Aadland, 2009).

7. Skal vi få et bedre helsevesen, må planleggingen forbedres

«Hvordan kan det være så godt og dårlig under samme tak?» var tittelen på en sykehusutredning noen år tilbake, der blant annet pasient-logistikken ble beskrevet som et «uforutsigbart eventyr». Mye organisasjonsplanlegging har bedret seg siden den gang, men fremdeles gjelder det at planleggingsprosessene må forbedres innenfor de begrensninger som følger av manglende kunnskap og usikkerhet om det som skal planlegges (Skjørshammer, 2004). Det gjelder å finne frem til det optimale omfang av planlegging, verken for mye eller for lite på ulike sam-handlings- og koordineringsområder. Det synes fremdeles å være en stor ubalanse mellom resursbruken som går inn i turnusplanlegging, sammenliknet med pasientplanlegging. Det er også mangelfull kopling mellom ulike planleggingsaktiviteter, særlig årsplanleggingen med konkretisering av aktiviteter og budsjett, og hvordan det som planlegges, kan bidra til å realisere ønskede verdier-i-praksis. Her er det en lederoppgave å kunne gjennomføre det under overskriften «verdibevisst virksomhetsledelse».

Mye planlegging og koordinering, og ikke minst problemene som oppstår når disse funksjonene svikter, foregår på ulike møtearenaer. Møter er en viktig ledelsesarena for å ivareta behovene for informasjon og kommunikasjon, ta beslutninger og ikke minst for å utvikle felles «mind set». Men møter representerer en stor resursinnsats i form av arbeidstid. Dessverre har «møter» et dårlig rykte og bør jevnlig vurderes med henblikk på hvordan de fungerer. Det gjelder alt fra å gjennomgå hvilke møter som er nødvendig å ha, hvem som skal delta, hva som er formålet og agendaen, om det varer for lenge eller

for kort og ikke minst hvordan møter ledes. Her trenger lederen å være et forbilde ved å sørge for at det blir sendt ut innkallinger med agenda, at møter begynner og slutter til riktig og fastsatt tid, og at kommunikasjonen dreier seg om det som er møtets hensikt. Lederen bør ha en ambisjon om «alltid å være best forberedt» til sine møter.

8. Ledelse «by walking around»

Ledelse «by walking around» ble formulert på 1970-tallet og er fremdeles en gyldig metode. Det kan gjøres slentrende og uplanlagt gjennom en avdeling eller arbeidsenhet. Det gir anledning til å se og høre mye som ellers ikke dukker opp i møter og formelle sammenhenger. Problemet for ledere er at det tar tid, ansatte kommer bort til deg, og du får greie på noe du kanskje ikke ønsket, eller høre om en ny utfordring eller ide du kunne vært foruten. Men småpratene som følger med, åpner opp for å kople seg nærmere på virksomhetens uformelle kommunikasjonsdomene, med sine rykter og løsere omtaler om hvordan det står til og hva som skjer (Skjørshammer, 2017). Vesentlig er det også at det reduserer avstanden til leder.

En annerledes og mer systematisk variant av dette ble utviklet på Diakonhjemmet og kalt for «kommunikasjonsrevisjon». Det er et «gå-observere-samtale»-opplegg som representerer en krysning av «walking around» og metoder kjent fra kvalitetsarbeidet på oljeplattformer i Nordsjøen (Skjørshammer, 2010). Den gjennomføres som en svært langsom spaser-tur gjennom en avdeling eller post, der lederen sammen med utvalgte deltakere fra arbeids-enheten praktiserer aktiv observasjon, kommenterer det de ser, sjekker ut og spør hver-andre vedrørende egne visuelle observasjoner, noterer seg følelser og det estetiske inntrykk. Deltakerne oppmuntres til å ta et rent pasient/pårørende-perspektiv og gjerne anlegge et kritisk blikk. Dernest lager man en handlingsplan som følges opp. Opplegget gir også en inngang til organisasjonens uformelle sider.

9. Emosjonelt arbeid

Sykehus er emosjonelle organisasjoner, der det å ivareta og bearbeide følelser er en viktig del av arbeidet. Det gjelder særlig pasienters og pårørendes følelser knyttet til innleggelse og behandling, men også ansattes følelser er sentralt. Det å kunne fungere profesjonelt innebærer på den ene siden å ta imot og bearbeide alle

typer følelser som følger av pasientkontakten, og på den andre siden bearbeide sine egne følelsene som oppstår i dette møtet og i samarbeidet med kolleger. Dersom man ikke klarer å takle disse følelsene, kan det få negative konsekvenser for personlig fungering og arbeidsinnsats. En del av jobben er således emosjonelt arbeid som i hovedsak innebærer å snakke om følelser med pasienter, pårørende og kolleger. I slike sammenhenger er de instrumentelle fagspråkene oftest utilstrekkelige med sin vektlegging av rasjonalitet og handling. Her kan estetisk kommunikasjon gjennom visuell kunst og poesi være til hjelp. Det åpner opp der fagspråkene ikke når frem, og setter ord på det vi ikke helt skjønner, men fornermer (Skjørshammer, 2010, 2012b).

10. Ledere må elske klinikk!

På samme måte som klinikere må elske sine pasienter, må ledere elske klinikk! Det er her i

møtet mellom pasienter og behandlingspersonell at sykehuset realiseres. Det er her «sannhetens øyeblikk» om virksomheten ligger: et mantra som hele tiden må gjentas.

Hvordan settes så psykologer i stand til å lede på en god måte? På samme måte som for psykologifaget for øvrig dreier det seg langt på vei om å ha god translasjonskompetanse. Det vil i sykehus si evnen til å tilegne seg og oversette kunnskap om helseledelse, helsearbeid og organisering av helsetjenester til praktisk ledelse i arbeidshverdagen, og reflektere over hensiktsmessigheten av egen lederatferd i slike sammenhenger. Det gjelder å være tett på virksomheten, kommunisere bredt, løse problemer og flaskehals, stimulere til engasjement og være til nytte. Det hele bør være båret oppe av grunnleggende holdninger preget av samarbeid, respekt, høflighet og generøsitet, alt kledd i en adekvat estetisk lederstil. ❌

REFERANSER

- Bass, B. M. (2008). *The Bass handbook of leadership. Theory, research, and managerial application (4th edition)*. New York: Simon & Schuster.
- Berge, T., Ekern, P., Fjerstad, E., Hyldmo, I., Lang, N. & Skjørshammer, M. (2016). Supplere, ikke konkurrere: Hvordan skal vi innpasse klinisk helsepsykologi i sykehusets organisasjon og tjenestetilbud? *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 53, 358–365.
- Byrkjeflot, H. & Kragh Jespersen, P. (2014). Three conceptualizations of hybrid management in hospitals. *International journal of public sector management*, 27(5), 441–458.
- Gloppen, K. J. (2020). Psykologisk ledelse. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 57, 898–904.
- Glouberman, S. & Mintzberg, H. (2001). Managing the care of health and the cure of disease. Part I: Differentiation. *Health Care Management Review*, 26, 56–69.
- Jacobsen, D. I. & Thorsvik, J. (2019). *Hvordan organisasjoner fungerer* (5. utg.). Bergen: Fagbokforlaget.
- Klev, R. & Vie, E. (2014). *Et praksis-perspektiv på ledelse*. Oslo: Cappelen Damm Akademisk.
- Skjørshammer, M. (1984). Psykologen som deltager i utviklingsprosjekter i 3. verden. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 21, 252–258.
- Skjørshammer, M. (2002). *Getting to cooperation: Conflict and conflict management in a Norwegian hospital*. Gøteborg: Nordic School of Public Health.
- Skjørshammer, M. (2004). *Bedre planlegging i helse-sektoren*. Kristiansand: Høyskoleforlaget.
- Skjørshammer, M. & Aadland, E. (2009). Verdirefleksjoner i helsetjenesten: noen erfaringer fra Diakonhjemmet Sykehus. I T. Uhlig & K. B. Hagen (red.), *Revmatologisk forskning for pasienten. Festskrift til professor Tore Kvien* (s. 6–13). Diakonhjemmet Sykehus.
- Skjørshammer, M. (2010). Sanselige sykehus – Om betydningen av arkitektur, visuell kunst og estetikk. I A. Finset, F. Wisløff, J. E. Jacobsen & L. Fyrand (red.), *Utfordring og mulighet: en helsetjeneste i endring* (s. 123–133). Oslo: Unipub.
- Skjørshammer, M., Wenaas, V. T., Frafjord, A. M. & Hyde, A. (2012a). Verdibasert virksomhetsledelse – kan verdier og resultatstyring kombineres på en troverdig måte? I E. Aadland (red.), *Ledelse i diakonale virksomheter* (s. 109–129). Oslo: Akademika forlag.
- Skjørshammer, M. (2012b). *Gjennom sykehuset: En poetisk guide til Diakonhjemmet Sykehus*. Oslo: Diakonhjemmet Sykehus.
- Skjørshammer, M. (2017). Småprat, sladder og rykter på arbeidsplassen – utfordringer og muligheter for verdibevist ledelse i praksis. I E. Aadland & H. Askeland (red.), *Verdibevist ledelse* (s. 245–260). Oslo: Cappelen Damm Akademisk.

ORIGINALARTIKKEL

TIDSSKRIFT FOR NORSK PSYKOLOGFORENING 2021 VOL. 58 NR. 6 S. 484–491 DOI: <https://doi.org/10.52734/P43yN32q>

Psykologer i kommunen: En kartlegging av tjenester for barn og unge med psykiske vansker

Siri S. Helland¹, Kristian Rognstad¹, John Kjølbli^{1,2}, Anneli Mellblom¹ og Agathe Backer-Grøndahl³

Frontline Psychologists: A mapping of services for children and adolescents with mental health problems

¹ Regionssenter for barn og unges psykiske helse Sør og Øst

² Institutt for pedagogikk, Universitetet i Oslo

³ Nasjonalt utviklings-senter for barn og unge

KONTAKT

Siri.Helland@r-bup.no

MERKNADER

Forfattere oppgir som mulig interessekonflikt at Mestringskatten, som omtales i artikkelen, er evaluert av RBUP (ikke av forfatterne).

Background: Frontline mental health services for children and adolescents are receiving increased attention, and all Norwegian municipalities were required to hire a clinical psychologist by 2020. However, we know little about what role clinical psychologists have taken in frontline services in terms of the content of their service or how they differ from other frontline practitioners.

Objective: The objective was to investigate what types of problems children and adolescents who receive help from frontline psychologists have, what type of help is being offered, what improvements are needed, and how the services provided by psychologists differ from those of other frontline service providers.

Method: The current study is based on reports from 139 psychologists and 832 other professionals working with children and adolescents in frontline services.

Results: The psychologists report emotional struggles and challenging life situations to be the most common problems among their service users. Most of the interventions delivered by psychologists are provided at individual level rather than at group or population level. Compared with other frontline practitioners, psychologists more often include parents in sessions with children and adolescents. Both psychologists and other professionals report a need for increased collaboration across services.

Implications: The results suggest that improvements could involve strengthening collaboration between frontline and specialist services.

Key words: child and adolescent mental health, frontline services, clinical psychologists

Psykiske helsevansker hos barn og unge er en av de største folkehelse- og forebyggingsutfordringene i norske kommuner (Helse- og omsorgsdepartementet, 2019). I tråd med dette har det pågått en økt satsing på psykisk helsehjelp for barn og unge: Antall helsesykepleiere på helsestasjonene øker, kompetanseheving er satt i gang i kommunalt barnevern, og alle kommuner skal ha en kommunepsykolog på plass. De kommunale førstelinjetjenestene har et økt ansvar for barn og unges psykiske helse, men tjenestene er fragmenterte, og det er stor variasjon i innholdet. Dette har gjentatte ganger blitt kritisert av FN's barnekomite (Barne-, likestillings- og inkluderingsdepartementet, 2010; United Nations, 2018). For å sikre kvalitet i videreutviklingen trenger vi å vite mer om det generelle tjenestetilbudet, og hvilken rolle psykologene har inntatt i disse tjenestene.

I utgangspunktet skal kommunene ha ansvar for å hjelpe befolkningen med psykiske problemer som er av mild og kortvarig karakter, og dette omtales ofte som lavterskeltilbud, mens mer alvorlige eller langvarige problemer skal spesialisthelsetjenesten ha ansvaret for (Helsedirektoratet, 2014). Det er estimert at rundt 58 000 pasienter er i kontakt med det spesialiserte psykiske helsevernet for barn og unge (BUP) årlig, noe som tilsvarer fem prosent av barne- og ungdomsbefolkningen (Helsedirektoratet, 2018). BUP opplever mange steder et økt press, noe som kan være en av årsakene til at flere med alvorlige, langvarige lidelser blir et kommunalt anliggende (Ose et al., 2018). De vanligste vanskene blant barn og unge som er i kontakt med BUP, er ADHD-problematikk, etterfulgt av angstlidelser, tilpasningsforstyrrelser, autismespekterforstyrrelser og depresjon (Reneflot et al., 2018). Vi mangler imidlertid tall for hvilke vansker som er vanlige hos barn og ungdom som er i kontakt med førstelinjetjenesten.

Kommunalt psykisk helse- og rusarbeid omfatter forebyggende arbeid, hjelp med lette og moderat alvorlige problemer, kartlegging og utredning, identifisering av mer alvorlige vansker som skal henvises videre, rehabilitering, oppfølging og skadereduksjon (Helse- og omsorgsdepartementet, 2019). Det finnes mange ulike programmer, kurs og tiltak som brukes i norske kommuner, som i ulik grad er kunnskapsbaserte (Martinussen et al., 2020). Det er også stor variasjon i hvilke kartleggingsverktøy som blir brukt og kvaliteten på disse (Paap et al., 2018), og kommunene rapporterer om behov for gode verktøy i arbeidet med barn og unges psykiske helse (Helse- og omsorgsdepartementet, 2019).

Ifølge Helsedirektoratet er det et uttalt mål at kommunene skal benytte psykologer til å i større grad arbeide system- og samfunnsrettet, til å arbeide mer helsefremmende og forebyggende rettet mot indivi-

der, grupper og lokalmiljø, og til å styrke lavterskel behandlings- og oppfølgingstilbud og tverrfaglig samarbeid (Helsedirektoratet, 2019). Tidligere rapporter viser at psykologer i kommunene bruker størstedelen av sin arbeidstid på tiltak på individnivå (Heggland, Gärtner & Mykletun, 2013). Dette skjer til tross for at flertallet av psykologene selv ønsker å bruke mer tid på befolknings- og systemtiltak, og at føringer for psykologer i kommunalt helsevern er at de skal spenne over både befolkningsrettet og individrettet arbeid. I en rapport kom det fram at samtaler med enkeltindivider eller foreldreveiledning opptok 62 % av psykologenes tid, mens arbeid mot større grupper opptok kun 4 % (Heggland et al., 2013). Psykologene i kommunene må selv stå for prioriteringen av sin arbeidstid, og med stor pågang fra barn og unge som ønsker kliniske tjenester, kan befolknings- og systemtiltak bli nedprioritert.

Det diskuteres stadig hvordan hjelpeapparatet kan samarbeide bedre på tvers av tjenester. Å utvikle helsevernet i en retning der pasientens behov for koordinerte tjenester møtes på en bedre måte, var også bakgrunnen for samhandlingsreformen (St.meld. nr. 47). Ifølge Sintef rapporterer 79 % av kommunene at det i stor grad er etablert rutiner og praksis for tverrsektorielt samarbeid (f.eks. mellom helsestasjon, skole og barnevern) for barn og unge med vansker (Ose et al., 2018). I opptrappingsplanen rapporteres det imidlertid om at barn og unge med psykiske vansker møter mange ulike aktører og instanser som ikke snakker sammen (Prop. 121 S). Ådnanes og kollegaer (2013) viser at psykologene i kommunene har et ganske tett samarbeid med helsestasjon og skolehelsetjeneste, men at de per 2012 samarbeidet lite med spesialisthelsetjenesten. Satsingen på psykologer i kommunene har økt i denne perioden, og det er av interesse å vite hvordan psykologene har blitt integrert i det kommunale tjenestetilbudet.

Målet for denne artikkelen var å undersøke psykologenes rolle i det kommunale psykiske hjelpearbeidet med barn og unge. Mer spesifikt undersøkte vi a) hvilke vansker og alvorlighetsgrad av vansker som er vanlig blant barn og unge som psykologene møter i førstelinjetjenesten, b) hva slags hjelp psykologene gir i form av rammer, innhold og samarbeid med andre, c) hva psykologene selv mener bør forbedres med tilbudet, og d) hvordan psykologenes arbeid skiller seg fra andre som jobber i førstelinjetjenesten.

Metode

Rekruttering og deltagere

Datainnsamlingen ble gjort gjennom en nettbasert spørreundersøkelse blant kommunalt ansatte fra hele

landet som jobber med barn og unges psykiske helse. Det ble presisert at vi søkte respondenter som tilbyr lavterskel psykisk helsehjelp, det vil si uten krav om henvisning, enkelt å oppsøke og i hovedsak ment for milde og moderate problemer. For å rekruttere deltagere benyttet vi oss av adresselister til ansatte i psykisk helsehjelp i kommunene fra Pedlex. Det ble sendt ut e-poster til 1270 unike adresser og én purring. I e-posten oppfordret vi alle mottakere til å sende invitasjonen videre til andre aktuelle respondenter. I tillegg ble deltagere rekruttert gjennom RBUPs nettsider, RBUPs Facebook-side og Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid (NAPHA) sine nettsider. Datainnsamlingen foregikk mellom 21.02.2019 og 21.05.2019. Spørreskjemaet inneholdt spørsmål om deltagernes utdanning, arbeidserfaring, hvilken tjeneste de jobber i, hvilke typer problemer de som benytter tjenesten har, hvilke tiltak som gis, og hvilke forbedringer de ønsker seg i tjenesten.

Potensielle deltagere var alle som jobbet i kommunale tjenester som tilbyr lavterskel psykisk helsehjelp til barn og ungdom fra 5 til 18 år. Det var totalt 832 respondenter i undersøkelsen, hvorav 400 fullførte hele undersøkelsen, mens 432 svarte kun på de første spørsmålene i undersøkelsen. Av disse var det 139 psykologer som jobbet i førstelinjetjenesten med psykiske vansker hos barn og unge (se Tabell 1).

Analyse

Svarene til psykologene og fra resten av utvalget rapporteres separat. Svarene er oppgitt i prosent eller gjennomsnittsverdier. Forskjeller mellom svarene fra psykologene og fra resten av utvalget er undersøkt med t-tester og kjikvadrat-tester og resultatene er Bonferroni-korrigert på grunn av multippel testing. En p-verdi på $< .05$ blir regnet å være signifikant, og alle tester var tosidige. Alle analyser ble utført med programmet SPSS (IBM SPSS Statistics 24).

Tabell 1

Kjennetegn ved respondentene

	Psykologer (<i>n</i> = 123 - 139) ^a	Resten av utvalget (<i>n</i> = 707 - 832)	Forskjell mellom utvalgene
Alder	41 år (25–65 år)	47 år (24–68 år)	$t = 7.22^{***}$
Kjønn	86 % kvinner	92 % kvinner	$X^2 = 6.69$
Utdanning			$X^2 = 141.70^{***}$
Lavere grad	–	50 %	
Høyere grad	97 %	50 %	
Antall år i nåværende jobb	6 år (1–27 år)	9 år (1–42 år)	$t = 7.13^{***}$
Antall års erfaring	13 år (1–41 år)	20 år (1–46 år)	$t = 8.43^{***}$
Hvilken tjeneste jobber du i?			$X^2 = 99.94^{***}$
Familievernkontor	1 %	0.5 %	
Helsestasjon for barn	5 %	7 %	
Helsestasjon for ungdom	2 %	2 %	
Kommunalt barnevern	2 %	11 %	
Lavterskeltilbud i kommunen	46 %	11 %	
Pedagogisk-psykologisk tjeneste	11 %	12 %	
Skolehelsetjenesten	11 %	32 %	
Tverrfaglig kommunalt team	4 %	2 %	
Uteteam/ambulerende	1 %	1 %	
Annet	16 %	21 %	
Tjenesten er del av Familiens hus	28 %	24 %	$X^2 = 3.56$
Kommunestørrelse			$X^2 = 38.48^{***}$
Liten kommune (< 4999)	8 %	22 %	
Mellomstor (5000–19 999)	22 %	36 %	
Stor kommune (> 20 000)	70 %	42 %	

Merknad. Utdanning lavere grad = universitets- eller høyskoleutdanning lavere grad (årsstudium, bachelor e.l.) og Utdanning høyere grad = universitets- eller høyskoleutdanning høyere grad (master, hovedfag, profesjon e.l.). Statistisk signifikant forskjell er indikert med $^{***} p < .001$, $^{**} p < .01$, $^{*} p < .05$. ^a *n* er oppgitt for antall respondenter på de aktuelle spørsmålene.

Etiske vurderinger

Prosjektet ble vurdert av NSD til å være i samsvar med personvernlovgivningen. Respondentene samtykket til deltagelse etter å ha lest informasjon om studien. Det ble informert om anonymisering og frivillig deltagelse.

Resultater

Frafall og representativitet

Deltagerne i undersøkelsen kom fra 289 ulike kommuner i Norge, og alle fylkene var representert. De fleste psykologene som svarte på undersøkelsen, var fra Oslo og Akershus og oppga at de jobbet i store kommuner. Denne tilsynelatende skjevfordelingen kan se ut til å reflektere den reelle fordelingen av psykologer i Norge ved at det er enklere å rekruttere psykologer til store kommuner. Resultatene i denne artikkelen kan derfor med mindre sikkerhet generaliseres til små kommuner.

Det var et relativt stort frafall gjennom spørreskjemaet. Vi undersøkte forskjeller mellom de som kun svarte på de første spørsmålene ($n = 432$), med de som fullførte hele undersøkelsen ($n = 400$), og fant at blant de som fullførte var det en noe større andel psykologer og sykepleiere, og en lavere andel barnevernspedago-

ger. En mulig grunn til frafall kan være at spørsmålene opplevdes mindre relevante blant noen yrkesgrupper.

Vansker hos barna og ungdommen

Psykologene rapporterte at 36 % av barna og ungdommen de møter har milde og kortvarige problemer, 38 % har kortvarige alvorlige problemer eller langvarige milde problemer, mens 26 % har alvorlige langvarige problemer.

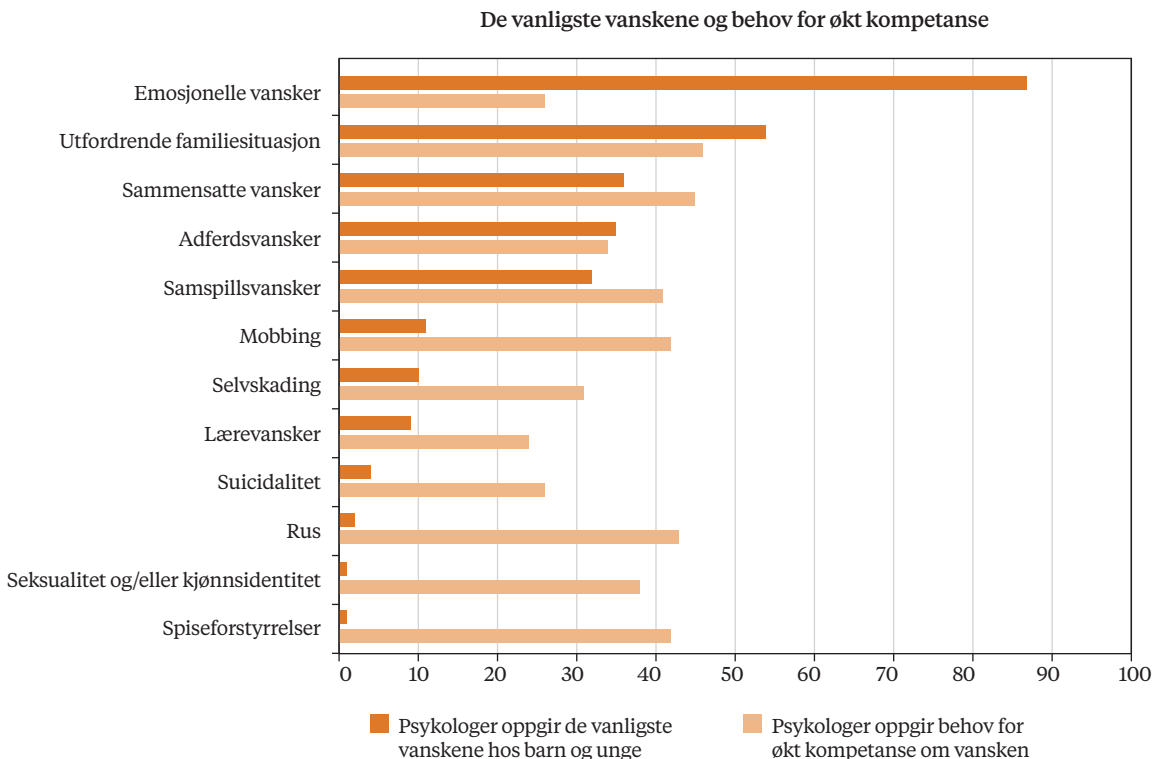
Figur 1 viser psykologenes vurdering av hvilke typer vansker som er vanligst blant barna og ungdommen de møter. De oppgir at emosjonelle vansker var vanligst, etterfulgt av utfordrende familiesituasjoner og atferdsvansker. Psykologene ble også spurt om hvilke områder de ønsker mer kompetanse på, og de hyppigst rapporterte var utfordrende familiesituasjoner, sammensatte vansker og rus. Det så ikke ut til å være noen sammenheng mellom hvilke vansker som var vanlige, og hvilke vansker psykologene ønsket mer kompetanse på.

Hva slags hjelp gir psykologene?

Blant psykologene var det 66 % som oppga at de ofte eller alltid jobber med individuelle tiltak, 16 % jobber ofte eller alltid med gruppetiltak, mens 48 %

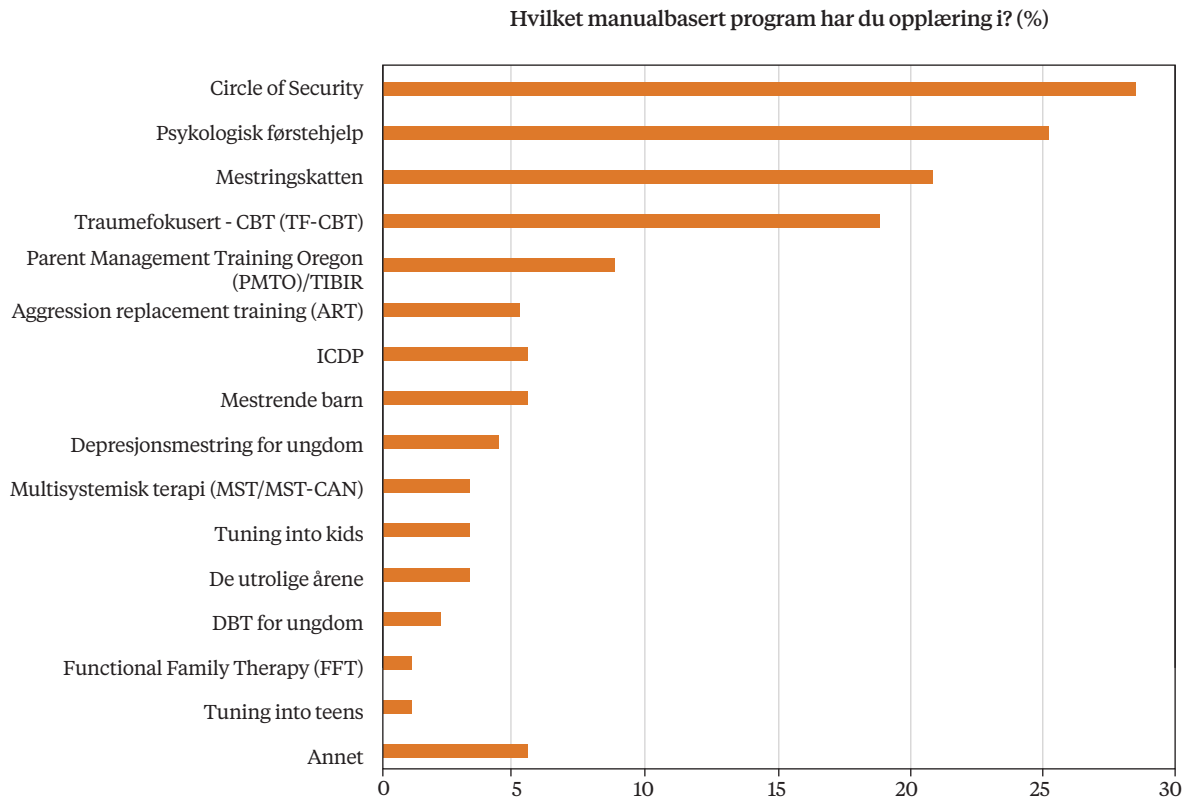
Figur 1

Type problemer blant barn og unge som psykologene møter i kommunen ($n = 98$)



Merknad. Eksempler på utfordrende familiesituasjoner ble oppgitt i spørreskjemaet: samlivsbrudd, rus, vold og fattigdom.

Figur 2
Opplæring i manualbaserte tiltak (n = 42)



Merknad. Figuren viser prosentandelen av psykologene som oppga at de hadde opplæring i ett eller flere manualbaserte tiltak. Det ble oppgitt følgende eksempler i spørsmålsteksten: f.eks. PMTO, Mestrende barn, Mestringskatten e.l. I kategorien «Annet» oppga psykologene EMDR, OCD og SMART.

jobber ofte eller alltid med systemarbeid. Dette mønsteret var noe annerledes i resten av utvalget, der en noe høyere andel ofte eller alltid jobber med individuelle tiltak (88 %, $X^2 = 32.12, p < .000$).

På spørsmål om respondentene brukte standardiserte instrumenter for å kartlegge psykiske vansker hos barn og unge, svarte de aller fleste av psykologene at de av og til (72 %) eller alltid (12 %) bruker slike kartleggingsinstrumenter, mens kun 16 % svarte at de aldri bruker dette.

Nesten halvparten av psykologene hadde opplæring i ett eller flere manualbaserte tiltak (44 %), mens 33 % av resten av utvalget hadde slik opplæring. Forskjellen mellom utvalgene var ikke signifikant. Figur 2 viser hvilke manualbaserte tiltak psykologene har opplæring i. De vanligste var Circle of security (COS), Psykologisk førstehjelp og Mestringskatten.

Samarbeid

Blant psykologene i utvalget vårt oppga 28 % at de aldri eller i liten grad samarbeider med BUP, 53 % oppga noen ganger, mens 19 % oppga at de i stor grad eller alltid samarbeider med BUP. Dette var likt resten

av utvalget. Da vi tok ut de som oppga at de selv jobbet i skolehelsetjenesten, rapporterte 6 % av de resterende psykologene at de aldri eller i liten grad samarbeider med skolehelsetjenesten, 27 % samarbeider i noe grad, mens 66 % samarbeider i stor grad eller alltid med skolehelsetjenesten. Også her var mønsteret likt blant psykologer og resten av utvalget.

Deltagerne ble også spurt om de samarbeidet med barnas og ungdommens foresatte (Tabell 2). Da dette kan variere ut fra barnas alder, har vi delt inn svarene etter hvilken aldersgruppe tjenesten de jobber i hovedsakelig retter seg mot, og det er noe overlapp mellom gruppene. Den største andelen av psykologene har telefonkontakt med foresatte og har med foresatte i timene. Resultatene viste en større inkludering av foresatte blant psykologer enn i resten av utvalget.

Til slutt spurte vi deltagerne hva de mente skal til for at de skal kunne møte brukerne på en bedre måte. Blant psykologene svarte den største andelen (72 %) at de ønsket mer samarbeid på tvers av tjenester og linjer, etterfulgt av mer tverrfaglig samarbeid (46 %) og mer opplæring i konkrete tiltak og kliniske verktøy (42 %).

Tabell 2

Samarbeid med foresatte

	Psykologer (n = 100) ^a		Resten av utvalget (n = 430)		Forskjell mellom utvalg
	Jobber mest med barn	Jobber mest med ungdom	Jobber mest med barn	Jobber mest med ungdom	
Telefonkontakt	66 %	57 %	67 %	55 %	$X^2 = 9.13$
Foresatte og barn med i timene	68 %	55 %	35 %	30 %	$X^2 = 51.45^{***}$
Jobber kun med foresatte	52 %	45 %	29 %	24 %	$X^2 = 45.48^{***}$

Merknad. Svarene er prosentandelen av gruppen som samarbeider *ofte* eller *alltid* med foresatte. Gruppen «jobber mest med barn» = jobber i en tjeneste primært rettet mot barn (5–12 år), gruppen «jobber mest med ungdom» = jobber i en tjeneste primært rettet mot ungdom (13–18 år). Gruppene er noe overlappende, da flere kryss var tillatt. Statistisk signifikant gruppeforskjell mellom psykologer og resten av utvalget er indikert med $^{***}p < .001$, $^{**}p < .01$, $^{*}p < .05$. ^a n er oppgitt for antall respondenter på det aktuelle spørsmålet.

Mange psykologer ønsket seg også bedre muligheter for etter- og videreutdanning (23 %), mer tid til å møte barn og ungdom (26 %) eller mer veiledning (32 %). I resten av utvalget var det signifikant flere enn i psykologgruppen som ønsket seg mer opplæring i konkrete tiltak og kliniske verktøy (57 %), og flere som ønsket seg mer tid til å møte barn og ungdom (39 %).

Diskusjon

Det finnes lite systematisk forskning som beskriver hjelpen som blir gitt til barn og unge som sliter med psykiske vansker i kommunene i dag, både generelt og når det gjelder psykologer spesielt. Denne undersøkelsen er et deskriptivt og eksplorerende bidrag for å få mer kunnskap om dette feltet. Undersøkelsen viste at en relativt stor andel av brukerne ble beskrevet av psykologene som å ha alvorlige langvarige problemer og kortvarige alvorlige problemer eller langvarige milde problemer. I alt to tredjedeler av brukerne ble anslått å ha et nivå av vansker som ifølge Helsedirektoratet bør føre til involvering av spesialisthelsetjenesten (Helsedirektoratet, 2014). Mulige forklaringer er at noen av disse barna er ferdig med det spesialiserte tilbudet og tilbakeført til det lokale, eller at denne gruppen er henvist til spesialisthelsetjenesten, men avvist. I kommunenes rapportering til Helsedirektoratet har det kommet fram at flere har en opplevelse av en spesialisthelsetjeneste som kutter i tilbudet, og at det er utfordringer med bemanning og lite ressurser (Ose et al., 2017; Ose et al., 2018), noe som kan føre til at flere tyngre saker blir tatt hånd om i førstelinjetjenestene. Det er viktig både for kvaliteten på behandlingen og når det gjelder transparens i offentlig finansiering, at pasienter får hjelp der de er ment å få den. Feilforvaltning av tilbudene er problematisk dersom pasientene blir avvist av, eller aldri videresendt til, en spe-

sialisthelsetjeneste de skulle mottatt hjelp fra – både for enkeltpasienter og for de kommunale tjenestene som kan komme til å måtte nedprioritere andre oppgaver, som forebygging- og folkehelseiltak.

Psykologene i utvalget vårt oppga at de i størst grad driver med individuelle tiltak. Dette gjenspeiler data fra tidligere undersøkelser, der gruppetiltak og systemarbeid synes å måtte vike for psykologenes samtaler med enkeltindivider (Heggland et al., 2013; Ådnanes et al., 2013; Kaspersen et al., 2018). Selv om få av psykologene i vårt utvalg oppga at de ofte jobber med grupper, sier halvparten at de ofte eller alltid driver med systemarbeid. Dette kan være et uttrykk for en viss forskyvning av psykologenes arbeidsform, da tidligere studier indikerte at kun 4 % av arbeidstiden ble brukt til arbeid med større grupper (Heggland et al., 2013). Resultatene viste samtidig at psykologene jobbet mindre individuelt enn andre yrkesgrupper som jobber med barn og unges psykiske helse i kommunen. Noen flere psykologer ser dermed ut til å ha funnet en plass i kommunene som er mer i tråd med intensjonene for kommunepsykologsatsingen (Helsedirektoratet, 2019), og mer i tråd med slik flere av psykologene selv tidligere har oppgitt at de ønsker å jobbe (Heggland et al., 2013). Psykologenes fokus på individrettede tiltak møter likevel tjenestenes eget ønske om at psykologene skal ivareta lavterskelbehandling i kommunene, som en slags «halvannenlinjetjeneste» (Kaspersen et al., 2018).

Videre viste resultatene at over halvparten av psykologene i undersøkelsen oppga å samarbeide ofte eller alltid med skolehelsetjenesten, mens kun 19 % samarbeider ofte eller alltid med BUP. Dette kan være betenkelig sett i lys av hvor hyppig våre respondenter oppgir å jobbe med alvorlige, langvarige problemer/lidelser. Psykologene rapporterer selv et ønske om at dette var annerledes. På spørsmål om hva respondentene mente kunne føre til at de bedret tilbudet for

barn og ungdom, var «mer samarbeid på tvers av tjenester og linjer» den klart hyppigst valgte kategorien. At en stor del av psykologene samarbeider ofte eller alltid med skolehelsetjenesten, samsvarer med funn fra SINTEF (Ådnanes et al., 2013) om at psykologer i kommunen i hovedsak samarbeider med skolehelsetjenesten og i mindre grad med BUP. Utover det kan resultatene tyde på at det kan være behov for tiltak som øker samhandling mellom tjenester, som Bedre tverrfaglig innsats (BTI).

Videre fant vi at under halvparten av psykologene har opplæring i ett eller flere manualbaserte tiltak, og at Circle of Security (COS-P), Psykologisk førstehjelp og Mestringskatten var mest utbredt blant kommunenes psykologer. Dette er tiltak som er tilpasset vanlige vansker blant barn og unge, som tilknytningsvansker, angst og depresjon. En årsak til utbredelsen kan være at disse tiltakene har relativt lave kostnader og lave krav til tidsbruk for opplæring, sertifisering og videre veiledning. Av disse vanlig brukte tiltakene kan det synes som at Mestringskatten har sterkest støtte i forskningen (Villabø et al., 2018; Haugland et al., 2020; Boris et al., 2020; Drozd et al., 2020). Det er viktig å merke seg at vi i denne undersøkelsen spurte om respondentene hadde opplæring i tiltaket, ikke hvor mye de bruker det i sin praksis. Vi ser uansett at det er stor variasjon i hva forskjellige kommuner og psykologer har valgt å satse på, og at det er stor utbredelse av tiltak med manglende eller mangelfull evidens. En implikasjon av dette kan være at vi trenger å forsterke innsatsen for å få implementert og økt rekkevidden av kunnskapsbaserte tiltak i førstelinjetjenestene.

En sentral del av den kommunale psykologstillingen er å veilede andre ansatte i tjenestene (Kaspersen et al., 2018). En sammenligning med resten av utvalget viser også at psykologene i større grad enn resten av utvalget samarbeider med foresatte. Dette kan være et uttrykk for at psykologene i vårt utvalg er relativt nyutdannet, og at utdanningsinstitusjonene har hatt en økt vektlegging av familiebasert behandling og av å gi foresatte en mer aktiv rolle. Alternativt kan det være at arbeidssted og arbeidsform er knyttet sammen, og at mange av psykologene jobber i kommunale lavterskeltilbud der det er naturlig å involvere foresatte. Involvering av foresatte kan uansett være mulige tema i psykologenes veiledning av de øvrige tjenestene.

Denne kartleggingsstudien er basert på data fra de som jobber med psykisk helse hos barn og unge i kommunen. Vi har ikke samlet inn informasjon fra barn og unge og deres familier i denne omgang, noe som ville gitt et utfyllende og viktig bilde, og som er avgjørende i den videre kunnskapsutviklingen.

Oppsummert viser resultatene:

- Rundt 1/3 av barn og unge som psykologene møter i førstelinjetjenesten, har milde og kortvarige problemer, mens resten har mer alvorlige eller langvarige psykiske vansker.
- Psykologene jobber oftest med individrettede tiltak. De fleste oppga at de av og til eller alltid bruker standardiserte instrumenter for å kartlegge psykiske vansker hos barn og unge, mens 1 av 6 aldri gjør det. Halvparten av psykologene hadde opplæring i ett eller flere manualbaserte tiltak.
- Psykologene oppgir at de mener tilbudet deres kan forbedres med økt samarbeid på tvers av tjenester, økt tverrfaglig samarbeid og mer opplæring i konkrete tiltak og kliniske verktøy.
- Psykologene jobber noe mindre individrettet enn andre ansatte i førstelinjetjenesten og involverer oftere foreldre når de jobber med barn og unges psykiske helse.

Konklusjon

Resultatene fra denne kartleggingen kan bidra til å synliggjøre potensialet for kvalitetsforbedring i de kommunale psykologtjenestene. De viser at mange psykologer i kommunen jobber med barn og unge med alvorlige eller langvarige psykiske vansker – barn og unge som kanskje burde fått et tilbud i spesialisthelsetjenesten. Det vil være viktig å undersøke nærmere hva årsaken til dette er, og vurdere hvorvidt dette er et ønsket mål eller et resultat av at psykologene i kommunene kompenserer for manglende kapasitet i spesialisthelsetjenesten. Det ser ut til at psykologene fortsatt bruker mest tid på individrettede tiltak, men at de i større grad jobber systemrettet enn andre i førstelinjetjenesten og i større grad systemrettet enn tidligere studier av psykologer har vist. I kvalitetsforbedring av tjenestene vil innholdet i det systemrettede tilbudet være viktig å undersøke. En kvalitetsheving av tjenestene bør også innebære et større fokus på bruk av kunnskapsbaserte tiltak og økt samhandling mellom tjenestene, spesielt mellom første- og andrelinjetjenesten. ✘

Referanser

- Barne-, likestillings- og inkluderingsdepartementet. (2010). *Behandling av Norges fjerde rapport til FN om oppfølging av barnekonvensjonen*. Publikasjonskode: Q-1173.
- Boris, N. W., Brandtzæg, I. & Torsteinson, S. (2020). Forvirrende og villedende om foreldreveiledning. *Psykologisk.no* <https://psykologisk.no/2020/02/forvirrende-og-villedende-om-foreldreveiledning>.
- Drozdz, F., Slinning, K., Nielsen, B. & Høstmælingen, A. (2020). Foreldreveiledning – hva virker for hvem? *Psykologisk.no*
- Haugland, B. S. M., Haaland, Å. T., Baste, V., Bjaastad, J. F., Hoffart, A., Rapee, R. M., Raknes, S., Himle, J. A., Husabø, E. & Wergeland, G. J. (2020). Effectiveness of Brief and Standard School-Based Cognitive-Behavioral Interventions for Adolescents With Anxiety: A Randomized Non-Inferiority Study. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2019.12.003>
- Heggland, J. E., Gärtner, K. & Mykletun, A. (2013). Kommune-psykologer nedprioriterer forebygging. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 50(5), 504–507.
- Helsedirektoratet. (2014). *Sammen om mestring. Lokalt psykisk helsearbeid og rusarbeid for voksne* (Veileder IS-2076). Hentet fra <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/sammen-om-mestring-lokalt-psykisk-helsearbeid-og-rusarbeid-for-voksne>
- Helsedirektoratet. (2018). *Bruk av tjenester i det psykiske helsevernet for barn*. <https://www.helsedirektoratet.no/>
- Helsedirektoratet. (2019). *Psykologer i de kommunale helse- og omsorgstjenestene*. <https://www.helsedirektoratet.no/tilskudd/psykologer-i-de-kommunale-helse-og-omsorgstjenestene>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2019). *Opptrappingsplan for barn og unges psykiske helse (2019–2024)* (Prop. 121 S). Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/prop.-121-s-20182019/id2652917/>
- Kaspersen, S. L., Lassemo, E., Kroken, E., Ose, S. O. & Ådnanes, M. (2018). Tilskudd til rekruttering av psykologer i kommunale helse- og omsorgstjenester. En devaluering i forbindelse med følgeevalueringen av Kompetanseløft 2020. (Rapport nr. 2018:01004). Oslo: SINTEF.
- Martinussen, M., Eng, H., Reedtz, C., Breivik, K. & Jakobsen, K. (2020). Hvilke psykisk helsefremmende tiltak virker for barn og unge? <https://psykologisk.no/2020/03/hvilke-psykisk-helsefremmende-tiltak-virker-for-barn-og-unge/>. *Psykologisk.no*
- Ose, S. O. & Kaspersen, S. L. (2017). *Kommunalt psykisk helse- og rusarbeid 2017: Årsverk, kompetanse og innhold i tjenestene* (Rapport nr. 201700801). Oslo: SINTEF.
- Ose, S. O., Kaspersen, S. L., Ådnanes, M., Lassemo, E. & Kallsæth, J. (2018). *Kommunalt psykisk helse- og rusarbeid 2018* (Rapport nr. 2018:01346). Oslo: SINTEF.
- Paap, M. C. S., Martinussen, M., Jakobsen, R., Jozefiak, T. & Axelsdottir, S., (2018). Tester for barn og unge i Norge bør kvalitetssikres bedre. *Psykologisk.no* <https://psykologisk.no/2018/06/tester-for-barn-og-unge-i-norge-bor-kvalitetssikres-bedre/>
- Prop. 121 S (2018–2019). Opptrappingsplan for barn og unges psykiske helse (2019–2024). Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/prop.-121-s-20182019/id2652917/>
- Reneflot, A., Aarø, L. E., Aase, H., Reichborn-Kjennerud, T., Tambs, K. & Øverland, S. (2018). *Psykisk helse i Norge*. Oslo: Folkehelseinstituttet.
- Statistisk sentralbyrå. (2019). <https://www.ssb.no/befolkning/statistikker/folkemengde/aar-per-1-januar>
- United Nations. (2018). *Concluding observations on the combined fifth and sixth periodic reports of Norway, CRC/C/NOR/CO/5–6*, tilgjengelig fra <https://www.ohchr.org/EN/HRBodies/Pages/HumanRightsBodies.aspx>
- Villabø, M., Narayanan, M., Compton, S., Kendall, P. C. & Neumer, S. (2018). Cognitive-behavioral therapy for youth anxiety: An effectiveness evaluation in community practice. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. <http://dx.doi.org/10.1037/ccp0000326>
- Ådnanes, M., Husum, T. L. & Kaspersen, S. L. (2013). Psykologer i kommunalt psykisk helsearbeid: Behandling eller folkehelsearbeid? *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 50 (11), 1066–1073.

ORIGINALARTIKKEL

TIDSSKRIFT FOR NORSK PSYKOLOGFORENING 2021 VOL. 58 NR. 6 S. 492-501 DOI: <https://doi.org/10.52734/25ZT89vX>

Traumeinstrumentet Maltreatment and Abuse Chronology of Exposure scale (MACE)

Dag V. Skjelstad¹ og Roar Fosse²

The Maltreatment and Abuse Chronology of Exposure (MACE) scale

Background: A 55-item Norwegian version of the Maltreatment and Abuse Chronology of Exposure (MACE) scale was recently developed. For clinicians to apply MACE, they need to perceive the instrument as acceptable to patients and useful. We investigated clinicians' experiences and views of the acceptability, usefulness and application of MACE.

Method: Twenty-three clinicians recorded their perceptions of how unpleasant it was for 84 adult patients to complete MACE, 20 clinicians answered a survey about MACE, and eight clinicians attended focus group interviews to detail their experiences and views.

Results: According to the clinicians, the MACE form was sufficiently self-explanatory to function as a questionnaire. Clinicians considered MACE as emotionally tolerable for most patients. They reported that some patients had strong negative reactions but that these patients did not regret participating. The majority of clinicians found MACE to be useful. Based on their experiences, they proposed ways of utilising MACE in clinical practice.

Conclusion: MACE appears applicable and useful to clinicians in an outpatient setting. Possible negative patient reactions should be taken into account when administering the instrument.

Keywords: MACE; trauma instrument; clinicians' perceptions; acceptability, usefulness, application

¹ Asker DPS, Klinikk for psykisk helse og rus,

Vestre Viken HF

² FOU-avdelingen

Klinikk for psykisk helse og rus, Vestre Viken HF

KONTAKT

dag.skjelstad
@vestreviken.no

MERKNAD

Forfatterne har ikke oppgitt noen interessekonflikter.

Relasjonstraumer som følge av fysisk og seksuelt overgrep, emosjonelt misbruk og neglisjering og mobbing er utbredt blant pasienter med psykiske lidelser (Devi et al., 2019; van der Feltz-Cornelis et al., 2019). Kartlegging av disse er relevant både for klinisk praksis og forskning. Det er utviklet en rekke verktøy for retrospektiv kartlegging av relasjonstraumer i oppveksten for voksne (Saini et al., 2019). Blant de mest brukte instrumentene er Childhood Trauma Questionnaire (CTQ) (Bernstein et al., 1997), Adverse Childhood Experience scale (ACE) (Felitti et al., 1998) og Childhood Experience of Care and Abuse Interview (CECA) (Bifulco et al., 1994). Få instrumenter inneholder spørsmål om opplevelse av mobbing, bevitnelse av familievold, hvem som var involvert, emosjonelle reaksjoner på hendelser eller kartlegging av alder på hendelsestidspunktet. Dette er viktige opplysninger for å forstå hvilke belastninger en person har vært utsatt for, og hvor omfattende disse har vært over tid. Maltreatment and Abuse Chronology of Exposure (MACE) er et relativt nytt instrument som ble utviklet for å bote på disse manglene. Instrumentet er tatt i bruk i flere studier (Ohashi et al., 2019; Schalinski et al., 2016; Schalinski et al., 2019; Schalinski & Teicher et al., 2019; Zhu et al., 2019).

Den eksperimentelle fullversjonen av MACE (MACE-X) består av 75 spørsmål som kartlegger ti kategorier av belastende relasjonserfaringer de første 18 leveårene, inkludert verbal og fysisk mishandling fra foreldre, emosjonell og fysisk neglisjering fra foreldre, bevitnelse av krangler og vold mot og mellom voksenpersoner i hjemmet, bevitnelse av vold mot søsken, verbal og fysisk mishandling/mobbing fra andre barn/ungdommer, og seksuelt misbruk fra personer i og utenfor familien.

Det foreligger nå en norsk versjon med 55 ledd kalt «Belastende barndoms- og ungdomserfaringer» (MACE-55). MACE-55 er basert på den opprinnelige tyske versjonen av MACE-X og er et resultat av et samarbeid mellom forskere ved Vestre Viken HF, NTNU og de tyske opphavspersonene. Dette prosjektet omtales heretter som valideringsstudien. I likhet med den tyske og engelske MACE-versjonen (Isele et al., 2014; Teicher & Parigger, 2015) har den norske versjonen gode psykometriske egenskaper (Fosse et al., 2020). Teicher og Parigger (2015) viste at den engelske versjonen redegjør for betydelig mer av variasjonen i psykiatriske symptomer enn traumeinstrumentene CTQ og ACE. Sammenlignet med gullstandardinstrumentet CTQ fant vi at norske MACE-55 var numerisk sterkere assosiert både med omfanget av psykiatriske symptomer og hver av de ni symptomdomenene i Symptom Checklist 90 (Fosse et al., 2020). MACE-55 og syntaks for skåring finnes fritt tilgjengelig sammen med artikkelen i PLoS One. Der finnes også en fil med innledende

spørsmål om hvem personen bodde sammen med i oppveksten m.m. Denne MACE-55-versjonen inneholder ikke underspørsmål om emosjonelle reaksjoner på hendelsene. Disse underspørsmålene har ikke betydning for skåringen av traumebelastninger, men utgjør viktig klinisk tilleggsinformasjon. En versjon med underspørsmålene er tilgjengelig på psykologtidsskriftet.no (Innledende spørsmål til MACE-55: https://psykologtidsskriftet.no/sites/default/files/innledende_sporsmal_til_mace-55.pdf og Norsk MACE med reaksjoner: https://psykologtidsskriftet.no/sites/default/files/norsk_mace-55_med_reaksjoner.pdf).

Hovedhensikten med å utvikle en norsk MACE-versjon var å gjøre det vi mener er et svært godt og grundig instrument om relasjonstraumer, fritt tilgjengelig for norske klinikere og forskere. Men for at fagfolk skal ta i bruk MACE, må de erfare at instrumentet er nyttig, anvendbart og forsvarlig å bruke. Spørsmålet om forsvarlighet er viktig, ettersom det er kjent at traumeinstrumenter kan reaktivere vonde minner (Legerski & Bunnell, 2010), og fordi MACE er spesielt detaljrikt. Vi undersøkte erfaringer med og synspunkter på MACE blant klinikere som rekrutterte pasienter i den norske valideringsstudien. Vi fokuserte på om klinikerne opplevde MACE som 1) forståelig og emosjonelt tolerabelt for pasientene, 2) nyttig for behandlingen og 3) anvendbart på en måte som ivaretar både pasienter og nytteaspektet.

Metode

Design

Vi brukte en kombinasjon av kvantitative og kvalitative metoder i form av (i) spørsmål til klinikerne om hvor ubehagelig de opplevde at utfyllingen av MACE var for pasientene, (ii) en elektronisk spørreundersøkelse om klinikerens erfaringer med MACE og (iii) fokusgruppeintervjuer. Fokusgrupper ble benyttet for å få utfyllende informasjon om svarene fra spørreundersøkelsen.

Utvalg og rekruttering

Deltagende klinikere og inklusjonskriterier

Klinikere ved to distriktpsikiatriske sentre (DPS) i Vestre Viken HF (VVHF) ble invitert til å rekruttere pasienter til valideringsstudien. De ble anmodet om selv å vurdere aktuelle pasienter i sin portefølje innenfor rammen av inklusjonskriteriene (se nedenfor). Ved avslutning hadde 24 klinikere inkludert minst én pasient (spennvidde 1–7). Disse jobbet på allmenn- ($n = 6$) og ruspoliklinikken ($n = 8$) ved Asker DPS (ADPS) og allmennpoliklinikken ($n = 10$) ved Ringerike DPS (RDPS). Kort tid etter avslutning av valideringsstudien inviterte vi klinikerne til å svare på en elektronisk spørreundersøkelse anonymt. Tyve (83,3 %) besvarte spørreundersøkelsen.

Til å delta i fokusgruppeintervjuer inviterte vi de klinikerne som hadde opparbeidet seg mest erfaring med å bruke MACE. Vi definerte dette som klinikere som hadde rekruttert minst tre pasienter til valideringsstudien. Ut fra dette kvalifiserte 16 klinikere til å delta, og vi sendte invitasjon til disse per e-post og purret til vi fikk svar fra alle. Åtte ønsket å delta, fire ved ADPS og fire ved RDPS. Av de åtte var seks kvinner; to var psykologspesialister, en psykolog, to overleger, to kliniske sosionomer og en klinisk barnevernspedagog. I snitt hadde deltagerne rekruttert 4,4 pasienter (spennvidde 3–7).

Pasienter i valideringsstudien

Pasientutvalget i valideringsstudien er beskrevet i Fosse et al. (2020), men inklusjonskriterier gjentas her. Deltagerne måtte være i alderen 18–50 år, forstå norsk og ha tilstrekkelig god kognitiv kapasitet og psykisk helse til å fylle ut skjemaene i studien. Videre informerte vi klinikerne om at vi ønsket et variert utvalg hva gjelder omfang av traumebelastninger og symptomer. De skulle altså ikke kun spørre pasienter med omfattende traumehistorikk. Totalt deltok 90 pasienter (62 kvinner, 69 %) med en gjennomsnittsalder på 34,6 år ($SD = 10,6$).

Gjennomføring

For å forstå klinikerens erfaringer med MACE er det viktig å vite noe om hvordan valideringsstudien ble gjennomført. Ettersom vi forventet at enkelte pasienter ville oppleve reaktivering av traumatiske opplevelser, valgte vi av forsiktighetshensyn å be pasientene fylle ut MACE rett før en behandlingstid. Slik kunne behandler umiddelbart fange opp eventuelle reaksjoner. Pasientene fikk beskjed om å møte opp i resepsjonen 1,5 time før en behandlingstid. Der fikk de utlevert en konvolutt med skjemaer og ble anvist et sted for utfylling. Pasientene kunne velge å lime igjen konvoluttet før de ga den til behandler, eller la den være åpen slik at behandler kunne se svarene og eventuelt skanne MACE inn i journal. Pasientenes deltagelse var frivillig og anonym for oss som forskere.

MACE

Ved utfylling av MACE krysses det av ja eller nei for om man har opplevd de ulike oppveksterfaringene det spørres om. For ja-besvarelser krysses det av en rubrikk for hvert år med eksponering i alderen ett til 18 år (se figur 1). Skåringene kan summeres på ulike måter (se Fosse et al., 2020). Utfyllingen, inkludert skjemaet

Figur 1

Eksempler på spørsmål i MACE-55 med underspørsmål om emosjonelle reaksjoner

Spørsmålene <nedfor> gjelder for dine foreldre, steforeldre eller andre voksne hjemme hos deg:

6. Knuffet de deg, tok hardt tak i deg, dyttet deg, slo deg med flat hånd i ansiktet eller kløp deg med vilje, slo deg med knyttneven eller sparket deg? Ja Nei

Kryss av for hver aktuell alder.

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18

Følte du deg hjelpeløs den gangen? Ja Nei

Følte du sterk angst eller redsel den gangen? Ja Nei

7. Slo de deg så hardt at du fikk merker som varte lengre enn noen minutter? Ja Nei

Kryss av for hver aktuell alder.

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18

Følte du deg hjelpeløs den gangen? Ja Nei

Følte du sterk angst eller redsel den gangen? Ja Nei

8. Slo de deg så hardt eller skadet de deg med vilje på en eller annen måte slik at du trengte legetilsyn eller burde ha fått det? Ja Nei

Kryss av for hver aktuell alder.

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18

Følte du deg hjelpeløs den gangen? Ja Nei

Følte du sterk angst eller redsel den gangen? Ja Nei

Tabell 1

Spørreundersøkelse om klinikerens (n = 20) erfaringer med og synspunkter på MACE

Spørsmål	Ikke vanskelig	Litt vanskelig	Ganske vanskelig	Veldig vanskelig	Vet ikke	
1. Hvor vanskelig opplevde du at det var for dine pasienter å forstå <i>hvordan</i> de skulle fylle ut MACE?	15 (75 %)	5 (25 %)	0	0	0	
	De færreste	Omtrent halvparten	De fleste		Vet ikke	
2. Hvor stor andel av pasientene delte innhold fra MACE-utfyllingen med deg (skriftlig og/eller muntlig)?	3 (15 %)	4 (20 %)	13 (65 %)		0	
	Ikke nyttig	Litt nyttig	Ganske nyttig	Veldig nyttig	Vet ikke / uaktuelt	
3. Opplevde du MACE-utfyllingen som nyttig for behandlingen?	1 (5 %)	8 (40 %)	7 (35 %)	2 (10 %)	2 (10 %)	
	Ikke i det hele tatt	I noe grad	I middels grad	I stor grad	I veldig stor grad	Vet ikke / uaktuelt
4. Synes du at MACE bidro til at relasjonstraumer fikk mer plass i behandlingen?	2 (10 %)	13 (65 %)	4 (20 %)	1 (5 %)	0	1 (5 %)
5. Tror du at MACE bidro til at viktige temaer som ellers kunne forblitt tause, ble verbalisert i behandlingen?	1 (5 %)	10 (50 %)	2 (10 %)	6 (30 %)	0	1 (5 %)
	Ja	Nei				Vet ikke
6. Er MACE et instrument du vil fortsette å bruke?	16 (80 %)	1 (5 %)				3 (15 %)
7. Vennligst utdyp hvorfor du svarte som du gjorde på forrige spørsmål.						

med innledende spørsmål, tar vanligvis 30–45 minutter for versjonen med 75 spørsmål og underspørsmål om emosjonelle reaksjoner på hendelsene.

Loggfil

Behandlerne ble bedt om å vurdere hvor ubehagelig utfyllingen av MACE hadde vært for pasientene i behandlingstimen rett i etterkant av utfyllingen. Som et ledd i den aktuelle delstudien hadde behandlerne før oppstart av valideringsstudien fått tilsendt en loggfil der de skulle skåre grad av ubehag («ikke», «litt», «veldig») basert på egne observasjoner og pasientenes tilbakemeldinger. Ettersom vi i delstudien fokuserte på behandleres opplevelse av MACE, etterspurte vi ikke pasientenes egne erfaringer. Ved studieslutt returnerte 23 behandlere komplette loggfiler til oss i aidentifisert form. Grad av ubehag var loggført for 84 av 90 deltagende pasienter (93,3 %).

Elektronisk spørreundersøkelse

Tabell 1 viser spørreundersøkelsens spørsmål og svaralternativer. Spørsmål 1 omhandler hvor vanskelig klinikerne opplevde at den praktiske delen av utfyllin-

gen var for pasientene. Det andre og emosjonelle aspektet ved pasientenes aksept av skjemaet ble rapportert via loggfilen. Spørsmål 2 omhandler andelen av pasientene som delte innholdet i MACE med klinikerne. Spørsmålene 3, 4 og 5 omhandler klinikerens opplevelse av om MACE var nyttig, herunder om resultatene var nyttige for behandlingen, og om instrumentet bidro til at traumer fikk mer plass, og at viktige temaer ble verbalisert. Spørsmål 6 omhandler holdning til bruk av MACE i fremtiden. Spørreundersøkelsen inneholdt også et åpent spørsmål (nr. 7), der klinikerne med tekst ble bedt om å utdype sin besvarelse på spørsmål 6.

I utformingen av undersøkelsen inviterte vi deltagende klinikerne til å bidra med spørsmål. Ettersom vi ikke mottok noen forslag, gjenspeiler spørsmålene hva vi som forskere ønsket å vite mer om angående aksept, nytte og bruk av MACE i fremtiden. Vi brukte den elektroniske plattformen Conconfirm til å gjennomføre undersøkelsen.

Fokusgruppeintervjuer

I starten av intervjuene orienterte vi deltagerne om hva en fokusgruppe er, at vi ønsket mer inngå-

ende kunnskap om erfaringer med og synspunkter på MACE, og at intervjuet ville være organisert i temabølker. For spørsmål om akseptbarhet, nytte og anvendelse i klinikk tok vi utgangspunkt i svarene fra spørreundersøkelsen. Artikkelforfatterne ledet fokusgruppene og viste fram svarene og oppfølgings-spørsmålene fra spørreundersøkelsen i en lysbilde-presentasjon. Hvert fokusgruppeintervju varte cirka halvannen time.

Analyse

Statistikk

Svar fra spørreundersøkelsen oppgis i antall svar og prosentfordelingen for de ulike svaralternativene (tabell 1). Vi brukte Pearsons korrelasjon i SPSS versjon 25 til å regne ut sammenhengen mellom MACE totalskår for traumebelastning og hvor ubehagelig klinikerne ifølge loggfilen vurderte at MACE-utfyllingen var for pasientene. For å lage en poengskala for MACE totalskår ble de 10 subskalaene først vektet for antall spørsmål, slik at hver subskala kunne skåres fra 0 til 10. Dette er i tråd med de tyske opphavspersonenes foretrukne måte å regne ut skårer på. Ved å summere opp skårene på hver subskala på hvert alderstrinn og dele dette på 18 leveår får vi en poengskala for totalbelastning på 0–100. Svar på spørsmål om positive erfaringer ble snudd i utregningen.

Kvalitativ analyse

Lydopptak av intervjuene ble transkribert. Vi brukte programvaren QSR NVivo 10 til å organisere tekstlige data fra intervjuene og det åpne spørsmålet i spørreundersøkelsen. Analysen var tematisk og i hovedsak teoretisk drevet, ettersom fokusgruppeintervjuene bygget på temaene i spørreundersøkelsen. Det tredje hovedtemaet «anvendelse i poliklinikk» var et resultat av deltagerens refleksjoner over spørsmål 6 i spørreundersøkelsen og var dermed et resultat av en induktiv prosess. Ettersom deltagerens utsagn om enkelttemaer ikke var avgrenset til den bolkevise gjennomgangen av temaene i intervjuene, sorterte vi utsagnene tematisk i analyseprosessen. Dette gjorde vi i en dynamisk dialog med dataene, der vi tildelte tekstsegmenter betegnelser (koder) som gjenspeilte segmentenes innhold. Vi organiserte disse i undertemaer (kategorier) som til slutt ble organisert inn under studiens tre hovedtemaer. Analysen var inspirert av metodologien tematisk analyse (Braun & Clarke, 2006).

Etikk

I valideringsstudien var pasientene fullstendig anonymiserte for oss som forskere. Personvernombudet i VVHF vurderte derfor at studien ikke var søk-

nadspiktig (e-post datert 28.09.2016). I den aktuelle delstudien med klinikere var spørreundersøkelsen anonym, mens klinikerne var identifiserbare i fokusgruppene. Ettersom klinikerne i fokusgruppene ikke delte egne helseopplysninger, men erfaringer med anonymiserte pasienter som hadde fylt ut MACE, var studien ikke søknadspiktig til Regional etisk komite, men til personvernombudet i VVHF, som tilrådte den som kvalitetsstudie (referansenummer 16/00117–117).

Resultater

Relevante resultater fra loggfilen, spørreundersøkelsen og fokusgruppeintervjuene presenteres samlet under hovedtemaene akseptbarhet, nytte og anvendelse.

Akseptbarhet

Temaet akseptbarhet består av to forhåndsdefinerede undertemaer som omhandler klinikernes opplevelse av hvordan det var for pasientene deres å fylle ut MACE praktisk og emosjonelt.

Forståelse av hvordan fylle ut MACE-skjemaet

I spørreundersøkelsen ble klinikerne spurt «Hvor vanskelig opplevde du at det var for dine pasienter å forstå *hvordan* de skulle fylle ut MACE?» Som vist i tabell 1 mente tre firedeler av klinikerne at utfyllingen ikke var vanskelig for deres pasienter, mens 25 % mente at det var «litt» vanskelig.

I tråd med svarene i spørreundersøkelsen ga fokusgruppedeltagerne gjennomgående uttrykk for at pasientene forsto hvordan skjemaet skulle fylles ut. Noen pasienter var usikre på om enkelte svar var riktig utfylt, og spurte i den påfølgende timen. Spørsmålene omhandlet det klinikerne omtalte som «enkle ting» og varierte fra person til person. Andre tilbakemeldinger omhandlet ikke skjemaet som sådan, men at noen pasienter synes det var vanskelig å huske nøyaktig hvor gamle de var ved ulike hendelser i oppveksten.

Emosjonelle reaksjoner på MACE-utfyllingen

Klinikerne brukte en tre-punkts-skala til å vurdere hvor ubehagelig utfyllingen av MACE hadde vært for hver av pasientene som deltok (se Metode). Klinikerne vurderte at utfyllingen ikke hadde vært ubehagelig for 35 pasienter (41.2 %), litt ubehagelig for 41 (48.8 %) og veldig ubehagelig for 8 (9.5 %). I en påfølgende statistisk analyse fant vi at denne vurderingen av pasientenes grad av ubehag korrelerte signifikant, men moderat med pasientenes totalskår på MACE, $r = .357, p = .001$.

I fokusgruppene framkom det at noen klinikere ble «overrasket» og «forbauset» over hvordan enkelte pasienter reagerte. Overraskelsene gikk begge veier.

Svakere reaksjoner enn forventet. I ett tilfelle ble både behandler og pasient overrasket over fraværet av reaksjoner i lys av omfattende traumehistorikk. Pasienten fortalte at hun gikk inn i en emosjonelt frakoblet modus. Flere klinikere opplevde at pasienter «stengte av» følelsene.

Sterkere reaksjoner enn forventet. På den andre siden var det enkelte pasienter som reagerte sterkere enn forventet. En «tilbakeholden mann» med belastende oppveksterfaringer fullførte utfyllingen, men gikk deretter hjem uten å benytte seg av den påfølgende timen. Neste time ga han uttrykk for at han ble fysisk dårlig av utfyllingen, og at han «trengte å gå» for å få kontroll på seg selv. Han angret ikke på deltagelsen. En annen mann utsatt for vold og seksuelle overgrep i oppveksten ble «overrumplet» av fysiske angstreaksjoner, og det ble brukt tid den påfølgende timen på «å snakke ned angsten». Den overraskende reaksjonen ble forstått i lys av at pasienten tidligere hadde døyvet traumeopplevelsene med alkohol. Heller ikke han angret på deltagelsen. En kvinnelig pasient med «svært mange relasjonstraumer i bagasjen følte seg overveldet og uvel etterpå. Vi var begge litt uforberedt på detaljeringsgraden i spørsmålene.» Basert på slike erfaringer konkluderte en kliniker på følgende måte: «Selve instrumentet er fint, men erfaringen min er at det kan bli for krevende for noen. I fremtiden vil jeg mer bevisst tenke igjennom hvorvidt pasienter tåler en så detaljert gjennomgang av sine traumeopplevelser som MACE legger opp til.»

Avslo deltagelse av frykt for reaksjoner. Ifølge fokusgruppedeltagerne avslo noen pasienter å delta nettopp fordi de fryktet å bli overveldet av minner om relasjonstraumer i oppveksten. Tiden var ikke «moden», som en behandler uttrykte det. Enkelte pasienter ville heller nærme seg tematikken gradvis i samtaler. En behandler refererte en pasient som sa at «jeg blir kvalm bare av tanken», mens en annen refererte to unge menn utsatt for seksuelle overgrep i oppveksten som sa noe slikt som «nei, jeg tar ikke sjansen på å lese disse spørsmålene. Jeg har ikke kontroll på hva det blir spurt om». Videre unnlot enkelte klinikere å spørre visse pasienter om å delta av frykt for at de ville oppleve sterke emosjonelle reaksjoner.

Nytte

Som angitt i tabell 1 svarte 85 % av klinikerne at de oppfattet MACE-utfyllingen som enten litt, ganske eller veldig nyttig for behandlingen (spørsmål 3), og en like stor andel svarte at utfyllingen bidro til at traumer i noe, middels eller stor grad fikk mer plass i behandlingen (spørsmål 4). På spørsmål 5 mente 90 % at MACE bidro i noe grad eller mer til at viktige temaer ble verbalisert. De fleste pasientene delte innholdet i MACE-utfyllingen med behandlerne (spørsmål 2).

Vi spurte deltagerne i fokusgruppene om eksempler på hvordan MACE hadde vært nyttig for behandlingen.

Aha-opplevelser

Klinikere rapporterte at pasienter gjennom utfyllingen hadde fått «aha-opplevelser» om glemte hendelser, at opplevelser i oppveksten hadde sammenheng med aktuelle utfordringer, og at hendelser de hadde normalisert for seg selv, kunne forstås som vold.

Katalysator for egen tenkning og informasjon

Flere klinikere ga uttrykk for at den tematiske bredden og grundigheten i MACE var nyttig for egen tenkning om traumer, eksempelvis spørsmål relatert til neglisjering og ressurser i oppveksten. MACE fungerte også som en påminner om et tema som kan glemmes, eller være vanskelig å få fram i samtaler: «Jeg synes det er en fin måte å kartlegge traumer [på], mer detaljert enn jeg selv klarer spørre om og nøytralt. Jeg opplevde å få frem noe jeg visste (...) lå der, men som pasienten ikke klarte fortelle om.»

Begrunnelser for manglende opplevelse av nytte

I fokusgruppene framkom ulike begrunnelser for hvorfor en del pasienter ikke ønsket å dele innholdet i MACE med behandleren: at pasientene ikke hadde behov for eller ønske om å snakke om innholdet, at det ikke passet med hva som var fokuset i behandlingen, eller at de så på utfyllingen som en tjeneste til forskningen og dermed isolert fra behandlingen. Manglende deling bidro til at enkelte klinikere fikk færre erfaringer med den potensielle nytteverdien av MACE.

Anvendelse i poliklinikk

Åtti prosent av klinikerne svarte at de ønsker å fortsette å bruke MACE, se spørsmål 6 i tabell 1. Begrunnelse for «nei» og «vet ikke» inkluderte andre foretrukne arbeidsmetoder, prioritering av skjemaer for annen problematikk og snarlig pensjonering. På spørsmål om hvordan fokusgruppedeltagerne så for seg å bruke MACE i klinisk praksis, framkom det to undertemaer og et spenn i kontekstuelle hensyn og individuelle preferanser.

Brukssituasjoner

Flere framhevet at de vil bruke skjemaet på klinisk indikasjon, det vil si når det framkommer opplysninger eller mistanke om traumatiske opplevelser som de ønsker å utrede nærmere. Enkelte påpekte derimot at de så fordelene av å bruke MACE også på pasienter uten kjente eller mistenkte traumer ut fra et generelt ønske om å forstå pasientene bedre. Ingen ønsket å bruke MACE som et screeningsskjema for alle pasienter eller før de var blitt litt kjent med pasientene. Forsiktighetshensynet var en viktig begrunnelse.

Bruksmåter

Klinikerne foreslo to hovedmåter å benytte MACE på: enten som selvutfyllingsskjema eller som klinikerstyrt intervju. Som selvutfyllingsskjema foreslo de tre ulike kombinasjoner av tidspunkter og utfyllingssted: 1) hjemme mellom behandlingstimer, 2) på poliklinikk rett før en behandlingstime (som i studien) og 3) i en behandlingstime. Førende for valget var hvordan de trodde pasienten ville reagere (etikk), hva de ønsket å oppnå med utfyllingen (nytte), og foretrukne måter å jobbe på (individuelle preferanser).

For de tre selvutfyllingsalternativene framkom følgende refleksjoner om hva som ville påvirke valget:

- 1) Hjemmeutfylling ble foreslått som et alternativ for pasienter der man ikke forventer sterke reaksjoner. Det ble likevel ansett som viktig å gi pasientene «god informasjon om hva de kan forvente, så hvis det kommer en reaksjon, blir de ikke overrasket over det». Det ble også foreslått å opplyse pasientene om at de kan ringe behandleren hvis utfyllingen blir vanskeligere enn forutsett, og å gi kontaktinformasjon til legevakt ved behov for hjelp utenom kontortid.
- 2) Utfylling i forkant av en behandlingstime ble foreslått som et alternativ for pasienter der klinikerne er usikre på reaksjonen. Det ble også framhevet at utfylling i forkant av en time gjør pasienter mer bevisst egne oppvekstbelastninger, og at dette er en fordel når hensikten er å snakke om disse den påfølgende timen.
- 3) Utfylling i timen ble foreslått for pasienter som klinikerne antar kan ha et umiddelbart behov for ivaretagelse, som ved kjent og omfattende traumehistorikk. Det vil også være betryggende for klinikerne selv: «Om jeg hadde vært i tvil, ville jeg nok tenkt å gjøre det safest mulig.» I slike tilfeller ville hjemmeutfylling «risikere å gjøre vondt verre».

Mens flere uttrykte fleksibilitet i hvordan de så for seg å benytte skjemaet, hadde andre klarere preferanser

basert på hvordan de liker å jobbe som kliniker. Noen foretrakk at spørreskjemaer alltid fylles ut i behandlingstimer. Dette var både fordi pasienter erfaringsmessig har spørsmål knyttet til utfylling av skjemaer, og at det anses som en anledning til å samtale om temaer som berøres i skjemaene. Andre ga uttrykk for å oppleve spørreskjemaer som distanserende og fremmedgjørende: det «fjerner meg fra pasienten», og blir for «maskinmessig». Det opplevdes mer naturlig å bruke MACE som et intervju eller som en sjekkliste der spørsmål integreres i en løpende terapeutisk dialog. Det ble framholdt at dette kan gi rikere klinisk informasjon og fremme den terapeutiske alliansen.

Diskusjon

Vi undersøkte klinikerens erfaringer med og synspunkter på en nyutviklet norsk versjon av relasjonstraumeinstrumentet MACE. Ifølge klinikerne var MACE tilstrekkelig selvforklarende og forståelig til å fungere som selvutfyllingsskjema, men de erfarte at enkelte pasienter med omfattende traumehistorikk opplevde sterkt ubehag. Til tross for dette synes ingen pasienter å ha angret på deltagelsen. De fleste klinikerne som deltok opplevde instrumentet som nyttig for pasientbehandlingen. Basert på erfaringene foreslo klinikerne ulike måter å bruke MACE på som ivaretar både mulige pasientreaksjoner, nytteperspektivet og klinikernes individuelle preferanser.

Aksept

Forståelse av hvordan fylle ut skjemaet

Et mindretall av pasientene syntes det var «litt» vanskelig å fylle ut skjemaet. Spørsmål om utfyllingen omhandlet ifølge klinikerne «enkle ting». Ettersom spørsmålene varierte, tyder dette på at det ikke er systematiske forhold ved skjemaet som oppleves som vanskelige å forstå. Dette harmonerer med hvordan de innleverte skjemaene er utfylt og med tilbakemeldingene fra fem pasienter og fem ikke-pasienter ved VVHF og NTNU som fungerte som referansepersoner da skjemaet ble oversatt og utformet. Funnene tyder på at MACE har akseptabel vanskelighetsgrad som selvutfyllingsskjema for allmennpolikliniske og ruspolikliniske pasienter.

Emosjonelle reaksjoner på utfyllingen

Ifølge klinikerne opplevde nesten tre femdel av pasientene et visst emosjonelt ubehag i forbindelse med utfyllingen av MACE-skjemaet. For omtrent en tittel ble utfyllingen vurdert som veldig ubehagelig. Det er vanskelig å finne direkte sammenlignbare tall i litteraturen, men på tvers av ulike populasjoner og

metoder synes deltagelse i traumefokuserte studier i snitt å medføre lavt til moderat ubehag (Jaffe et al., 2015). Funnet er basert på deltageres selvrapporing, og det er uklart i hvilken grad funnene i vår studie påvirkes av at de er klinikerrapporterte. En annen vesentlig forskjell er at de fleste tidligere studier har undersøkt den generelle befolkningen og studenter og i mindre grad pasienter og traumatiserte populasjoner.

Mange traumefokuserte studier har vist en positiv sammenheng mellom traumatiseringsgrad og ubehagsgrad ved deltagelse (Jaffe et al., 2015; Legerski & Bunnell, 2010). I en korrelasjonsanalyse fant også vi en signifikant om enn moderat sammenheng mellom totalskår på MACE og klinikernes vurdering av hvor ubehagelig det var for pasientene å svare på traumespørsmålene. I fokusgruppene framkom det utfyllende informasjon som bidro til å belyse hvorfor sammenhengen ikke var sterkere. Flere klinikere rapporterte at deres pasienter klarte å stenge av følelsene under utfyllingen, mens andre ble overrumplet og overveldet. Hvorvidt det er en sammenheng på individnivå, handler trolig om flere ting, som individuelle ressurser – inkludert evnen til å regulere egne følelser – og i hvilken grad traumene fortsatt oppleves som truende.

En interessant observasjon er at noen av pasientene med de sterkeste reaksjonene ga uttrykk for ikke å angre på deltagelsen i etterkant. Vi kjenner ikke til hvilke avveininger som ligger til grunn for disse pasientenes konklusjoner. Tidligere studier har indikert at deltageres negative reaksjoner er kortvarige, få angre på deltagelse tross sterke reaksjoner, og deltagelsen vurderes i et mer positivt lys etter noe tid. For en betydelig andel oppleves det i ettertid som vekstfremmende å bli stilt spørsmål om traumer, og de som har opplevd traumebelastninger, er mer positive til å ha deltatt enn de som ikke har det. Det oppleves også positivt å kunne bidra til forskning (Jaffe et al., 2015; Legerski & Bunnell, 2010). For de med sterke negative reaksjoner synes det altså å være en diskrepans mellom den umiddelbare opplevelsen av å delta og opplevelsen av deltagelsen på noe sikt (Jaffe et al., 2015).

Vi er ikke kjent med at noen av pasientene i vår studie angret på deltagelsen på grunn av sterke reaksjoner eller av andre grunner. Selvseleksjon kan være én grunn til dette. I fokusgruppene framkom det at en del pasienter avsto å delta for å beskytte seg selv mot ubehagelige reaksjoner. Selvseleksjon er lite undersøkt innen traumeforskning. Noen få studier har funnet at de som har samtykket til deltagelse uten å fullføre, har flere traumatiske erfaringer enn de som fullførte. Det er imidlertid gjort lite forskning på begrunnelser for å avslå deltagelse i utgangspunktet (Legerski & Bun-

nell, 2010). Det er altså mulig at en del pasienter avslår å delta fordi de forventer sterke reaksjoner, slik som i vår studie. Det er naturlig nok uvisst om disse ville vurdert egen deltagelse som mer negativ enn de som faktisk deltar. Dette gjør at det er en viss usikkerhet beheftet ved vår forståelse av MACE og andre traumeinstrumenters potensial for å vekke negative reaksjoner på kort og lengre sikt. Eksisterende evidens tilsier at det kan oppleves like ubehagelig å bli spurt om andre stressrelaterte forhold (Jaffe et al., 2015; Legerski & Bunnell, 2010). Et annet poeng er at selvseleksjon for deltagelse i forskning på traumer kan føre til en underestimert av traumeforekomst.

Nytte

Instrumenter for kartlegging av traumer er ofte utviklet av forskere for forskning. Det er viet mindre oppmerksomhet til hvordan klinikere opplever nytten av instrumentene. I vår studie fant vi at et stort flertall av klinikerne opplevde MACE som nyttig for poliklinisk behandling. MACE bidro til at traumer fikk mer plass i samtalene, og til at terapeut og pasient identifiserte konkrete erfaringer. I fokusgruppene ble det gitt eksempler på hvordan MACE hjalp både pasienter og klinikere i deres forståelse av traumer generelt, til å se konkrete sammenhenger mellom traumatiske opplevelser og aktuelle problemer, og til å gi opplevelsene et språk. Et av instrumentets styrker – den tematiske bredden og detaljrikdommen – ble trukket fram som en viktig grunn for dette. Opplevelsen av nytte synes å trumfe at skjemaet er relativt omfattende og dermed også tidkrevende å fylle ut for pasientene. MACE-55 er noe mindre omfattende og tidkrevende å fylle ut enn versjonen med 75 spørsmål som ble benyttet i valideringsstudien.

Det er sannsynlig at klinikernes rapporterte opplevelse av nyttegrad ble negativt påvirket av at enkelte kun inkluderte pasienter med lite traumer, og at det var frivillig for deltagerne å dele innholdet i utfyllingen med sine behandlere.

Anvendelse

Opplevelsen av nytte ble understreket av at et flertall av klinikerne som deltok i undersøkelsen, ønsket å benytte MACE i framtiden, men at bruken ville variere med omstendighetene og personlige metodepreferanser. Kjent eller mistenkt forekomst av traumer framsto som styrende for bruken. Det var ingen i fokusgruppene som ønsket å benytte skjemaet til screening av alle pasienter. Angående bruksmåte var det mest interesse for å benytte MACE som et selvutfyllingsskjema og kun unntaksvis som intervju. For selvutfylling ble det foreslått tre alternative prosedyrer: hjemmutfyl-

ling, utfylling rett i forkant av en behandlingstime og utfylling i en behandlingstime. Styrende for valget var klinikernes vurdering av enkeltpasienters potensial for negative reaksjoner, altså etiske avveieringer. Det var viktig for klinikerne å gi pasientene god informasjon om mulige reaksjoner og å tilby et sikkerhetsnett hvis reaksjonene skulle bli uhåndterbare. Også klinikernes mål med utfyllingen hadde betydning for framgangsmåten, og da først og fremst om utfyllingen skulle fungere som en direkte foranledning til å fokusere på traumer i behandlingen. I så fall ble utfylling rett før eller i en behandlingstime framhevet som foretrukne alternativer. Et tredje element som ville påvirke bruksmåten, var individuelle preferanser, for eksempel at enkelte foretrekker at skjemaer fylles ut sammen med dem, eller at spørsmål fra spørreskjemaer integreres i behandlingssamtaler.

Styrker og begrensninger ved studien

I denne studien fokuserte vi på klinikerens erfaringer og synspunkter. Vi mener at det har en egenverdi å involvere klinikere i forskning på hvordan deres pasienter aksepterer kartleggingsinstrumenter. I tillegg til å løfte fram klinikerperspektivet tror vi at dette bidro til å fasilitere deres synspunkter på forsiktighetshensyn og nytte i vår studie. I ettertid ser vi at det hadde vært interessant også å inkludere tilbakemeldinger direkte fra pasientene. Dette kunne vært gjort ved å be pasientene om å svare på graderte spørsmål om akseptbarhet umiddelbart etter å ha fylt ut MACE, eventuelt også på et noe senere tidspunkt for å sammenligne umiddelbare emosjonelle reaksjoner og mer bearbejdede synspunkter. Dette ville gjort det mulig å sammenligne klinikerens og pasienters vurdering av instrumentets akseptbarhet for pasientene, samt gitt oss økt innsikt i etiske spørsmål ved bruk av traumekartlegginger, jf. diskusjonen over. I ettertid ser vi også at graderingen «ganske ubehagelig» burde vært inkludert i loggfilen.

I fokusgruppene deltok halvparten av klinikerne som hadde inkludert minst tre pasienter i valideringsstudien. Disse representerte omtrent to femdel av deltagende pasienter. Det kvalitative materialet kunne vært rikere hvis flere av klinikerne med mest erfaring

med MACE hadde hatt anledning til å delta. En av studiens styrker er at de aller fleste deltagende pasientene er representert via klinikernes loggfiler og svar på spørreundersøkelsen.

Avslutningsvis håper vi at studiens kombinasjon av spørreundersøkelse og fokusgrupper kan være til inspirasjon for framtidige studier på akseptbarhet, nytte og anvendelse av kartleggingsinstrumenter. Flere problemstillinger og perspektiver kan belyses ved å inkludere pasienters tilbakemeldinger. I tillegg til graderingssvar kan intervjuer av pasienter gi større detaljrikdom. Et prosjekt som inkluderer pasientintervjuer, vil være søknadspliktig til regional etisk komite.

Konklusjon

MACE synes å være et instrument som verdsettes av klinikere. Med sin brede og detaljerte tilnærming fyller MACE et tomrom som ikke dekkes av andre instrumenter for retrospektiv kartlegging av relasjonsbelastninger i oppveksten for voksne. Enkelte pasienter med omfattende traumehistorikk kan oppleve utfyllingen som sterkt ubehagelig og overveldende. Noen pasienter rapporterte til tross for dette at de ikke angret på deltagelsen. Det er nærliggende å fortolke dette dit hen at positive sider ved å delta, som økt selvinnsett, gir mening til ubehaget. Andre pasienter med omfattende traumehistorikk opplevde ikke ubehag, fordi de stengte av følelsene under utfyllingen. I sum synes det å være en positiv kost-nytte balanse for personer i behandling som har opplevd store relasjonsbelastninger. Av forsiktighetshensyn er det likevel viktig å ha gode rutiner for hvordan sterke negative reaksjoner skal håndteres ved bruk av MACE både i klinikk og forskning. For pasienter med få eller mindre alvorlige relasjonsbelastninger kan MACE være for omfattende og tidkrevende. Andre og kortere instrumenter kan egne seg bedre til screeningformål. Vi i VVHF jobber nå med å utarbeide en kortversjon av MACE. ✘

Takksigelser

Vi ønsker å rette en stor takk til klinikere, pasienter, kontorpersonale og ledere ved Ringerike DPS og Asker DPS som har bidratt til å gjøre denne studien mulig.

Referanser

- Bernstein, D. P., Ahluvalia, T., Pogge, D. & Handelsman, L. (1997). Validity of the Childhood Trauma Questionnaire in an adolescent psychiatric population. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 36(3), 340–348. <https://doi.org/10.1097/00004583-199703000-00012>
- Bifulco, A., Brown, G. W. & Harris, T. O. (1994). Childhood Experience of Care and Abuse (CECA): A retrospective interview measure. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 35(8), 1419–1435. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.1994.tb01284.x>
- Braun, V. & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77–101. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp0630a>
- Devi, F., Shahwan, S., Teh, W. L., Sambasivam, R., Zhang, Y. J., Lau, Y. W., Ong, S. H., Fung, D., Gupta, B., Chong, S. A., Subramaniam, M. (2019). The prevalence of childhood trauma in psychiatric outpatients. *Annals of General Psychiatry*, 18, 15. <https://doi.org/10.1186/s12991-019-0239-1>
- Felitti, V. J., Anda, R. F., Nordenberg, D., Williamson, D. F., Spitz, A. M., Edwards, V., Koss, M. P., Marks, J. S. (1998). Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults. The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. *American Journal of Preventive Medicine*, 14(4), 245–258. [https://doi.org/10.1016/s0749-3797\(98\)00017-8](https://doi.org/10.1016/s0749-3797(98)00017-8)
- Fosse, R., Skjelstad, D. V., Schalinski, I., Thekkumthala, D., Elbert, T., Aanonsen, C. M., Greger, H. K., Jozefiak, T. (2020). Measuring childhood maltreatment: Psychometric properties of the Norwegian version of the Maltreatment and Abuse Chronology of Exposure (MACE) scale. *PLoS One*, 15(2), e0229661. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0229661>
- Isele, D., Teicher, M. H., Ruf-Leuschner, M., Elbert, T., Kolassa, I.-T., Schury, K. & Schauer, M. (2014). KERF-An instrument for measuring adverse childhood experiences: Construction and psychometric evaluation of the German MACE (Maltreatment and Abuse Chronology of Exposure) Scale. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie: Forschung und Praxis*, 43(2), 121–130. <https://doi.org/10.1026/1616-3443/a000257>
- Jaffe, A. E., DiLillo, D., Hoffman, L., Haikalas, M., Dykstra, R. E. (2015). Does it hurt to ask? A meta-analysis of participant reactions to trauma research. *Clinical Psychology Review*, 40, 40–56. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2015.05.004>
- Legerski, J.-P. & Bunnell, S. L. (2010). The risks, benefits, and ethics of trauma-focused research participation. *Ethics & Behavior*, 20(6). <https://doi.org/10.1080/10508422.2010.521443>
- Ohashi, K., Anderson, C. M., Bolger, E. A., Khan, A., McGreenery, C. E. & Teicher, M. H. (2019). Susceptibility or resilience to maltreatment can be explained by specific differences in brain network architecture. *Biological Psychiatry*, 85(8), 690–702. <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2018.10.016>
- Saini, S. M., Hoffmann, C. R., Pantelis, C., Everall, I. P. & Bousman, C. A. (2019). Systematic review and critical appraisal of child abuse measurement instruments. *Journal of Psychiatry Research*, 272, 106–113. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2018.12.068>
- Schalinski, I., Breinlinger, S., Hirt, V., Teicher, M. H., Odenwald, M. & Rockstroh, B. (2019). Environmental adversities and psychotic symptoms: The impact of timing of trauma, abuse, and neglect. *Schizophrenia Research*, 205, 4–9. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2017.10.034>
- Schalinski, I., Teicher, M. H., Nischk, D., Hinderer, E., Muller, O. & Rockstroh, B. (2016). Type and timing of adverse childhood experiences differentially affect severity of PTSD, dissociative and depressive symptoms in adult inpatients. *BMC Psychiatry*, 16, 295. <https://doi.org/10.1186/s12888-016-1004-5>
- Schalinski, I., Teicher, M. H. & Rockstroh, B. (2019). Early neglect is a key determinant of adult hair cortisol concentration and is associated with increased vulnerability to trauma in a transdiagnostic sample. *Psychoneuroendocrinology*, 108, 35–42. <https://doi.org/10.1016/j.psyneuen.2019.06.007>
- Teicher, M. H. & Parigger, A. (2015). The 'Maltreatment and Abuse Chronology of Exposure' (MACE) Scale for the retrospective assessment of abuse and neglect during development. *PLoS One*, 10(2), e0117423. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0117423>
- van der Feltz-Cornelis, C. M., Potters, E. C., van Dam, A., Koornijk, R. P. M., Elfeddali, I. & van Eck van der Sluijs, J. F. (2019). Adverse Childhood Experiences (ACE) in outpatients with anxiety and depressive disorders and their association with psychiatric and somatic comorbidity and revictimization. Cross-sectional observational study. *Journal of Affective Disorders*, 458–464. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.12.096>
- Zhu, J., Lowen, S. B., Anderson, C. M., Ohashi, K., Khan, A. & Teicher, M. H. (2019). Association of prepubertal and postpubertal exposure to childhood maltreatment with adult amygdala function. *JAMA Psychiatry*. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2019.0931>



Ansiktsløs psykoterapi

Et terapiforløp kun bestående av stemmer som snakker sammen, kan aldri erstatte det fysiske møtet mellom behandler og pasient. Eller?

TEKST

Mira Hagelund og Kaja Asbjørnsen Betin, teamleder for Lovisenberg e-helseteam og styreleder i Psykologenes forening for digital helse (DigPsyk)

BRUKERMEDVIRKNING er et begrep som har høy status, og det er enkelt å si at man som helsetjeneste ønsker at pasienter skal delta aktivt i å utforme sine behandlingsforløp. På den ene siden har behandlere et ansvar for å ivareta pasientens behov gjennom å sikre at behandlingen som tilbys er potensielt nyttig, og å unngå å påføre pasienten skade. På den andre siden eksisterer det en hårfin balanse mellom det å ivareta og det å overbeskytte. For eksempel vil det satt på spissen kunne kalles misbruk av makt å ikke gi pasienter i helse- og omsorgssektoren alternativer. Dersom personalet ved en institusjon sier til brukeren at han kan spise hva han vil, samtidig som det kun er blitt handlet inn ett pålegg, har ikke brukeren et reelt valg. På lik linje kan vi si at det å ikke gi pasienter valget mellom ulike måter å være i kontakt med helsetjenesten på, er å frata pasientene mulighet for brukermidvirkning. Vårt ønske med å skrive denne artikkelen er å sette spørsmålsteget ved hvor reelle

valgmuligheter pasienter har i møte med psykisk helsevern. Gjennom Miras terapihistorie, sett fra henholdsvis pasientens og behandlerens ståsted, belyser vi verdien av å bli møtt på de behovene en som pasient har når både psykisk smerte og praktiske forhold må tas hensyn til.

Mira: Da Kaja ringte meg i januar i fjor og informerte om at det var to måneders ventetid til behandling, sank hjertet mitt i brystet. Jeg ønsket behandling og trengte behandling. Ikke om to måneder, men med en gang. Da Kaja like etter spurte om jeg ville være med på et nettbasert behandlingsprosjekt i venteperioden, var mitt svar umiddelbart ja. Her begynte en prosess jeg på dette tidspunktet ikke ante skulle ende i denne artikkelen og i et ønske om å belyse alternative behandlingsformater. Veien blir til mens man går, som det så fint heter. Jeg startet raskt etter samtalen å jobbe med et behandlingsprogram via Braive,

som kort fortalt er en nettbasert behandlingsplattform der behandleren har tilgang til å se det pasienten arbeider med, og samtidig følger opp pasienten via ukentlige samtaler. Pasienten har også mulighet til å kommunisere med behandleren via sikre tekstmeldinger. Braives programmer er bygget opp med moduler som består av tekstoppgaver, videosnutter med forklaringer og informasjon, samt lydøvelser.

For meg var dette et godt verktøy som hjalp meg med å sortere tanker og følelser i den tilstanden jeg da befant meg i. Jeg brukte Braive aktivt under hele venteperioden, og syntes det var en god måte å jobbe på. At jeg selv kunne velge når jeg skulle jobbe med programmet, og at det var enkelt å bruke, gjorde at jeg brukte det nesten daglig. Jeg merket at det å skrive og å kunne gå tilbake til oppgavene etter at jeg hadde jobbet meg gjennom dem første gang, var en god måte å jobbe på. Sammen med ukentlige telefonsamtaler med Kaja satte programmet i gang en fantastisk prosess i en periode der jeg ellers bare ville vært sykemeldt.

Kaja: Da covid-19-pandemien kom til Norge for alvor i mars 2020, var jeg allerede godt vant til å følge opp pasienter på avstand. Gjennom min stilling som prosjektleder for ALEC-prosjektet ved Lovisenberg DPS hadde jeg i ett år gitt internettsistert behandling i ventetiden til pasienter ved Poliklinikk Helse og arbeid (tidligere Raskere tilbake), ofte uten noen gang å møte pasienten. En av disse pasientene var Mira, som gjennom de siste månedene hadde fullført et nettbasert behandlingsprogram samtidig som hun fikk telefonoppfølging av meg. Jeg husker at jeg i ventetiden var glad for at Mira skulle få et annet tilbud med et høyere omsorgsnivå etter hvert, da jeg opplevde hennes psykiske helsetilstand som nokså dårlig. Mira jobbet godt med programmet og virket ressurssterk. Men jeg var ganske sikker på at det måtte langt mer enn et veiledet internettførløp til for at hun skulle bli frisk nok til å komme tilbake i jobb og ikke minst komme seg ut av den lidelsesfulle tilstanden jeg opplevde at hun var i. Faktisk var jeg usikker på om hun i det hele tatt hørte til vår avdeling, eller om hun burde overføres til et annet behandlingsnivå. Her måtte det antagelig både langvarig og oppmøtebasert terapi til, tenkte jeg temmelig skråsikkert.

Så, 12. mars, kom beslutningen fra regjeringen om å stenge ned de fleste arenaer der men-



Mitt «oppmøte» via telefon var langt høyere enn hva det ville vært dersom jeg hadde vært nødt til å møte fysisk

nesker møtes. Ved vår klinikk fikk vi beskjed om at ingen pasienter skulle møte opp i våre lokaler, og vi måtte flytte alle konsultasjoner over på telefon og etter hvert også video. Det var på dette tidspunktet besluttet at Mira skulle ha meg som behandler også etter endt ventetid, og jeg hadde forberedt meg på å legge bort det internettbaserte behandlingsprogrammet for å konsentrere meg om å jobbe i dybden med konkret tematikk i hennes liv. Jeg tok en telefon til Mira og informerte om situasjonen, som jeg anså som veldig ubeleilig for hennes del. Mira var derimot langt mer løsningsorientert og foreslo umiddelbart at vi kunne fortsette å snakke sammen på telefon. Hun hevdet at hun syntes dette fungerte såpass godt at hun hadde tiltro til at det også ville fungere når vi nå skulle endre format fra veilednings- til behandlingssamtaler.

Jeg skjulte bevisst hvor skeptisk jeg var til dette der og da, da jeg vurderte at det ville være lite hensiktsmessig å legge sten til byrden ved å signalisere at jeg nok ikke ville klare å hjelpe henne slik jeg ønsket over telefon. Jeg trøstet meg med at det verste utfallet ville være at kvaliteten på behandlingen ble forringet i en periode, og at vi på et senere tidspunkt ville kunne møtes fysisk i stedet. En erkjennelse som var hard å svelge for en terapeut med yrkesstolthet og ønske om å hjelpe en pasient i nød. Men i og med at jeg gjennom den siste tiden hadde brukt mye tid og energi på å motivere andre psykologer til å være plattformfleksible og modige i møte med unntakssituasjonen, kunne jeg ikke være unnskende selv. Jeg gikk derfor med på å sette i gang emosjonsfokusert individualterapi over telefon.

Mira: Etter at jeg hadde jobbet meg gjennom programmet i Braive, fortsatte vi samtaler våre på telefon. Dette ble kanskje den viktigste delen av terapien for meg. Vi dypdykket i større temaer og min tillit og kjemi med Kaja ble sterkere. Jeg jobbet også aktivt med meg selv mellom sam-



talene. Jeg har ved en tidligere anledning gått i tradisjonell samtalebehandling med oppmøte på kontoret til psykologen, og opplevde telefonterapi som mer effektivt. I vår oppsummerings-samtale før avslutningen av behandlingsforløpet sammenlignet jeg min opplevelse med de opplevelsene jeg har hatt med ungdommer på institusjoner der jeg har jobbet som miljøterapeut. Med ungdommene har jeg selv erfart at den gode samtalen ofte kommer i de situasjonene hvor ungdommen ikke er tvunget til blikkontakt eller å bli aktivt observert, som på lengre bilturer, for eksempel. Samtalen flyter lettere, vi kommer inn på andre og dypere temaer, samtidig som samtalen føles mer avslappet. Jeg tror det er noe av det samme som det jeg opplevde da jeg fikk mulighet til å gjennomføre terapi over telefon. Jeg er sikker på at dette forkortet mitt sykdomsforløp med mange måneder. Jeg vet også med sikkerhet at mitt «oppmøte» via telefon var langt høyere enn hva det ville vært dersom jeg hadde vært nødt til å møte fysisk, da dagsformen min på dette tidspunktet var svært varierende.

Kaja: Etter som tiden gikk og vi gjennomførte stadig flere behandlingssamtaler, la jeg merke til at det Mira formidlet under samtalene, i stor grad var sammenfallende med det jeg ellers pleide å observere under behandlingsforløp med positivt utfall. Lidelsestrykket ble mindre, Mira ga uttrykk for innsikt i egne reaksjoner, og hun beskrev en prosess mellom timene som tydeliggjorde at det foregikk en reell emosjonell bearbeiding på et dypere plan. Som terapeut hadde jeg måttet forholde meg til en behandlingssituasjon der jeg ikke hadde det vanlige registeret å spille på, som blick, kroppsspråk og intervensjoner som krevde at jeg visuelt kunne følge med på det som skjedde. Det gjorde at jeg måtte lytte etter ørsmå variasjoner i kvaliteten i Miras stemme og etter hva lydene og ordene hennes sa meg om hvordan hun hadde det, og hvordan jeg traff med mine tilbakemeldinger. Det følte som jeg gjorde jobben halvveis fordi jeg utelukkende måtte stole på det stemmene våre klarte å formidle til hverandre. Det var derfor både overraskende og interessant at det så ut til at Mira opplevde samtalene våre som nyttige. Etter 12 samtaler på telefon var vi begge enige om at Mira hadde oppnådd såpass stor bedring at det ga mening å avslutte behandlingsforløpet.

De to siste samtalene ble gjennomført ved fysisk oppmøte, da vi begge hadde lyst til å se

hverandre innen våre veier skiltes. Mira fortalte hvor viktig det hadde vært for henne at jeg hadde gått med på å fortsette forløpet over telefon, selv om jeg helst ville at vi skulle treffes fysisk. Hun sa hun hadde følt seg hørt. Hun sa videre at hun opplevde å være en annen person ved avslutning enn hun var da hun ble henvist til behandling. Hun sa også at hun veldig gjerne ville hjelpe meg med å spre budskapet om hvor virksom behandling på avstand kan være, til og med når pasient og behandler ikke ser hverandre. Det øyeblikket må være et av de mest inspirerende jeg har opplevd som terapeut. Der satt en pasient som jeg kun hadde snakket med på telefon, og sa at hun hadde blitt et nytt menneske på bakgrunn av hjelpen hun hadde fått. Og at hun ønsket å bruke sine krefter på å formidle sine erfaringer videre til beslutningstakere og til dem som henholdsvis gir og mottar terapi.

Mira: Behandlerne ønsker at vi pasienter skal skape endring i oss selv, og snakker om hvor viktig det er å ha troen på oss selv og møte vår frykt. Om å tørre å prøve nye ting og utfordre oss selv, å gi gradvis slipp på de innarbeidede mønstrene fra barndommen og tidligere erfaringer. Nå utfordrer jeg behandlerne til det samme. Etter å ha gjennomført både nettbasert behandling og telefonterapi vil jeg si at jeg er et levende bevis på at det ikke eksisterer en enkeltstående sannhet om hvordan terapi kan eller bør utføres. Alle kan ikke nyttiggjøre seg av terapi på telefon eller over nett, på samme måte som ikke alle kan nyttiggjøre seg av terapi i den formen vi er mest vant til, ved at pasienten møter fysisk på et kontor. Mitt ønske er at psykologer, politikere og andre som er med på å bestemme hva som er best for dem som søker hjelp, i større grad åpner opp for at det ikke finnes en fasit. Jeg er også blitt opptatt av hva



Det følte som jeg gjorde jobben halvveis fordi jeg utelukkende måtte stole på det stemmene våre klarte å formidle til hverandre

”

Har psykologen noen ganger større motforestillinger enn pasienten når det gjelder bruk av internettassistert behandling?

det er som gjør oss så redde for det ukjente. Er det en reell frykt for pasientens ve og vel det er snakk om, eller er det en mer generell frykt for å gå nye veier hos behandlere og beslutningstakere? Eller begge deler, kanskje?

Kaja: For meg som psykolog har møtet med Mira bidratt til at jeg har innsett i langt større grad enn tidligere at terapiens veier er uransakelige. Miras behandlingshistorie viser hvor viktig det er å lytte når pasienten har klare oppfatninger av hva hun trenger, og av hva som er godt nok for henne. Som behandlere både inntar og tilskrives vi en ekspertposisjon som noen ganger kan gjøre oss for lite villige til å våge oss ut i

det ukjente. Jeg er overbevist om at det i de aller fleste tilfeller er pasienten selv som best kjenner sine behov, og at det som i en teknisk språkdrakt kalles brukermedvirkning, er uendelig viktig. Vi *kan* faktisk oppnå mye med begrenset informasjon tilgjengelig, og i mange tilfeller kan vi utrette mye selv når vi mister noe underveis. Mira er nok ikke en helt typisk pasient ved at hun hadde svært gode forutsetninger for å ta til seg de terapeutiske intervensjonene hun mottok, men det finnes også mange som henne.

At det ikke bare er pandemier som kan gjøre oppmøtet på psykologens kontor til en uoverstigelig utfordring, er en erkjennelse psykisk helsevern og andre tilbydere av helsehjelp bør ta med seg inn i fremtiden – uavhengig av hvilke restriksjoner storsamfunnet setter på vår bevegelsesfrihet.

Epilog (Mira): Jeg er nå tilbake til mitt gamle jeg, eller forresten, la meg omformulere:

Jeg har blitt en enda bedre versjon av den jeg alltid har visst at jeg er. Jeg er nå i full jobb og holder på med flere nye prosjekter. Takk til Kaja som så meg og turte å tenke annerledes sammen med meg. Takk for at du stolte på meg når jeg fortalte hva jeg trengte. ✕

AKTUELT

Doktorgrad om angstmestring i skolen

Nylig disputerte Elisabeth Bakke Husebø med sitt doktorgradsprosjekt om angstmestring i skolen.

Mange unge sliter med angst, og angstmestringskurs er et lavterskeltilbud uten ventetid. I avhandlingen, som er titulert «Implementation of indicated anxiety prevention in schools», har Husebø tatt utgangspunkt i den første norske effektstudien av mestringskurs for angst gitt ved ungdomsskoler. Studien inkluderte 313 norske ungdommer, og stipendiaten undersøker hvilke forhold som påvirker gjennomføring av kursene, som er basert på kognitiv atferdsterapi.

Husebø og kolleger har i en studie som er publisert i *School Mental Health*, pekt på hvor viktig skolen er som rekrutteringsarena for å kunne tilby hjelp for ungdom som sliter med angstproblematikk. Bare 12,1 % av ungdommene som tilfredsstilte de diagnostiske kriteriene for en angstlidelse, rapporterte at de hadde fått hjelp for disse problemene. Doktorgradsarbeidet avdekker følgelig hvor nyttig det vil være å kunne tilby et lavterskeltilbud i skoletiden til en gruppe som ikke nødvendigvis får hjelp på en annen måte.

I tillegg har Husebø sett på hvordan helsesykepleiere og annet helsepersonell kan inngå i implementeringen av kursene på ungdomstrinnet, og hvilke faktorer gruppelederne oppgir som innspill til vellykket gjennomføring av kursene. Her nevnes blant annet opplæring, veiledning og støtte fra kolleger som sentrale komponenter.



FOTO: RUNE FOLVJSJORD / NORCE

REFERANSE

Husabo, E., Haugland, B. S., McLeod, B. D., Ogden, T., Rapee, R. M., & Wergeland, G. J. (2020). Does school-based recruitment for anxiety interventions reach youth not otherwise identified? A comparison between a school-based sample and a clinical sample. *School Mental Health*, 12(2), 366-377.

I hvert nummer drøfter representanter fra Fagetisk råd (FER) i Norsk psykologforening en fagetisk problemstilling. Du kan sende fagetiske spørsmål til etikkk@psykologtidsskriftet.no

FOTO: STIAN SØRHEIM ESPEVOLL



MARIA LØVVIK NORHEIM er leder for Fagetisk råd i Norsk psykologforening og spesialist i barne- og ungdomspsykologi.

Hvor langt strekker de fagetiske prinsippene for psykologer seg i sosiale medier?

Psykologer liker å være med andre psykologer. Faglig fellesskap var en av grunnene til at jeg sa ja til vervet i Fagetisk råd. Som eneste psykolog på en kommunal arbeidsplass ønsket jeg å ha ett sted der jeg kunne treffe fagfeller og drøfte ulike problemstillinger som dukker opp i en psykologfaglig praksis.

Grappa «Psykologer» på Facebook gir kanskje mange de samme følelsene av faglig fellesskap, på kryss og tvers av geografisk og organisatorisk plassering. Mange tenker nok også på dette som en lukket eller privat setting. Men med 7000 medlemmer – og uten noen garanti for at alle er psykologer, er dette i beste fall en sannhet med modifikasjoner. Selv om grupper i sosiale medier har status som lukkede eller private, kan innlegg og kommentarer lett deles ut av grappa.

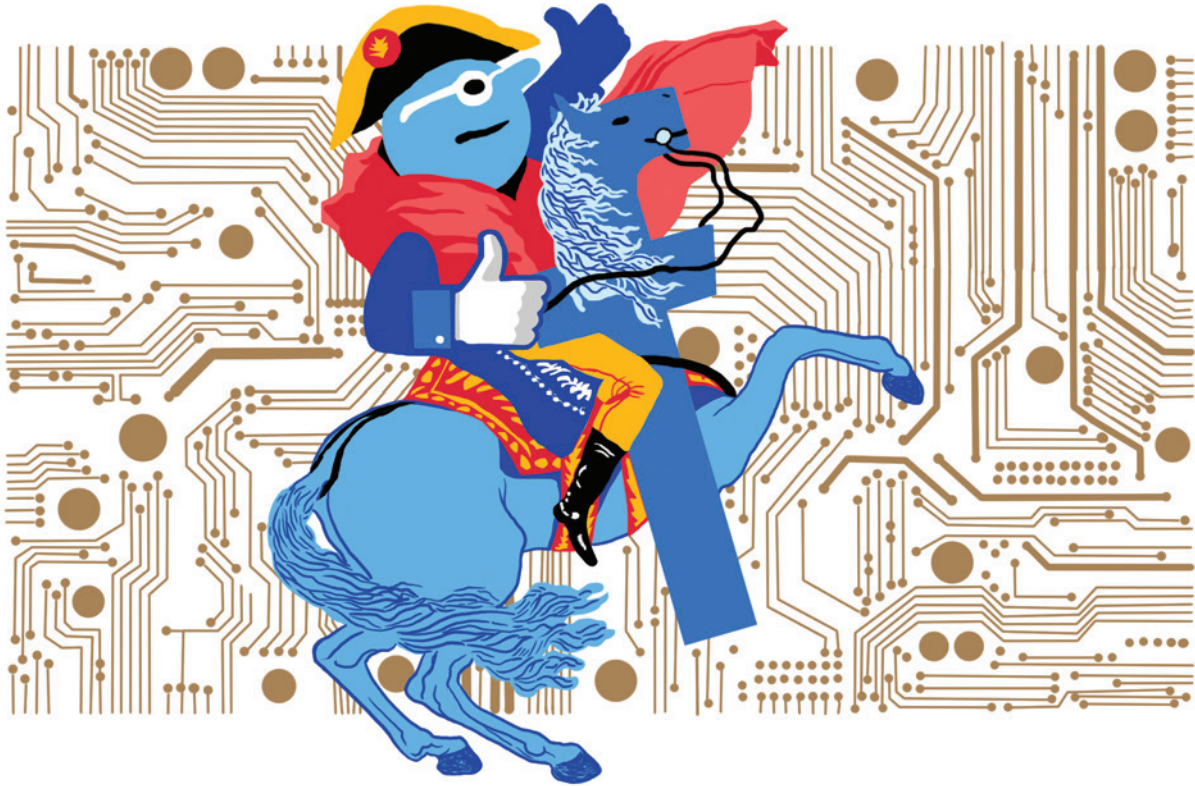
Fagetisk sett burde ikke det ha så mye å si. Det er ikke antallet involverte som er avgjørende for

om de fagetiske prinsippene er gjeldende. Om vi som psykologer agerer ovenfor 1 eller 1000 mottakere, så gjelder fortsatt prinsippene.

Men grappa er jo privat, vil mange si. Dette er noe jeg holder på med på fritida mi. Grenseoppgangen mellom privat og faglig liv for psykologer er utfordrende. De fagetiske prinsippene gjelder når vi er på jobb, men også når vi i andre «yrkesmessige situasjoner» bruker ferdigheter oppnådd gjennom psykologutdannelsen. Dette er ikke alltid lett å forholde seg til.

Situasjonen kan kompliseres enda mer ved at andre oppfatter oss som psykologer og setter oss inn i situasjonen som det, også når vi ikke selv har ment det slik. Hvor mye ansvar er det meningen at vi skal ta for hvordan andre oppfatter oss?

Fra tid til annen får Fagetisk råd henvendelser fra psykologer som reagerer på andre psykolo-



gers fremferd i sosiale medier. Kanskje har noen en treningsprofil, og kolleger synes det er problematisk at det finnes bikinibilder av psykologen på nett. Hva vil pasientene tenke? Noen poster innlegg som viser holdninger mange vil kunne oppfatte som diskriminerende og krenkende. Er slike holdninger forenlig med å kunne ivareta alle pasienter på en likeverdig måte? Det avgjørende da er om psykologen det er snakk om, bruker tittelen sin til å gjøre innholdet mer legitimt eller til markedsføring. Kobler psykologen sitt virke som psykolog opp mot fritidsaktiviteten eller sitt politiske engasjement? Utfordrer i så fall koblingen fagetiske prinsipper? Hvis ikke, er ikke dette en sak for Fagetisk råd. Å være psykolog tar ikke fra deg retten til en fritid eller til å ha politiske meninger. Og heller ikke til å bruke sosiale medier til å uttrykke deg.

Når vi er med i en Facebook-gruppe som heter Psykologer, som offisielt kun er åpen for auto-

riserte psykologer, og der det er psykologfaglige tema som drøftes – da er vi i en situasjon der vi *er* psykologer. Også når vi logger oss på utenom arbeidstida.

Det betyr at de fagetiske prinsippene også gjelder her. Spørsmålet er om også psykologer kan komme til å opptre på andre måter her enn de ville gjort i det virkelige liv. Som et tankeeksperiment: Ser du for deg at psykologer ville brukt plenumsdrøftinger på arrangementer i lokalavdelingene til å formidle pasienter til hverandre? Jeg tror ikke det. Men på Facebook skjer det. Jeg håper alle har avklart med pasienten det gjelder, at de formidler ønske om kontakt med andre behandlere på denne måten. Samtidig gjør mediet som benyttes, det vanskelig for både psykologen og pasienten å vite hva det samtykkes til. Hvor mange får tilgang til det som egentlig er nokså private forhold? Kan noen komme til å gjenkjenne saken nå eller

”

Fagetisk råd får henvendelser fra psykologer som reagerer på debattklimaet blant psykologer i sosiale medier

»

senere? På hvilket grunnlag anbefaler vi kolleger som kan ivareta pasientens behov?

Fagetisk råd får en del henvendelser fra psykologer som reagerer på debattklimaet blant psykologer i sosiale medier. Dette klimaet gjør at noen ikke ønsker å delta i diskusjoner der. De er redd for at deres utspill tas imot på en useriøs og ubehagelig måte fra andre kolleger.

Det fagetiske prinsippet om respekt viser både til respekt for pasienter og brukere, men også til tilsvarende respekt for kollegers og andre yrkesgruppers kompetanse. Hvordan ville «utenforstående» – det være seg brukere eller andre faggrupper – reagert på form og innhold i noen av disse diskusjonene? Hva skjer med tilliten til psykologer flest dersom vi som gruppe oppfattes å snakke nedsettende om andre faggrupper? Hvordan oppfattes vi når vi strekker grenseoppgangene for taushetsplikten og respekten for andre i en «lukket» Facebook-gruppe?

Et viktig spørsmål er om de fagetiske prinsippene hindrer psykologers meningsutveksling

og mulighet til å uttrykke seg fritt. Det er jo ikke hensikten. Men de fagetiske prinsippene skal bidra til at psykologers uttalelser opprettholder folks tillit til profesjonen. Prinsippene peker på at når vi uttaler oss offentlig som psykologer, oppleves vi også som representanter for en hel yrkesgruppe – ikke bare som representant for oss selv. Prinsippene oppfordrer oss til å være saklige og nøyaktige når vi uttaler oss, og at vi er tydelige på begrensningene som kan ligge i for eksempel kunnskapsgrunnlaget vi har.

Noen vil kanskje oppleve at å forholde seg til de fagetiske prinsippene i offentlige debatt blir en tvangstrøye. Det er ikke like lett å uttale seg fengende hvis en samtidig skal være så skikkelig og etterrettelig. Jeg kan forstå at det oppleves som et dilemma, særlig om fagetikken skulle hindre oss i en fri og utviklende faglig diskusjon. Jeg tror likevel vi kan skape et bedre debattklima med et større mangfold ved å forholde oss til prinsippene. Det kan bidra til økt deltakelse og at vi utvikler faget sammen, selv om vi ikke alltid er enige med hverandre. ✕

AKTUELT

ELTE-studentene tapte ankesaken

Heller ikke i Lagmannsretten vant ELTE-studentene fram med kravet om at de skal ha tilgang til psykologyrket i Norge. Det fremgår av en dom som ble avsagt 19. mai.

Hvis dommen ikke ankes, innebærer det at Helsepersonellnemndas og Helseledelsekontrollens vedtak om å nekte ELTE-studentene lisens/autorisasjon som psykolog blir stående. Ankefristen er på én måned.

Borgarting lagmannsrett har blant annet vurdert om de ELTE-utdannede kunne få tilgang til psykologyrket i Norge gjennom EUs yrkeskvalifikasjonsdirektiv. Da må søkeren i så fall ha samme yrke som en norsk psykolog, det vil si være «klinisk psykolog». Lagmannsretten svarte imidlertid nei på dette spørsmålet. Begrunnelsen er at tittelen «okleveles pszichologus», som ELTE-utdanningen fører fram til, ikke gir rett til å jobbe som klinisk psykolog i Ungarn. Dermed er de ikke utdannet til samme yrke som en psykolog i Norge.

Prosessfullmektig for staten, Torje Sunde, skriver i en e-post til Psykologtidsskriftet at dommen gjelder partene i denne aktuelle saken.

– Om de rettslige premissene også får betydning i andre saker, må vurderes av godkjenningmyndighetene i hver enkelt sak, påpeker han.

ELTE-studentenes advokat Per Andreas Bjørgan mener dommen viser hvor vanskelig det er å få gjennomslag i domstolene for rettigheter etter EØS-avtalen.

– Heller ikke de som hadde fullført ELTE-utdanningen, fått lisens som psykolog i Norge, stått i full stilling i spesialisthelsetjenesten i tre år og vist seg skikket da praksisendringen kom i 2016, blir ansett som vernet av EØS-avtalen. Det mener jeg er uforenlig med grunnleggende EØS-rettslige prinsipper, påpeker han i en e-post til Psykologtidsskriftet.

Behandlingen i Borgarting lagmannsrett var et resultat av at 163 psykologi-studenter utdannet i Ungarn anket dommen etter at de ikke fikk gjennomslag for sine krav i Oslo tingrett da saken ble behandlet der i november 2019.

Meninger



FOTO: NORA SKJERDINGSSTAD

Nei til frislipp

Psykologiprofessor Anne-Kari Torgalsbøen vender tommelen ned for regjeringens forslag om å endre gradsforordningen for at flere skal kunne utdanne psykologer. Hun spår at mindre utdanningsaktører vil slite stort med å opprettholde kravene til generalistmodellen.



IKKE-VITER

«I møtet med klienter må psykologen av nødvendighet innta en ikke-vitende, åpen og lyttende holdning.»

Professor emeritus Jan Smedslund melder seg på debatten om hvorvidt et standardisert psykisk helsevern er noe å trakte etter (s. 513).

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. Vi ønsker innlegg som er sendt eksklusivt til oss.

DEBATTINNLEGG

Maks 3000 tegn inkludert mellomrom

REPLIKK/KORTINNLEGG

Maks 1500 tegn inkludert mellomrom.

HOVEDKRONIKK

Hovedkronikken i Psykologtidsskriftet tar for seg en aktuell problemstilling eller et tema. Kronikken er ikke et svar på et annet innlegg. Lengde: 4000 til 8000 tegn inkludert mellomrom.

Redaksjonen kan redigere og forkorte innsendte bidrag. Psykologtidsskriftet er ansvarlige for titler, ingress og mellomtitler. Alle bidrag kan publiseres på nett. Innlegg kan også bli publisert i andre medier Psykologtidsskriftet inngår avtale med. Send inn i Word-format. Sett referanser i tråd med APA-stilen.



John Truitt 2021

Ett år med ISTDP - en bekymringsmelding

Etter over ett år i behandling med ISTDP kjenner jeg på et behov for å lufte noen bekymringer som pasient og et ansvar for å gjøre det som fagperson.

DET ER UTROLIG lærerikt som psykolog å selv få kjenne på det å være pasient. Fra et pasientperspektiv kan det imidlertid være en mindre god erfaring.

Jeg vil klargjøre at jeg hverken ønsker å føre et korstog mot en terapiretning eller henge ut en enkelt psykolog eller miljø. Jeg er ikke i ett sekund i tvil om at min psykolog ønsket meg vel og jobbet hardt, ei heller om at intensiv dynamisk korttidsterapi (ISTDP) er en god terapiform for mange. Terapiløpet mitt var slett ikke utelukkende negativt eller helt uten utbytte. Likevel, i etterkant av mitt forløp har jeg erfart at jeg ikke er alene om å ha hatt et krevende møte med denne terapiformen.

Flere kolleger utenfor ISTDP-miljøet har fortalt om pasienter med lignende erfaringer. Et innlegg på et nettforum resulterte i en ytterligere håndfull gjenkjennelige historier. Felles trekkene var ikke bare opplevelse av negative effekter, men at psykologen overså sentrale aspekter ved klientens situasjon, brukte svært utfordrende intervensjoner og var rigid i tilnærmingen, selv etter justeringer. En person, også en fagperson, beskrev et stort strev i den pågående terapien, følte den hadde snudd livet på hodet, og opplevde at livet ikke lenger hadde noen mening.

Dette er så klart høyst subjektive beskrivelser, som ikke nødvendigvis er representative. Søk etter mer vitenskapelig forskning på bivirkninger ved terapiformen ga dog ingen resultater. Faktisk kom jeg knapt over noen forskning uavhengig av ISTDP-miljøet. Jeg aner dermed

ikke hvor utbredt slike reaksjoner er, eller om det er flere bivirkninger ved ISTDP enn ved andre terapiformer. Poenget er imidlertid at det ikke virker som noen andre sitter på systematisk kunnskap om det heller.

SOM MAN ROPER I SKOGEN ...

Historiene jeg har møtt på, aktualiserer flere problemstillinger. Jeg kan for det første vise til tilfeller der man ikke har oppdaget tilstander der psykoterapi alene er inadekvat. I mitt tilfelle ble det uttrykt en viss skepsis til valg av medikamentell behandling, i fravær av systematisk utredning og i forkant av at diagnosen ble avklart. Jeg stiller meg på bakgrunn av dette kritisk til at en terapiform med såpass skarpe intervensjoner benyttes uten en metodeuavhengig diagnostisk vurdering. Feilvurderinger kan man ikke laste noen for, det kommer med jobben. Mangel på vurderinger etter konsensusbaserte systemer derimot, tyder på en selvsikkerhet nærmest grensende til arroganse. Jeg forstår et ønske om en annen type fokus enn på diagnoser og symptomer, og nytten i å bruke en kasusformulering som følger terapimodellen. Tross det vil jeg påstå at noe utredning ut over prøveterapi er hensiktsmessig for å sikre at man treffer med behandlingen, særlig i en tid der «precision psychiatry» er i vinden. Her er ikke ISTDP alene, dette er en kritikk jeg retter generelt mot rent teoribaserte terapitilnærminger. Kunnskapsbasen vi har om psykopatologi, er både stor og begrenset. Den utvides kontinuerlig med en tverrfarlig forskningsinnsats. Ut fra eksisterende kunnskap er det ikke belegg for



TEKST Camilla Bärthel
Flaaten, psykolog og
stipendiat

ILLUSTRASJON
Hilde Thomsen

ISTDP





Jeg stiller meg kritisk til at en terapiform med såpass skarpe intervensjoner benyttes uten en metodeuavhengig diagnostisk vurdering

kategoriske meninger om etiologi. Bruk av diagnostikk som a priori legger en bestemt tilnærming til grunn, kommer med åpenbare fallgruver. Som man roper i skogen, får man svar.

CATCH 22

Videre reagerer jeg sterkt på at pasienters signaler om manglende gjenkjennelse blir nærmest overkjørt til fordel for det som fremstår som klokkeretro på terapimetode. Min psykolog uttrykte tillit til egen kasusformulering, til tross for at den virket stadig mindre gjenkjennelig for meg. Det ble også lagt klare føringer på hva jeg egentlig følte, igjen på tvers av min opplevelse. Ideen er vel at følelsene er gjort utilgjengelig gjennom forsvar, noe jeg i økende grad lurer på om kvalitativt skiller seg fra å rett og slett ikke ha følelsen. Det å uttrykke mangel på følelsesmessige reaksjoner kan da nærmest bli en Catch 22. Teknikkene har åpenbart sin funksjon om klienten har en underliggende problematikk som avhjelpes av dem, forstår rasjonalet bak og opplever dem som nyttige, men det er ikke alltid tilfelle. Jeg har hørt om enkelte som til slutt lot som om de kjente visse følelser, eller som har blitt ropt til med oppfordringer om å bli sint. Så klart, et visst morderisk raseri gjør seg til slutt gjeldende når noen stiller et spørsmål for 47. gang. Det er ikke desto mindre noe utspekulert ved at psykologen i prinsippet kan tolke enhver skepsis som motstand. Forholdene ligger til rette for en prosess preget av usikkerhet og mislykkethet. Pågår en slik dynamikk over tid, kan man lett forestille seg hvordan det rokker ved folks selvopplevelse. Psykologer har stor definisjonsmakt, særlig i en terapeutrolle.

Også pasienters signaler om terapieffekt ser ut til å vektlegges mindre enn psykologens vurdering. Selv tematiserte jeg gjentatte ganger manglende effekt. Tilbakemeldingen var at psykologgruppen så fremgang, og at prosessen kunne innebære forverring og stagnasjon. Mitt inntrykk er også at terapiformen innebærer en god del ansvarliggjøring av pasienten, noe jeg ikke stiller meg udelt kritisk til. Ikke desto mindre er jeg usikker på hensiktsmessigheten i utsagn om at unnvikelse i terapien vil føre med seg at symptomer blir værende. Resultatet er at man blir hensatt til å gå med vedvarende symptomer. Terapien kjennes plutselig ikke så korttids når man gjør det.

KJØLIG OG AVMÅLT PSYKOLOGROLLE

Det fremstår dessuten som at det i ISTDP oppmuntres til en nokså spesiell psykologrolle for å fremskynde prosessen. Ut fra hva jeg erfarer, er det fristende å kalle den kjølig og avmålt. Igjen, jeg tviler ikke på at dette har en begrunnelse og en bruk. Samtidig har jeg erfart at dette har opplevdes som svært truende av enkelte uten at psykologen har tilpasset seg eller foreslått en annen terapi for klienten. Samlet er det altså flere spesifikke aspekter ved metoden som legger opp til et røft forløp. Dette kan ikke avfeies med at plagene kun er en del av prosessen. Uansett årsaksvurdering er det å la folk gå med et høyt, eller til og med økende, symptomtrykk over lengre tid ytterst etisk betenkelig.

Om mine anekdotiske betraktninger ikke synes tungtveiende for å trekke slutninger om negative terapieffekter, er mitt motsvar at terapeuters anekdoter heller ikke er det. Som helsepersonell har vi et ansvar for å vite om alle effekter ved behandling, og informere om dem. Vi ble fortalt på studiet at ulempene ved medikamentell behandling er bivirkningene, samt at medisiner har en uspesifikk virkning på «hele hjernen». I hvilken grad tar psykologer inn over seg at psykoterapi ikke bare har bivirkninger, men også i aller høyeste grad virker på hele selvet? ❌



IMPROVISASJON De ubestemt komplekse skiftende kontekstene gjør at psykologen må arbeide uten sterk støtte i tidligere erfaringer, og må improvisere og prøve seg frem, mener Jan Smedslund. Foto: Lee McLaughlin / Wikimedia commons

Å prøve seg frem

Er, eller er ikke, standardisering et gode i psykologisk praksis? Her vil jeg trekke frem fire momenter som uansett må tas i betraktning.*

ITOTANKEVEKKENDE debattinnlegg i *Tidsskrift for Norsk psykologforening* skriver Akiha Ottesen (2021) om ulempene og Lene Walderhaug (2021) om fordelene ved standardisering. Her vil jeg trekke frem fire momenter som uansett må tas i betraktning når vi diskuterer grunnlaget for vår praksis. Samlet peker de i retning av et bilde av hva psykologer må gjøre som underbygger Ottesens betraktninger, men også går videre. Temaene er kompliserte og kan her bare bli kort skissert. En fyldigere versjon finnes i Smedslund (2021).

Menneskelige opplevelser og aktiviteter er avhengige av ubestemt kompliserte, uavlatelige og irreversibelt foranderlige kontekster.

KONTEKSTENS BETYDNING

Konteksten består av alt som – når det endres – endrer opplevelsen (atferden). Kontekstens

betydning er grundig belyst i akademisk forskning, og er velkjent i psykologisk praksis. En direkte konsekvens er at det ikke kan finnes universelle, det vil si kontekstuavhengige psykologiske lover, noe som også stemmer med resultatene av over hundre års empirisk forskning. Dette betyr at man aldri kan holde total-situasjoner konstante, og at eksakt replikasjon av funn derfor er umulig. Gitt vanskelighetene med å kontrollere kontekstvariasjonen, begynte psykologene tidlig å bruke gjennomsnitt fra mange målinger og for grupper av forsøkspersoner. Fordi man ikke finner eksakte forskjeller og perfekte korrelasjoner, skiftet man til det mer beskjedne kriteriet avvik fra det tilfeldige. Funn over en grenseverdi ($p = .05$ eller $.01$) blir ansett som publiserbare, og sett på som «evidens». Denne metodikken basert



TEKST

Jan Smedslund, professor emeritus i psykologi ved Universitetet i Oslo

STANDARDISERING

.....

* Dette innlegget sammenfatter argumentasjon fra en internasjonal fagartikkel med tittelen From Statistics to Trust: Psychology in Transition (*New Ideas in Psychology*, 2021).



på gruppegjennomsnitt, sannsynlighetsberegning og standardiserte situasjoner, har vært gjenstand for utbredt og økende kritikk, nylig sammenfattet av Lamiell (2019), som skriver: «Gruppegjennomsnitt sier ingenting om et individ.» Forskingen har derfor skiftet fokus fra psykologi til psykodemografi.

Statistikk i psykologi sier heller ikke noe bestemt om fremtid, fordi forutsetningene (tidligere observerte relative frekvenser) skifter med kontinuerlig skiftende kontekster. En metafor for dette er at psykologer ikke kan «spille med standard terninger», men er henvisning til stadig skiftende sett av «loaded dice».

Det foregående betyr at psykologi ikke gir stabilt grunnlag for generelt holdbare diagnoser og teorier. Psykologiske fenomener (opplevelser, handlinger) er avhengige av skiftende totalkontekster, noe som gjør diagnostikk og teori vanskelig.

Et annet moment er at psykologiske fenomener ikke kan observeres, slik som naturfenomener.

KAN IKKE OBSERVERES, MEN HAR MENING

Bevegelser eksisterer uavhengig av personer, mens opplevelser og handlinger eksisterer for en person. Tenk på forskjellen mellom «en arm løfter seg», og «en person løfter sin arm». At armen løftes, kan observeres, fotograferes og måles. Handlingen å løfte armen er målrettet og kontekstavhengig, og meningen med bevegelsen kan ikke observeres. Forholdet mellom observasjon og mening kan sammenfattes slik: Hver mening kan uttrykkes på ubegrenset mange måter, og hver observasjon kan ha ubegrenset mange meninger.

Sagt på en annen måte betyr det foregående at en psykologisk beskrivelse ikke kan oversettes til en naturvitenskapelig beskrivelse og omvendt. Opplevelse og handling foregår i kontekster som omfatter fortid, nåtid, fremtid og fantasi, mens naturfenomener er her-og-nå-prosesser. Derfor kan mening ikke observeres, og den eneste måten å få kjennskap til hva et menneske opplever og gjør, på er derfor gjennom å kommunisere.

KOMMUNIKASJON OG SPRÅK

Selv om kommunikasjon også kan være non-verbal, må psykologi som vitenskap og profesjon være språklig. Vi må sette ord på og snakke om opplevelser (psykologiske fenomener), og

vi kan bare gjøre det ved å bruke vårt naturlige språk. Det finnes mange tusen enkeltspråk, og en allmenngyldig psykologi må derfor bygge på det felles sett av (udefinerbare) grunnbegreper som finnes i alle språk. Det er til nå funnet over 60 begreper som ser ut til å eksistere i alle språk (Godard & Wierzbicka, 2002). Fem av disse er sentrale i psykologien, og kan på norsk uttrykkes med ordene oppfatte, tenke, ønske, føle, og handle. I tillegg til det som følger av hva ordene betyr (f.eks. at hva vi føler, følger av forholdet mellom hva vi tenker og hva vi ønsker), forutsetter alle språk også at mennesker faktisk (i virkeligheten) oppfatter, tenker, ønsker, føler, og handler. Dette kan ikke meningsfullt benektes, men må tas for gitt. Den felles strukturen i menneskelige språk er artsbestemt, det vil si at vår opplevelsesverden er organisert på en medfødt måte.

I lys av det foregående må den vanlige typen av empirisk forskning som søker å finne forskjeller og korrelasjoner, radikalt refortolkes. Et betydelig og økende antall studier i flere land over de siste decenniene viser nemlig at psykologiske forskjeller og korrelasjoner kan avledes av språket og derfor ikke behøver å «oppdages» empirisk. Jan Kjetil Arnulf (2020) skriver: «More than 86 % of the variation in the statistics from survey responses was predictable a priori. In regression equations, this level of explanation was enough to predict the actual correlations as they were created by human respondents down to 2 decimals.» Det er nærliggende å anta at enda bedre utnyttelse av leksikalske baser (ordbøker) vil kunne øke presisjonen ytterligere. Psykologiske regelmessigheter er altså forklarlige (følger av) gjennom allerede kjent språkbasert begrepsstruktur.

Psykologi kan altså bare studeres og praktiseres gjennom språklig kommunikasjon. Man må snakke sammen. Det er imidlertid velkjent både fra psykologisk forskning og praksis at kommunikasjon bare skjer når det foreligger tillit.

TILLIT

Å ha tillit til en person betyr å tro at personen ikke vil gjøre deg vondt. Du vil ikke fortelle noen om deg selv hvis du tror at det vil føre til at du får det vondt. Dette betyr at psykologer bare får vite noe om personers opplevelser når det er tillit. Jo viktigere noe er for deg, jo mer forsiktig blir du med å fortelle om det til noen.

Vi vet alle mye om de fem betingelsene for tillit. For å stole på en person må du tro at personen bryr seg om deg, forstår deg, ikke kan bli tvunget til å skade deg, har selvkontroll, og har relevant kunnskap. Begrepet tillit finnes i alle språk og er grunnleggende i alle menneskelige relasjoner. For eksempel er «allianse» sett på som sentralt i hvordan vi må forstå psykologisk praksis.

Jeg tror ikke det er mulig å benekte betydningen av de fire momentene jeg har nevnt her: kontekstavhengighet, mening, språklig kommunikasjon, og tillit. Samlet peker de i retning av en dypere konklusjon, nemlig at det er umulig å sette opp retningslinjer for hvordan vi skal praktisere, utover det vi alle vet (implisitt eller eksplisitt) ut fra vår felles språkbaserte begrepsstruktur, som ofte også kalles common sense. Hva kan en psykolog da praktisere?

PSYKOLOGEN SOM BRICOLEUR

Akiah Ottesen skriver følgende om en god behandlingstime: «Det eneste målet jeg hadde, var å høre på klienten, følge opp og speile, utforske og intervensere, helt uten å tenke på hva som var planen.» Dette likner på hva jeg tror et stort flertall av mine kolleger i hele verden ofte gjør, og som

jeg selv helt konsekvent har gjort gjennom 35 års variert praksis.

Det beskriver hva som er mulig å gjøre når irreversibelt skiftende kontekster gjør det umulig å støtte seg på empirisk basert kunnskap.

Tilsynelatende unntak fra dette er når språk og kultur danner lokalt stabile områder opprettholdt av selvforsterkende systemer (i dynamisk likevekt) som kan ha betydelig varighet. En god metafor er virvlene i en bekk, som er konstante, men bare så lenge bunnforholdene og vanngjennomstrømmingen opprettholdes. Alle studier som finner avvik fra tilfeldighet, avspeiler sosiale og språklige regler og er pseudoempiriske, det vil si at de viser bare hva som følger av det vi allerede vet (implisitt eller eksplisitt) som deltakere i samfunnet. Funnene er også å betrakte som historiske, fordi de er tids- og stedsbegrenset.

Psykologisk profesjonell praksis kan altså ikke bygge på empirisk innsamlet allmenngyldig kunnskap, men bare på kjennskap til unike lokale saker og forhold, og støtte seg på hva vi alle vet (eksplisitt eller implisitt), fordi vi er mennesker. Psykologi er ikke et område der vi akkumulerer stadig mer empirisk kunnskap, men bare økende klarhet og tydeligere nyanseering av det basale begrepssystemet vi er født med og må leve i.

I møtet med klienter må psykologen av nødvendighet innta en ikke-vitende, åpen og lyttende holdning. I tillitsfull samtale konstruerer psykolog og klient nye virkeligheter, og åpner nye muligheter for klienten. Psykologer arbeider for det meste med avvik der gjengse hjelpemetoder ikke har virket. Engstelige som ikke kan beroliges, deprimerte som ikke kan trøstes, tvangshandlinger og avhengighet som ikke kan stoppes, osv. Psykologen som bricoleur (Levi-Strauss, 1966) blir innkalt når problemer ikke kan løses på konvensjonell måte. De ubestemt komplekse skiftende kontekstene gjør at psykologen må arbeide uten sterk støtte i tidligere erfaringer, og må improvisere og prøve seg frem. Usikkerheten som er den negative siden av psykologyrket, kompenseres av friheten fra innnevrende regler. Hvordan du kan hjelpe en klient, kan ikke avledes fra en lærebok, men må vokse frem eller improviseres. Jeg har ofte brukt som eksempel på ukonvensjonell behandling en sak der en klients vrangforestillinger ble kurert ved at han fikk nye, pene tenner.

Det foregående taler mot at psykologisk praksis er et håndverk, som hevdet av Walder-

haug. Det finnes ikke noe stabilt grunnlag i metodikk, diagnostikk og teori. Men vi må omforme rammene for psykologprofesjonen slik at vi ikke blir invadert, som beskrevet av Ottesen.

Psykologisk forskning og praksis fører således ikke til at vi akkumulerer tidløs kunnskap. Vi lærer stadig mer om hvordan hjernen fungerer, men dette er ikke direkte relevant for psykologi, på grunn av det nevnte uoversettbare forholdet mellom beskrivelser av naturfenomen og mening.

Vi kan tenke igjennom og formulere bedre hva vi allerede implisitt vet, men det er vanskelig å se hvordan faget kan gå fremover på annen måte. Fremdeles gjelder etter min mening ordtaket som jeg hørte allerede i 1949: «Det som er nytt er ikke bra, og det som er bra er ikke nytt.» ✕

UTVALGTE REFERANSER

- Arnulf, J.K. (2020). Wittgenstein's Revenge: How Semantic Algorithms Can Help Survey Research Escape Smedslund's Labyrinth. I: T. Lindstad, E. Stänicke, & J. Valsiner (red.), *Respect for Thought. Theory and History in the Human and Social Sciences*. Springer.
- Goddard, C. & Wierzbicka, A. (2014). *Words and Meanings: Lexical Semantics Across Domains, Languages, and Cultures*. Oxford University Press.
- Lamiell, J. (2019). *Psychology's misuse of statistics and persistent dismissal of its critics*. Springer.
- Levi-Strauss, C. (1966). *The Savage Mind*. Oxford University Press.
- Ottesen, A. (2021). En sakte invasjon. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 58(2), 128–131.
- Smedslund, J. (2021). From Statistics to Trust: Psychology in Transition. *New Ideas in Psychology*, 61, <https://doi.org/10.1016/j.newideapsych.2020.100848>.
- Walderhaug, L. (2021). Standardisering har fremmet faget. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 58(3), 214–215.

DEBATT OM STANDARDISERING

Tidligere innlegg:

- Nr. 05 - 2021** Standarder kan fremme rettferdighet (Lene Paulsen Walderhaug)
- Nr. 05 - 2021** Standardisering, lytting og forståelse (Espen Håland)
- Nr. 04 - 2021** Kunst og håndverk (Akiha A. Ottesen)
- Nr. 04 - 2021** Standardisering og profesjonalitet er ikke det samme (Hedda Sødal)
- Nr. 04 - 2021** Vi trenger ikke være slaver av systemet (Heidi Svendsen Tessand)
- Nr. 03 - 2021** Standardisering fremmer faget (Lene Paulsen Walderhaug)
- Nr. 02 - 2021** En sakte invasjon (Akiha A. Ottesen)

Jakten på psykologutdanningen

Det er svært ressurskrevende å etablere nye konkurranse-dyktige utdanningssteder. Derfor vil det være samfunns-økonomisk lite klokt om flere aktører skal kunne utdanne psykologer.



TEKST Anne-Kari Torgalsbøen, spesialist i klinisk psykologi, psykologiprofessor UiO

PROFESJONS- UTDANNINGEN

I MAIUTGAVEN av tidsskriftet får vi innblikk i de vidløftige planene for en psykologutdanning ved Universitetet i Agder. Dette utspillet kommer nå fordi minister for forskning og høyere utdanning Henrik Asheim vil endre grads-forskriften slik at det kan bli mulig for flere studiesteder å utdanne psykologer.

Et slikt frislipp går imot faglige råd, og bryter med prinsippet om en nasjonal arbeidsdeling som gir bedre utdanninger og utnyttelse av felles ressurser, og styrker landets samlede kapasitet for psykologkompetanse.

Intervjuet med rektor Sunniva Whittaker får tjene som et eksempel på hvor vanskelig det er for utenforstående å forstå hva som kreves for å bli et godt lærested for psykologer.

GENERALISTMODELLEN

Den norske psykologutdanningen er et integrert seksårig løp basert på «scientist-practitioner»-modellen. Denne unike modellen krever utstrakt integrering av teori, ferdighetstrening og praksis. Ferdigutdannede kandidater (cand.psychol.) kan etter et seksårig studium arbeide med alle aldersgrupper ut fra et forebyggingsperspektiv samt utføre selvstendig utredning og behandling. Norske psykologers brede kompetanse kommer spesialisthelsetjenesten og kommunale tjenester til gode, spesielt i distriktene, der kommune-psykologene har sammensatte oppgaver med stort ansvar. Vi utdanner altså ikke psykologer til spesialiserte områder i det norske helsevesen slik det legges opp til ved Universitetet i Agder, men generalister som senere spesialiserer seg i en spesialistutdanning.

Nylig har generalistmodellen blitt gjennomgått for å sikre kravene i de nasjonale faglige retningslinjene (RETHOS). Disse kravene er omfattende og oppdaterte med tanke på samfunnets behov for hva psykologer skal kunne, og representerer en standardisering av psykologutdanningen. Denne standardiseringen skal sikre kvaliteten på de psykologene som utdannes, noe som igjen berger for lik kvalitet på de helsetjenestene som tilbys befolkningen. Det tar lang tid å bygge en kompetanse som tilfredsstiller kravene i RETHOS. Dette faktum synes ikke rektor Whittaker å forstå når hun i intervjuet tilkjenner at deres utdanning skal ha større fokus på kommunale tjenester og lavterskeltilbud i utdanningen. De skal dertil legges til rette for et studium som gjør det attraktivt for studentene å bli i regionen etter endte studier. Har hun ikke forstått at det er kravene i RETHOS som skal styre innholdet i profesjonsutdanningen, ikke lokale behov og studenters interesser?

NEPPE EN FORDEL MED SMÅ FORHOLD

I intervjuet fremstiller Whittaker det som en fordel at det er små forhold i universitetsmiljøet i Agder, og at det av den grunn er lett å opprettholde kontakt og trekke veksler på naturlige samarbeidspartnere. Mon det. Hva er det som faktisk kreves av utdanningsaktørene for å opprettholde kravene til generalistmodellen?

Et ufravikelig krav er et fagmiljø med høy ekspertise innenfor psykologisk forskning, teori og ferdighetstrening på spesialistnivå. Flere av disse fagfolkene må ha dobbeltkompetanse, det vil si klinisk spesialistkompetanse

i tillegg til relevant doktorgrad. Det er relativt få fagpersoner i Norge med slik dobbelkompetanse, og rekrutteringen er allerede krevende ved flere av studiestedene. I tillegg kan det ikke ansettes folk fra andre land utenfor de skandinaviske, da man også må beherske språket til klientene.

Det er i dette «underskuddsfeltet» at Whittaker ser for seg å rekruttere gjesteforelesere til nyopprettede II-stillinger i 20 %. Så langt er det så vidt meg bekjent rekruttert en kjendispsykiater gjennom en kallelse.

Robuste forskningsmiljøer med tilgang til avansert og kostbart vitenskapelig utstyr er avgjørende for å møte de nasjonale og globale helseutfordringene knyttet til psykiske lidelser. Når et slikt fagmiljø først er etablert, er det ressursbesparende å ha et relativt stort antall studenter fremfor å spre både kompetanse og studentmasse på flere mindre læresteder. De etablerte studiestedene er derfor klare til å ta inn flere studenter som gis praksis i regioner med lav psykologdekning, i tråd med modellen «Vestlandslegen», som er lansert ved UiB.

BØR UTDANNES I NORGE

At rektor Whittaker har jobbet en god stund for en profesjonsutdanning i psykologi ved Universitetet i Agder, er ikke det samme som at hun forstår omfanget av de store økonomiske og faglige kostnadene til en nyetablering av en profesjonsutdanning. Det vitner hennes annonsering av en mulig oppstart høsten 2022 om, noe som synes lite realistisk.

Jeg er helt enig med Whittaker i at det er fornuftig å få studenter i utlandet til å ta sin utdanning i Norge. Et rikt land som vårt bør i langt større grad ta ansvar for å utdanne de psykologene som vi trenger. Løsningen er imidlertid ikke å tilby flere profesjonsutdanninger i Norge, men snarere at våre veletablerte utdanningssteder UiO, UiB, NTNU og UiO oppjusterer sitt samfunnsmandat og allokere sine ressurser til å utdanne flere psykologer.

Det er disse fire universitetene som i mange år har bidratt med psykologisk kompetanse på høyt nivå til vårt langstrakte land. Nå blir de i et intervju med minister for forskning og høyere utdanning Henrik Ashheim (Aftenposten, 19. mars) retorisk omtalt som «monopoluniversiteter», som om det skulle være noe negativt å ha etablert nødvendig infrastruktur og kompetanse.

Jeg er i prinsippet ikke imot at flere aktører kan få utdanne psykologer. Men samfunnsøkonomisk er det lite klokt nettopp fordi det er svært ressurskrevende å etablere nye konkurransedyktige utdanningssteder. Vi kan også risikere at det vil bli bevilget færre midler til de eksisterende profesjonsstudiene, noe som i verste fall vil føre til en svekkelse og fragmentering av vår solide psykologutdanning. Motforestillingen mot å etablere en profesjonsutdanning ved Universitetet i Agder handler derfor ikke om å bevare et monopol, men at det er mer økonomisk lønnsomt å utdanne enda flere psykologer ved våre etablerte kunnskapstunge universiteter. Da risikerer vi heller ikke å utvanne generalistmodellen. ✕

REFERANSE

Universitetet i Bergen (2020). Legeutdanning i Norge – Vestlandslegen som satsing ved UiB. <https://www.uib.no/vestlandslegen/136813/legeutdanning-i-norge-vestlandslegen-som-satsing-ved-uib>



Robuste forskningsmiljøer med tilgang til avansert og kostbart vitenskapelig utstyr er avgjørende

Forskning først, behandling etterpå

Det burde være en selvfølge at grundige forskningsprosesser skal finne sted *før* ny behandling implementeres, ikke etterpå.



TEKST Jone Bjørnestad, ph.d., professor i psykologi, UiS
Forsker og klinisk psykolog, TIPS - Nettverk for klinisk psykoseforskning
Forsker, Helse Førde og Wenche ten Velden Hegelstad, ph.d., forskningsleder og psykologspesialist, TIPS - Nettverk for klinisk psykoseforskning og førsteamanuensis i psykologi, UiS

MEDISINFRI BEHANDLING

INNLEGGET «Lar brukernes rettigheter komme i annen rekke» av Mikael J. Sømhovd og Aina Fraas-Johansen, begge spesialrådgivere i Psykologforeningen, er nok et megafoninnlegg i debatten om medisinfrifrie tilbud. Cherry picking av forskningsresultater og en svak forskningsforståelse brukes som brekkstang for å legitimere tilbudet. Skikkelig effektforskning er ikke gjennomført. Det kommer den sannsynligvis heller aldri til å bli. Dette krever randomisert rekruttering. Slik rekruttering har vist seg vanskelig når et tilbud allerede er implementert. For oss som forskere representerer denne riggen ikke innovasjon, men det glade vanvidd og utrygge helsetjenester. Og vi er i utgangspunktet skeptiske til overdreven og langvarig bruk av antipsykotika.

«RCT-PROBLEMET»

I innlegget skriver forfatterne: «I den virkelige virkeligheten i psykisk helsevern finnes derimot ikke den nøye selekterte pasienten som ofte studeres i RCT-er. Så dersom dette brukes som eneste gyldige kunnskapsbase, er det i beste fall misvisende, i verste fall farlig.» Dette utsagnet er vanskelig å være uenig i, og brukes ofte i argumentasjon mot RCT-er. Vi er enig i at RCT-er har svakheter, slik som for eksempel klinisk irrelevante utfallsmål, dårlig økologisk validitet, vanskelig gjennomførbare behandlingsopplegg, problemer med reliabilitet, og ukontrollerbare variasjoner som produkt av tid. Er man ikke obs på disse fallgruvene og forsøker så godt som mulig å korrigere for dem, har funn fra RCT-er begrenset nytteverdi. Det som er problematisk, er at forfatterne ikke serverer noe godt alternativ. De glemmer seg bak selvfølgeligheter, som «mangel på forsknings-evidens er ikke evidens på manglende effekt.

Heller ikke det at noe har effekt, er evidens på at noe annet ikke har det». Verst er det derimot når de skriver at medisinfrifritt tilbud er godt evaluert, ved å referere til norske rapporter, brev og forskning som ennå ikke er gjennomført. Dette er fullstendig useriøst!

EN KUNNE OGSÅ GJORT DET SLIK

I mangel på kunnskap om årsaksforhold prøver ofte forskere å triangulere mellom forskjellige metoder og design, kvalitative så vel som kvantitative. Den gode og informerte RCT er ofte et resultat av at en over tid har klart å identifisere noe stabilt på tvers av studier. For eksempel kan en slik prosess starte med at en eksplorerer ulike problemstillinger for, og sammen med, ulike pasientgrupper. Her kan kvalitativ metode være nyttig. Resultater kommer der i form av hypoteser som kan testes i større utvalg ved bruk av kvantitativ metode. Hvis hypotesene fremdeles holder vann, kan en gjennomføre en RCT der målsettingen er å teste om det faktisk er den faktoren man tror, som gir effekt. Positive resultater kan da brukes som et litt sikrere anker når man individtilpasser behandlingen.

En burde forsket på effekten av medisinfrifrie tilbud før det ble implementert, ikke etterpå. Det er en helt grunnleggende fremgangsmåte innenfor helse for å sikre trygge tjenester – man tester vaksiner, deretter lanserer man vaksiner, man tester psykoterapi, deretter lanserer man psykoterapi. Vi vet i dag svært lite om hvem som kommer til å respondere positivt på medisinfrifritt tilbud. Vi vet faktisk ikke engang hvem som responderer positivt på lavere doser av antipsykotika. Derfor burde en begynne med å teste på de subgruppene som har sannsynlig lavere risiko for symptom-



UDOKUMENTERT ALTERNATIV

Systematisk forskning på effekten av medisiner kunne ha bidratt til å differensiere tilbudet til subgrupper av pasienter, mener artikkelforfatterne. I stedet har man iverksatt medisinfrie tilbud uten forankring i forskningen. Foto: Bon Appetit / NTB Scanpix

oppblomstring uten medisiner; kort varighet av ubehandlet psykose, akutt debut, psykoser med affektive symptomer og rusutløste psykoser. Dette kan gjøres i tett dialog med våre regionale etiske komiteer. Slik kan en bygge et solid system som sikrer at personer som blir dårligere under den medisinfrie behandlingen, får tilbud om gode alternativer. Dette krever tett monitorering av studiedeltakerne. Når det kommer til selve testingen, bør det først gjennomføres pilot-RCT-er der man tester effekten av delintervensjonene som inngår i det medisinfrie tilbudet. Deretter må en teste i større skala med samme design, og til slutt teste ulike kombinasjoner av delintervensjonene. Vi har mulighet til et slikt design i Norge. Vi kan følge personer over tid, og kan få til noen av de mest representative utvalgene i verden på grunn av den gratis norske helsemodellen. Slik forskning kunne bidratt til reell klinisk innovasjon og trygg differensiering av tilbudet for forskjellige subgrupper. Dette trenger vi!

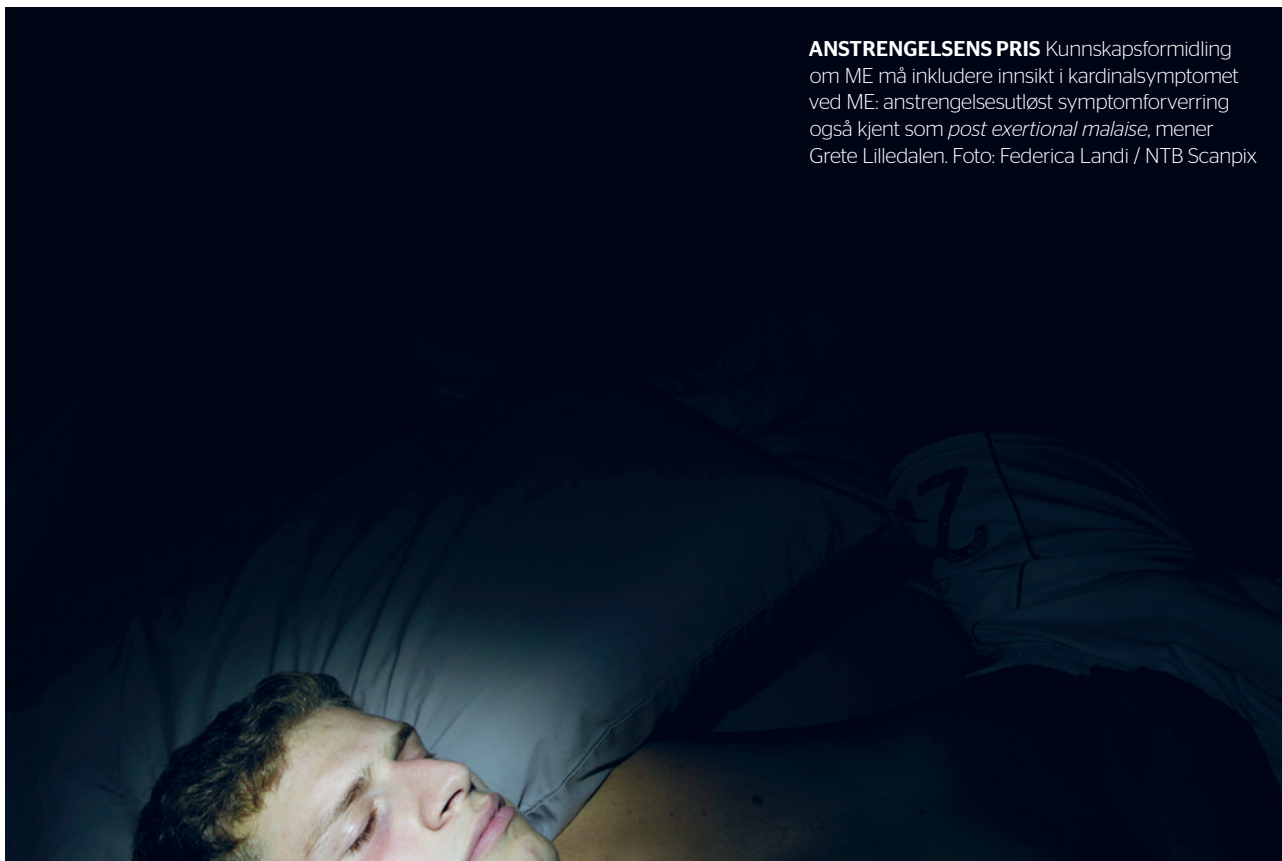
VI DIKTER IKKE HELSEVESEN, GJØR VI VEL?

God forskning er kostandsintensivt og krevende. Den lettvinde måten er å tro at noe fungerer. En kan tro at medisinfrie tilbud virker. Det kan jo godt hende, men vi vet altså ikke. Skal helsevesenet tilby behandling som noen *tror* kan virke? Se for deg et helsevesen der noen tror at sunt kosthold virker mot lungekreft, og dette har presset seg fram fordi cellegift har alvorlige bivirkninger. Som resultat opprettes egne avdelinger for pasienter som heller vil ha sunt kosthold enn medisiner. Det er svært usannsynlig at vi ville godtatt slik praksis. I likhet med kreft har de alvorlige psykiske lidelsene høy dødelighet, ekstremt ubehagelige symptomer og medfører ofte langvarig funksjonstap. Hvorfor skal vi da akseptere en slik praksis i psykisk helsevesen?

Det burde være en selvfølge at grundige forskningsprosesser skal finne sted *før* ny behandling implementeres, ikke etterpå. Det er behandling av de alvorligste psykiske lidelsene vi snakker om. Det er på tide at disse tas på alvor på lik linje med pasienter med andre alvorlige tilstander. ✕



Vi vet i dag svært lite om hvem som kommer til å respondere positivt på medisinfritt tilbud



ANSTRENGELSENS PRIS Kunnskapsformidling om ME må inkludere innsikt i kardinalsymptomet ved ME: anstrengelsesutløst symptomforverring også kjent som *post exertional malaise*, mener Grete Lilledalen. Foto: Federica Landi / NTB Scanpix

Kunnskapsbasert praksis i møte med ME

Det er på høy tid å utvikle et differensiert behandlingstilbud for ME-syke, der innsikt i hvilke medisinske intervensjoner som kan lindre og bedre tilstanden, inngår i tilbudet.



TEKST

Grete Lilledalen,
psykologspesialist
og ME-pårørende

ME

MORTEN GRÆSLI i Helsedirektoratet skriver i marsutgaven av Psykologtidsskriftet at det ikke er automatikk i at Norge vil endre retningslinjer for behandling av Myalgisk Encephalopati (ME), selv om National Institute for Health and Care Excellence (NICE) gjør det. I dag inngår gradert trening (graded exercise therapy, GET) og kognitiv atferdsterapi (cognitive behavioural therapy, CBT) i de norske anbefalingene. Det er flere år siden USA gikk bort fra å fremme GET og CBT som behandling for ME. NICE har antydnet at også UK vil gå bort

anbefalinger om CBT og GET som behandling. Græsli begrunner eventuelle avvik fra NICE sine anbefalinger, med at ulike land kan vurdere kunnskapsgrunnlaget ulikt. Det blir interessant å se på hvilken kunnskap og hvilke forhold som legges til grunn for Helsedirektoratets anbefalinger.

BIOPSYKOSIAL TILNÆRMING

Nasjonal Kompetansetjeneste for CFS/ME (NKT) har siden opprettelsen i 2012 hatt en biopsykosial sykdomstilnærming. Alle alvor-

lige sykdommer bør ivaretas tverrfaglig. Psykososial støtte og tilrettelegging bør således selvsagt inngå i tilbudet som møter ME-pasienter og deres familier. Utfordringene ved dagens pasienttilbud er at biologisk tilnærming og forståelse i vesentlig grad er fraværende. Videre er det problematisk å antyde at psykososiale intervensjoner alene fører til tilfriskning for majoriteten av pasientene. Dette er i utakt med siste års forskning der ME beskrives som en kronisk, multisystemisk sykdom (Blomberg, Gottfries, Elfaitouri, Rizwan & Rosén, 2018; Institute of Medicine, 2015; Komaroff, 2019; Maksoud et al., 2020; National Institute for Health and Care Excellence (NICE), 2020).

Kunnskapsformidling om ME må inkludere innsikt i kardinalsymptomet ved ME: anstrengelsesutløst symptomforverring også kjent som *post exertional malaise*.

BAKGRUNN

Til tross for at ME har vært kategorisert som nevrologisk lidelse av Verdens helseorganisasjon (WHO) siden 1969, har en vesentlig del av helsetilstanden henfaldt til en psykologisk tolkning av symptombildet. Få studier på fysiopatologiske mekanismer, manglende forståelse av årsak, og fravær av eksklusive biomarkører, antas å være viktige elementer bak tolkningstendensen. En artikkel av McEvedy og Beard (1970) var toneangivende for den psykiatriske tilnærmingen. Artikkelen ble publisert etter et masseutbrudd i London. Konklusjonen var at tilstanden skyldes hysteri:

From a re-analysis of the case notes of patients with Royal Free disease, it is concluded that there is little evidence of an organic disease affecting the central nervous system and that epidemic hysteria is a much more likely explanation. The data which support this hypothesis are the high attack rate in females compared with males.

De to psykiaterne fattet konklusjonen uten å ha møtt noen av pasientene. Gjennom de neste 40 årene har ME-pasienter blitt behandlet med GET og CBT, uten at dette har redusert prevalens eller bedret prognosene. Snarere viser studier at kognitiv terapi og gradert trening verken er trygg eller effektiv behandling. Funnene samsvarer med mange av pasientenes erfaringer.

PARADIGMESKIFTE

En sentral medvirkning til det paradigmeskiftet som nå foregår internasjonalt, var IoM-rapporten fra i 2015 som gjennomgikk 9000 fagfellevurderte artikler om ME (Institute of Medicine, 2015). Evidensgjennomgangen viste at ME er en somatisk, systemisk, kronisk sykdom. Psykiatrisk lidelse som kan forklare funksjonsfall, er et *eksklusjonskriterium*. NICE gjennomgikk i 2020 kunnskapsgrunnlaget for tidligere anbefalinger, og vurderte 236 studier av CBT og GET. Kvaliteten ble vurdert som *low* for henholdsvis 19 % og 11 %, og som *very low* for 81 % og 89 % av studiene. Ingen studier ble vurdert å ha en akseptabel kvalitet (NICE, 2020).

Gjennombrudd i forståelsen av fysiopatologiske prosesser, gir innsikt i hvorfor pasientene responderer med symptomforverring ved aktivitet. Norske Lien fant opphopning av laktat (melkesyre) i pasientpopulasjonens serum gjennom ergospirometri-testing (CPET) (Lien et al.,



Alle alvorlige sykdommer bør ivaretas tverrfaglig

DEBATT OM ME

Tidligere innlegg:

- Nr. 05 - 2021 Fraråder ikke psykologhjelp (Nina E. Steinkopf)
- Nr. 04 - 2021 Psykiatrien ingen katastrofe for ME-pasienter (Ruth-Anne Tomtum Kleve)
- Nr. 03 - 2021 Replik fra Helsedirektoratet (Morten Græsli)
- Nr. 02 - 2021 Bør legge utdaterte råd på hylla (Nina E. Steinkopf)





At pasientpopulasjonen er ensporet opptatt av biologi, oppleves som stråmannsargumentasjon

2019). Andre har funnet laktat og øvrige tegn på inflammasjon i sentralnervesystemet (Mueller, Lin, Sheriff, Maudsley & Younger, 2020), Konsistente funn er eksempelvis reduksjon av hvit substans (Finkelmeyer et al., 2018;), forstyrrelser i det autonome nervesystemet (Kemp et al., 2019) og forstyrret kognitiv informasjonsbearbeiding. Endringene i autonom fungering kan ha sammenheng med funn av redusert cerebral blodgjennomstrømning (CBF) (Campen, Verheugt, Rowe & Visser, 2020) og endring i endotelfunksjon - senest vist ved Haukeland i 2021 (Sørland et al., 2021). Videre finner man atypisk energimetabolisme (Fluge et al., 2016), flere avvikende immunomarkører (Chema et al., 2020; Germain, Levine, & Hanson, 2021) og avvik i blodserum (Loebel et al., 2016).

HYPOTESER OM SYMPTOMSAMMENHENG

Komaroff (2019) og Wirth & Scheibenbogen (2020) er blant de som tilbyr hypoteser om årsaker til ME og sykdommens multisystemiske symptombilde. Både Sotzny et al. (2018) og Blomberg et al. (2018) mener å ha evidens for at ME er en autoimmun sykdom, og det kommer stadig nye studier med forslag til biomarkører). Biomarkører vil bli et nødvendig verktøy for å skille mellom pasientgrupper som trenger ulike, og noen ganger kontrære intervensjoner Aktivitet som behandling for mennesker med PEM, bedrer ikke funksjon. Nye medisinske intervensjoner synes å lykkes bedre (Crosby, et al., 2021; Haghghi, et al., 2021; Toogood et al., 2021). Nancy Klimas, direktør ved Nevro-immunologisk Institutt ved Nova Universitet, påpeker nødvendigheten av behandlingstilnæringer som adresserer gjenstridig viruspåvirkning, immunaktivering, og som adresserer regulering av HPA-aksen. En norsk studie ved Haukeland viste at 80 % av pasienter med et spesifikt genetisk avvik hadde effekt av cycklofosamid (Rekeland, 2020). Usikkerhet rundt *hva* som har effekt på *hvem*, understreker behovet for verktøy som skiller mellom fenotypiske varianter. Kun da kan vi utvikle en målrettet, individtilpasset tilnærming for lindring og behandling.

STRÅMANNSARGUMENTASJON

Det argumenteres tidvis med at ME-pasienter ikke ønsker tverrfaglig tilnærming. Dette stem-

mer ikke. I mangel av generalisert, tverrfaglig behandlingstilbud har de fleste ME-syke for søkt et mangfold av intervensjoner. Motivasjon synes ikke å være mangelvare. At pasientpopulasjonen er ensporet opptatt av biologi, oppleves som stråmannsargumentasjon. Pasientene setter fokus på det som ofte mangler i dagens behandlingstilbud.

LIKEMANNSTØTTE

Likemannstøtte er en beskyttende faktor i møte med sykdom. I Norge har vi en velfungerende angstring. Anonyme alkoholikere møter hverandre for støtte og veiledning. Brystkreftpasienter som deltar i samtalegrupper, opplever mindre smerte og stress. Pasientforeninger er sentrale kunnskapsspredere og møteplasser. På tross av generell konsensus om dette, mener noen at ME-pasienter er et unntak. Hypotesen er at ME-syke forsterker symptomer og forlenger sykdomsforløp gjennom å dele kunnskap og jobbe for et bedre behandlingstilbud. Negative skildringer bidrar til devaluerende karakteristikk og redusert tiltro til pasientpopulasjonen. Redusert tillit bereder grunnen for udokumenterte hypoteser om hysteri slik som Beard og McEvedys artikkel fra 1970.

DIFFERENSIERING SOM NØKSEL

Ingen betviler at det finnes mennesker som av ulike grunner har utviklet et alvorlig og invalidiserende symptomfokus. Flere av disse har fått hjelp til å komme ut av destruktive tanke-mønstre og blitt fri fra sine symptomer gjennom trening og et positivt fokus. Det ville vært kunnskapsløst og respektløst ikke å ha tillit til disse fortellingene, og derigjennom ikke kreditere de aktuelle pasientenes innsats. Mennesker som kjenner igjen slike tankemønstre bør få adekvat psykologisk hjelp. For denne pasientpopulasjonen kan vi som terapeuter spille en sentral rolle. De som *har* forsøkt aktivitet og ignorering av symptomer med forverring som konsekvens, trenger noe annet. Det er på høy tid å utvikle et differensiert behandlingstilbud for ME-syke, der innsikt i hvilke medisinske intervensjoner som kan lindre og bedre tilstanden, inngår i tilbudet (Toogood et al., 2021). ❌

REFERANSER

- Blomberg, J., Gottfries, C.-G., Elfaitouri, A., Rizwan, M., & Rosén, A. (2018, February 15). Infection Elicited Autoimmunity and Myalgic Encephalomyelitis/Chronic Fatigue Syndrome: An Explanatory Model. *Front Immunol*, 9:229.
- Campen, L. M. (2020, October 11;8(4):394). Reductions in Cerebral Blood Flow Can Be Provoked by Sitting in Severe Myalgic Encephalomyelitis/Chronic Fatigue Syndrome Patients. *Healthcare (Basel)*.
- Campen, L. M., Verheugt, F., Rowe, P., & Visser, F. (2020, February 8). Cerebral blood flow is reduced in ME/CFS during head-up tilt testing even in the absence of hypotension or tachycardia: A quantitative, controlled study using Doppler echography. *Clin Neurophysiol Pract*, 50–58.
- Cheema, A. K., Sarria, L., Bekheit, M., Colado, F., Almenar-Pérez, E., Martín-Matínez, E., . . . Nathanson, L. (2020, May 24(10)). Unravelling myalgic encephalomyelitis/chronic fatigue syndrome (ME/CFS): Gender-specific changes in the microRNA expression profiling in ME/CFS. *J Cell Mol Med*, ss. 5865–5877.
- Crosby, L. B., Kalanidhi, S., Bonilla, A., Subramanian, A., Ballon, J., & Bonilla, H. (2021, February 3;19(1)). Off label use of Aripiprazole shows promise as a treatment for Myalgic Encephalomyelitis/Chronic Fatigue Syndrome (ME/CFS): a retrospective study of 101 patients treated with a low dose of Aripiprazole. *J Transl Med*.
- Finkelmeyer, A., He, J., Maclachlan, L., Watson, S., Gallagher, P., Newton, J., & Blamire, A. (2018, Sept. 28). Grey and white matter differences in Chronic Fatigue Syndrome – A voxel-based morphometry study. *Neuroimage Clin.*, 24–30.
- Fluge, Ø., Mella, O., Bruland, O., Risa, K., Dyrstad, S., Alme, K., . . . Tronstad, K. (2016, December 22;1(21)). Metabolic profiling indicates impaired pyruvate dehydrogenase function in myalgic encephalopathy/chronic fatigue syndrome. *JCI Insight*.
- Germain, A., Levine, S., & Hanson, M. (2021, January 29;9(1)). In-Depth Analysis of the Plasma Proteome in ME/CFS Exposes Disrupted Ephrin-Eph and Immune System Signaling. *Proteomes*.
- Goodwin, P. J., Leszcz, M., Ennis, M., Kooopmans, J., Vincent, L., Guther, H., . . . Hunter, J. (2001, December 13;343(24)). The effect of group psychosocial support on survival in metastatic breast cancer. *N Engl J Med*, 11719–26.
- Haghighi, S., Forsmark, S., Zachrisson, O., Carlsson, A., Nilsson, M. K., Carlsson, M. L., . . . & Gottfries, C. G. (2021). Open-label study with the monoamine stabilizer (-)-OSU6162 in myalgic encephalomyelitis/chronic fatigue syndrome. *Brain and Behavior*, e02040.
- Institute of Medicine; Board on the Health of Select Populations; Committee on the Diagnostic Criteria for Myalgic Encephalomyelitis/Chronic Fatigue Syndrome. (2015). *Beyond Myalgic Encephalomyelitis/Chronic Fatigue Syndrome: Redefining an Illness*. Washington: Institute of Medicine.
- Kemp, J., Sunnquist, M., Jason, L., & Newton, J. (2019, August 29(4)). Autonomic Dysfunction in Myalgic Encephalomyelitis and Chronic Fatigue Syndrome: Comparing Self-Report and Objective Measures. *Clin Auton Res.*, ss. 475–477.
- Klimas, N., & Koneru, A. (2007, Dec;9(6) 9). Chronic fatigue syndrome: inflammation, immune function, and neuroendocrine interactions. *Curr Rheumatol Rep*, ss. 482–7.
- Komaroff, A. (2019, July 5). Advances in Understanding the Pathophysiology of Chronic Fatigue Syndrome. *JAMA*, 499–500.
- Lien, K., Johansen, B., Veierød, M., Haslestad, A., Bøhn, S., Melsom, M., . . . Iversen, P. (2019, June 7(11)). Abnormal blood lactate accumulation during repeated exercise testing in myalgic encephalomyelitis/chronic fatigue syndrome. *Physiol Rep*.
- Loebel, M., Grabowski, P., Heidecke, H., Bauer, S., Hanitsch, L., Wittke, K., . . . Scheibenbogen, C. (2016, Feb;52). Antibodies to β adrenergic and muscarinic cholinergic receptors in patients with Chronic Fatigue Syndrome. *Brain Behav Immun*, 32–39.
- Maksoud, R., du Preez, S., Eaton-Fitch, N., Thapaliya, K., Barnden, L., Cabanas, H., . . . Marshall-Gradisnik, S. (2020, April 30;15(4)). A systematic review of neurological impairments in myalgic encephalomyelitis/chronic fatigue syndrome using neuroimaging techniques. *PLoS One*.
- McEvedy, C. P., & Beard, A. (1970, Januar 3). Concept of Benign Myalgic Encephalomyelitis. *Br. Med. J*, 11–15.
- Mueller, C., Lin, J., Sheriff, S., Maudsley, A., & Younger, J. (2020, April 14). Evidence of widespread metabolite abnormalities in Myalgic encephalomyelitis/chronic fatigue syndrome: assessment with whole-brain magnetic resonance spectroscopy. *Brain Imaging Behav*, 562–572.
- National Guideline Center (2020). *Myalgic encephalomyelitis*. Hentet fra <https://www.nice.org.uk/guidance/gid-ng10091/documents/evidence-review-7>
- Rekeland, I. G., Fosså, A., Lande, A., Ktoridou-Valen, I., Sørland, K., Holsen, M., . . . Fluge, Ø. (2020, April 29). Intravenous Cyclophosphamide in Myalgic Encephalomyelitis/Chronic Fatigue Syndrome. An Open-Label Phase II Study. *Front Med*.
- Rowe, P. C. (2017, June 19). Myalgic Encephalomyelitis/Chronic Fatigue Syndrome Diagnosis and Management in Young People: A Primer. *Front Pediatr*.
- Schei, T., Angelsen, A., & Myklebust, E. (2019). *Når noden er størst er hjelpen nærmest borte*. Oslo: NORGE MYALGISK ENCEFALOPATI-FORENING.
- Sotzny, F., Blanco, J., Capelli, E., Castro-Marrero, J., Steiner, S., Murovska, M., & Scheibenbogen, C. (2018, June 17(6)). Myalgic Encephalomyelitis/Chronic Fatigue Syndrome – Evidence for an autoimmune disease. *Autoimmun Rev*.
- Sørland, K., Sandvik, M., Rekeland, I., Ribu, L., Småstuen, M., Mella, O., & Fluge, Ø. (2021, Mars 22). Reduced Endothelial Function in Myalgic Encephalomyelitis/Chronic Fatigue Syndrome—Results From Open-Label Cyclophosphamide Intervention Study. *Front. Med*.
- Toogood, P. L., Clauw, D., Phadke, S., & Hoffman, D. (2021, Mar). Myalgic encephalomyelitis/chronic fatigue syndrome (ME/CFS): Where will the drugs come from? *Pharmacol Res*.
- Twisk, F., & Corsius, L. (2018, July 20). Cognitive-behavioural therapy for chronic fatigue syndrome: neither efficacious nor safe. *Cambridge University Press*.
- Wirth, K., & Scheibenbogen, C. (2020, Jun 19(6)). A Unifying Hypothesis of the Pathophysiology of Myalgic Encephalomyelitis/Chronic Fatigue Syndrome (ME/CFS): Recognitions from the finding of autoantibodies against β 2-adrenergic receptors. *Autoimmun Rev*.
- Wormgoor, M. E. (2021, January 4). The evidence base for physiotherapy in myalgic encephalomyelitis/chronic fatigue syndrome when considering post-exertional malaise: a systematic review and narrative synthesis. *Journal of Translational Medicine*.



Faksimile av februar- og maiutgaven



TEKST Sigmund Karterud, professor i psykiatri

DEBATTKULTUR



Hvorfor skriver man når man ikke tåler den slags kommentarer?

REPLIKK:

Vi må tåle litt temperatur i den offentlige debatten

KRISTIN ALVE GLAD hadde i marsutgaven av *Psykologtidsskriftet* en artikkel med overskrift «Epistemisk mistillit». I en kommentar tillot jeg meg å kritisere begrepet. Kristin Alve Glad svarer med å utdype kasusillustrasjonen, men er taus om min begrepskritikk. Personlig mener jeg en debatt om begrepet er viktig fordi det har blitt populært, samtidig som det er tvilsomt om det tilfører noe nytt. I verste fall kan det føre oss på villspor. Kristin Alve Glad hefter seg i stedet ved at jeg omtaler hennes klients vansker som «personlighetsproblemer», og antyder at det er etisk betenkelig. Jeg må innrømme at det virker underlig på meg å dra etikk-kortet når noen i et psykologtidsskrift bruker ordet personlighetsproblemer om det en forfatter beskriver som sin psykoterapiklients vanskeligheter. Hvorfor skriver man når man ikke tåler den slags kommentarer, og hva slags offentlighet er det man ønsker seg da?

En som ikke er redd for temperatur i offentlige debatter, er professor Paul Moxnes (2021). Han svinger seg opp til store retoriske høyder

når han utbasunerer at det ikke var noe galt med president Trump. Han var bare en «avatar», skapt av millioner av amerikanere som hadde et enormt behov for en løgner i Det hvite hus. Det er vanskelig å ta Moxnes på alvor her. Her har individuelle personlighetsegenskaper forsvunnet i et sosialpsykologisk hokuspokus. Vipps var de borte. Individet er skapt av massenes behov for dyproller. Paul Moxnes er glad i og har skrevet mye om eventyr. Konspirasjonsteoretikere liker også eventyr. Personlig er jeg mer interessert i virkeligheten og finner det betryggende at det nå er en person med sunne personlighetsegenskaper som styrer i Det hvite hus. ✕

REFERANSER

Moxnes, P. (2021). Kunsten å lyve så mange nok tror det. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 58(5), 403–405.

Utdanning og arbeid for alle

I maiutgaven etterlyses Psykologforeningens innsats for arbeidslivet i hovedsatsningsområdet. Vi deler forfatternes engasjement for temaet og håper å kunne bidra til økt inkludering gjennom flere ulike tiltak.



SOM VI FORMIDLET i vårt nyhetsbrev til medlemmene i slutten av april, har pandemien rammet hovedsatsningsområdet, både i gjennomføring og synliggjøring. Det er derfor helt betimelig at det etterlyses. Vi håper å kunne dele mer av hovedsatsningsområdet i månedene som kommer.

Det er oppløftende å se hvor samstemte vi er om arbeidets betydning for psykisk helse og viktige samfunnsutfordringer som utenforskap. Det påpekes også hvor mange omfattende problemstillinger det er knyttet til arbeidslivet. Artikkelforfatterne mener at hovedsatsningsområdet er for bredt og foreslår en operasjonalisering som vil snevre det inn.

Her har sentralstyret valgt en annen tilnærming. Landsmøtet var klare på at de ønsket både arbeid og utdanning som hovedsatsningsområde, med en felles overbygning av inkludering og deltagelse. Da har vi valgt å lytte til det og plukke frem tiltak innenfor begge sektorer. Det vil alltid være en kamp mellom de gode hensyn når man skal velge så bredt, og dermed vil heller ikke alle være helt fornøyde. Hovedsatsningsområdet har vært på høringsrunde i foreningen, og forankring tar tid, men det er viktig at medlemmene høres. Vi mener at begge områder er godt hensyntatt, og at summen av tiltak vil bidra til bedre inkludering.

Som grunnlag for sentralstyrets arbeid har det blitt lagt noen premisser. Det første er at foreningen har størst påvirkningsevne overfor menneskers deltagelse i utdanning og arbeidsliv gjennom de tjenestene som allerede har dette som sitt mandat. Det andre er at medlemmer har gitt tilbakemelding om at de har følt seg lite inkludert i tidligere hovedsatsningsområder og ønsker mulighet til å bidra i større grad. >>

TEKST Håkon Kongsrud Skard, president, Arnhild Lauveng, visepresident, Rune Frøyland, visepresident i Norsk psykologforening

HOVEDSATSNINGSOMRÅDET

DEBATT OM HOVEDSATSNINGSOMRÅDET

Tidligere innlegg:

Nr. 05 - 2021 Ingen arbeidslivssatsning (Bjørnar Olsen, Rudi Myrvang, Nina Laue Næspe)

Dette har resultert i at hovedsatsningsområdet både inkluderer tiltak som vil utgjøre nyvinninger, og tiltak som vil kunne forbedre eksisterende innsats overfor utdanning og arbeid. Førstnevnte krever synliggjøring av fagets bidrag overfor samfunnet og beslutningstagere, mens sistnevnte innebærer dialog med medlemmene om hvordan vi kan bidra til inkludering og deltagelse. Derfor har vi både opprettet en referansegruppe for hovedsatsningsområdet og gått i dialog med sentrale fagpersoner i for eksempel PPT og NAV. Utdanningsavdelingen, i tett samarbeid med fagutvalgene, arbeider med å oppdatere innhold i eksisterende kurs i tillegg til å utvikle nye kurs som skal sette psykologer i bedre stand til å inkludere arbeid og utdanning i samtaler med pasienter og til å delta i tverrfaglig samarbeid på en kvalifisert måte.

Det er beklagelig at pandemien har rammet kommunikasjonen og synliggjøringen rundt hovedsatsningsområdet. Som artikkelforfatterne påpeker, har vi et ønske om å gjøre hovedsatsningsområdet mer transparent i sin utførelse, blant annet gjennom å vise gjennomførte tiltak og mål til Landsmøtet. Dette må også ses i sammenheng med at Landsmøtet ønsket en redegjørelse for hvilke kriterier som lå til grunn for valg av hovedsatsningsområde. En større åpenhet om foreningens aktivitet er et overordnet mål for dette sentralstyret, så også her.

Vi ser frem til å vise mer av det arbeidet som er gjort, og å gå i dialog med medlemmene om deres bidrag. Dette vil forhåpentligvis blir enklere etter hvert som samfunnet gradvis åpnes opp. Vi ønsker å jobbe sammen for at økt inkludering, skole og arbeid skal være for alle. ✕

Debattert

Får kritikk for bagatellisering

De fleste har klart seg bra, heter det i rapporten *Livskvalitet, psykisk helse og rusmiddelbruk under Covid-19-pandemien*. Nå blir Kjøs-utvalget kritisert for å bagatellisere.

Varig løft: Utvalget berører knapt pandemiens effekter på spesialisthelsetjenesten. Det som glapp i denne omgangen, var et bidrag til varig løft for behandling for mennesker med moderat til alvorlig psykisk lidelse.

Martin Øien Jenssen, psykologspesialist og konserntillitsvalgt for Akademikerne, Helse Nord m. fl., Dagens Medisin 7. mai

Bagatellisering: Det mest problematiske med rapportens konklusjon er det etterlatte inntrykket om at de fleste har klart seg fint. Med dette blir manges opplevelse av reelle psykiske helseproblemer bagatellisert. (...) På sviktende grunnlag blir de plagede gjort til avvikere uten motstandsdyktighet.

Sverre Urnes Johnson, førsteamanuensis og psykologspesialist Psykologisk institutt UiO og seniorforsker Modum Bad m. fl., VG 7. mai

Frivillighet ikke nok: ...frivillighet kan ikke erstatte lovpålagte helsetjenester. Og når rapporten avsluttes med en setning om at det offentlige hjelpeapparatet ikke vil være i stand til å ta seg av befolkningens hjelpebehov alene, og at enkelte oppgaver må overlates til frivillige, opplever vi dette som direkte skremmende.

Christine Lingjærde styreleder i Landsforeningen forpårørende innen psykisk helse (LPP) m.fl., lpp.no 7. mai

Rammebetingelser: Det er viktig å satse på frivillighet, men det er ikke nok. Det viktigste må være å bygge ut kapasiteten og den tverrfaglige innsatsen i kommunene slik at psykisk uhelse kan forebygges og behandles på et tidligere tidspunkt

Mimmi Kvisvik, forbundsleder i Fellesorganisasjonen (FO), fontene.no 6. mai

Intet nytt: Vi forstår ikke helt hvorfor dette ekspertutvalget ble satt ned. Regjeringen kunne bare tatt en telefon til oss, så kunne vi gitt dem disse forslagene.

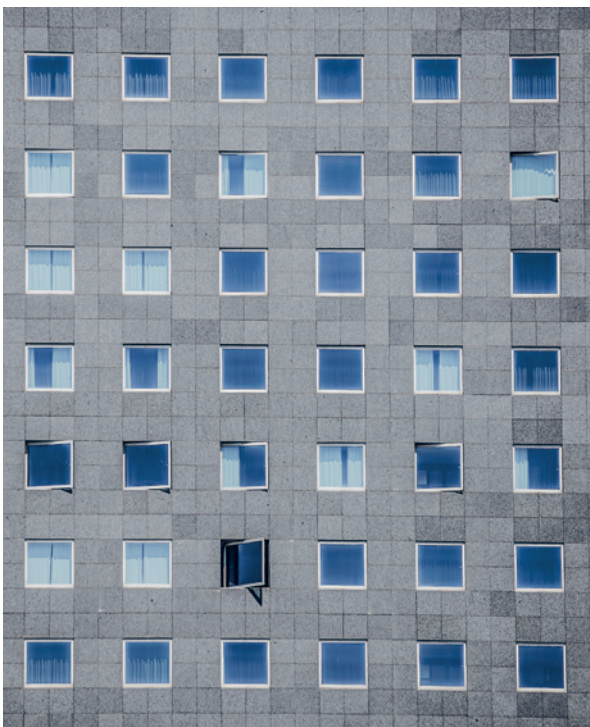
Jill Arild, landsleder i Mental Helse, mentalhelse.no 30. april

Bombastisk: Synes rapporten fra @PederKjos-utvalget er bra på mye, men for bombastisk i konklusjonene. Det er veldig mye som er usikkert om de psykiske helsekonsekvensene av pandemien

Harald Bækkelund (@AraldoB) psykologspesialist og traumeforsker ved NKVTS på Twitter. 7. mai



FOTO: LOIC DJIM / WIKIMEDIA COMMONS



Rom for ensomhet

Forfatter Noreena Hertz skriver om fiendtlig byutvikling, kontaktløs handling i butikk og koronapandemien, faktorer som hindrer den sosiale kontakten i hverdagen vår.

*Hege Saltnes har anmeldt boka
Ensomhetens århundre (s. 532).*

Binders eksistensielle verden

«Når forfatteren er en fagperson som Binder, kunne det vært et interessant og høyst verdig bokprosjekt i seg selv. Pakket inn i coveret til en introduksjonsbok som er ansvarlig overfor en hel fagretning, lever den imidlertid ikke opp til sin ambisjon.»

Les anmeldelsen av boka En introduksjon til eksistensiell psykologi på s. 534.

Har du lyst til å anmelde i Psykologtidsskriftet?

Ønsker du å anmelde fagbøker for Psykologtidsskriftet eller har du tips til bøker som bør omtales? Ta i så fall kontakt med redaksjonen. Lengre bokessay er også av interesse.

En vanlig bokanmeldelse er på 3-4000 tegn.

Opplys om det foreligger mulige interessekonflikter i vurderingen av en bok.

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



MELANKOLI Fotograf Julia Margareth Cameron nytta tidt religiøse symbol i bileta sine. Her modellerer Mary Hillier jomfru Maria med Jesusbarnet (1864). Foto: The Met

«Den døde mora»

Den franske psykoanalytikaren André Green meinte at den depressive patologien må forståast gjennom omgrepet «den døde mora».

TEKST Atle Møen, professor i sosiologi, Universitetet i Bergen

Et deprimert menneske er tom for krefter, kroppen er treg, kjenslene er fulle med det triste og mørke, og tankane spinn ikring utan fokus og meining. Livet er grått og utan verdi, og kjærleiken til andre menneske har også slokna. Livsenergien er på eit minimum. Den franske psykoanalysen har ei forklaring på at denne tilstanden av djup depresjon oppstår i spedbarnsalderen.

«DEN DØDE FAREN»

André Green (1927–2012) var ein fransk psykoanalytiker som ville forstå den djupe depresjonen som ikkje kan forståast gjennom «vanleg» tap av ein person eller som forårsaka av vanskelege livsvilkår. Denne depressive tilstanden må, ifølgje Green, forståast gjennom omgrepet «den døde mora», altså at babyen misser mora si emosjonelle støtte akkurat under forminga av dei mest djupe kjenslene. Det gjer noko med korleis spedbarnet vert omslutta av verda, og tap av den harmonerte og varme omsorga skapar eit hol i psyken som vanskeleg kan fyllast igjen (Green, 1986). Green vil forstå den patologiske depresjonen i høve til svikten i den symbiotiske einskapen mellom mor og spedbarnet.

Ifølgje André Green har Freud og psykoanalysen nøye studert «den døde faren» i *Totem og tabu* (1912–13). Dette verket rekna Freud for å vera eit av sine viktigaste verk. Sett frå éin synsvinkel er dette eit svært spekulativt og fantasifullt verk, som skildrar ein overgang frå den patriarkalske urhorden til det «siviliserte brorfellesskapet». Desse sønene som både elska og hata urfaren, drap han også, for å få tilgang til kvinnene. Den grunnleggjande solidariteten i eit samfunn vert på den måten skapt gjennom ei valdshandling.

Denne solidariteten kunne ifølgje Freud berre verta halden ved like dersom mennene i brorfellesskapet avstod frå å konkurrera om kvinnene som vart løyste frå faren, og slik oppstod incesttabuet. Og desse tabua knytt til farsdrapet og incest, samsvarar også med det opphavlege ødipuskomplekset, som inneheld historia om kong Ødipus, som for å forhindra lagnaden slik den vart spådd, utan å vita det, drap far sin og ekta si mor. Denne teorien om farsdrapet som startpunktet i sivilisasjonsutviklinga er lite adekvat på eit konkret historisk-sosiologisk nivå. Men eg vil likevel hevda

at denne teorien om den skapande valdshandlinga er realistisk på den måten at eitkvart fellesskap og eitkvart menneske er prega av ambivalente kjensler og indre spenningar.

I og med den ambivalente kjensla overfor faren fekk sønene utløyning for aggressive lysster, men den andre polen i kjensledialektikken byrja snøgt å gjera seg gjeldande, slik at den første tilfredsstillinga ved å drepa faren vart avløyst av anger, skuld og sorg. Og etter som avstanden i tid auka og minnet om misgjeringa bleikna, overtok gradvis kjensla av kjærleik til faren, og den drepne og hata faren vart gradvis oppheva til eit moralsk ideal. Lydnaden overfor faren vart sterkare etter at han var død, enn den var då han levde. Lydnaden overfor dette farsidealet var ifølgje Freud ein forseinka lydnad (*deferred obedience*) (Freud, 1985 [1912–13], s. 210).

UTAN HJARTEVARME

Ifølgje Green har det vore mindre merksemd om «den døde mora» og det massive fråværet av emosjonell tilknytning som denne negativiteten skapar. Reint klinisk har mora i denne tilstanden av «død mor» sjølv opplevd lammande depresjon – som kan skuldast sorg over tapet av ein nær person – i den tida då ho må vera harmonisk og vera varmt til stades og føregripa og svara på alle behov og frustrasjonar frå spedbarnet. Spedbarnet har kanskje lege ømt og kjenslevart til mors bryst, men så er alt forandra, barnet sansar brått ei kald og stiv mor. Barnet sluttar å investera lystkjensler i morskroppen og tek innover seg den døde, stive og kalde morskroppen som er til stades utan hjartevarme, noko som skapar eit psykisk hol og tap av meining hjå det vesle barnet. Den vitale gleda hjå babyen har brått forsvunne, den emosjonelt nærverande mora vert borte om lag som forsvinninga av ein gamal sivilisasjon.

Denne transformasjonen av det psykiske livet til barnet idet mora brått vert borte, fører til ein katastrofe for barnet, fordi det skjer utan forvarsel, og mora vert blåst ut som eit ljøs frå spedbarnet si verd. Mora er der, men er likevel vekke frå barnet, fordi mora ikkje lenger sansar barnet som ei utviding av sin eigen kropp. Denne erfaringa av ei mor som er emosjonell død, skriv seg inn i den mjuke barnekroppen og skapar, ifølgje Green, djupe og varige ned-



BOK *Totem og tabu*

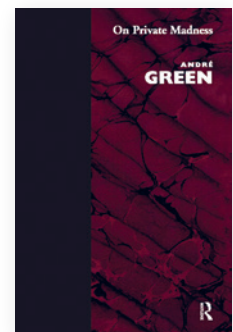
FORFATTER

Sigmund Freud

ÅR 2013 [1912-13]

FORLAG Vidarforlaget

SIDER 268



BOK *On Private Madness*

FORFATTER

Andre Green

ÅR 1996

FORLAG Routledge

SIDER 384



BOK *Svart sol*

FORFATTER Julia

Kristeva

ÅR 1994

FORLAG Pax

SIDER 231

»

slag i barnesinnet. Dette er ikkje rart, når ein veit kor plastisk og formbart spedbarnet er den første levetida.

MØRKE I SOLSKIN

Ein annan nålevande fransk psykoanalytiker, Julia Kristeva (1941–), meinte mellom anna i boka *Revolution in Poetic Language* (1984) at spora etter den førødpale mora vert prega inn i spedbarnet innanfor det ho kallar den semiotiske ordenen (Møen, 2020, s. 107). Det vil seia at erfaringa av den symbiotiske einskapen mellom mor og barn set seg i psyken som stemningar, kroppslege framtoningar, tonale rytmar og klangen i det tala, og i det tause og usagte. Desse semiotiske kreftene kan også vera potensielt undergravande overfor den patriarkalske og symbolske orden, fordi desse kreftene representerer danninga av dei første og basale kjenslene til barnet, noko som stammar frå erfaringa av den symbiotiske relasjonen til mora.

Den franske psykoanalytikaren og lingvisten Jacques Lacan (1901–81), som Kristeva både var inspirert av og kritiserte, meinte at den heilskaplege symbiosen mellom mor og barn vert løyst opp gjennom namnet til faren, *nom-du-père*. Faren seier «nei» ved å innføra lova mot incest, altså forbod mot å begjæra mora. Barnet vert slik løyst frå den imaginære identiteten med morskroppen og ført inn i den symbolske orden, eller den språklege verda gjennom ein identifikasjon med faren (Møen, 2020, s. 103). Kristeva sitt bidrag er å sette søkelyset på korleis kjenslene til det vesle barnet vert danna frå spedbarnsalderen til dei første leveåra. Dette skjer gjennom eit samspel mellom på den eine sida, affektar og stemningar som stammar frå ein emosjonell einskap med mora i den semiotiske ordenen, og på den andre sida gjennom identifikasjonar med faren i den symbolske ordenen, noko som samsvarar med at barnet så smått begynner å forstå og nytta språket. Ifølgje Kristeva er subjektet ein prosess, eller er kontinuerleg på prøve, i samspelet mellom det affektive, kroppslege og biologiske på den eine sida og framveksten av tale og vokale symbol på den andre sida (McAfee, 2004, s. 38). Vi vert den vi er gjennom å delta i meiningsdannande prosessar. Det eksisterer ikkje eit sjølvmedvit før vi kan bruka språket, medvitet oppstår gjennom at barnet vert leia inn i språket.

Kristeva samanliknar det at barnet tar innover seg og ligg ved mor sitt bryst med at barnet lærer seg å tala, eller å ta innover seg språket. Barnet er først i den semiotiske fasen i ein symbiose med mora, der mor og barn lever i ein affektiv union med felles klang og rytme, og mora nynnar, syng og voggar barnet inn i ein varm famn og lèt barnet få næring og lyst inntil mors bryst, og denne samklangens dannar også eit mønster for eit enkelt vokalt språk. Faren bryt opp denne symbiosen og introduserer barnet for eit meir avansert språk og for symbol som barnet kan bruka til å handtera det veldige tapet som barnet opplever av å verta løyst frå symbiosen med mora. Det er difor to steg på vegen mot eit utvikla symbolsk språk – det første steget er den affektive stemninga med mora som gir språket eit emosjonelt moment, det andre er at barnet blir differensiert frå mora, gjennom å bli eit subjekt som kan bruka det symbolske språket. Eit symbolsk språk utan tilførsel av affektive stemningar og kroppslege disposisjonar vert dødt og stivt, om lag slik ein utan innleving les stivt opp frå eit skodespel.

Kristeva meiner altså at det skjer ein gradvis overgang frå at barnet løyser seg frå den symbiotiske einskapen med mora – gjennom ein negasjon av mora – til at barnet begynner å identifisera seg med faren og inkorporerer ord og symbol, og slik vert barnet introdusert til den symbolske ordenen ved å identifisera seg med faren. Barnet kan gjennom denne identifiseringa unngå den narsissistiske depresjonen, slik at det kan erverva seg symbol til å arbeida med tapskjensla.

NARSISSISTISK DEPRESJON

I boka *Svart sol* (1989, 1994) hevdar Kristeva at den deprimerte personen lir av ei paralysering av den symbolske makta til språket. Ho skil mellom ein objektdepresjon, eller ein melankolsk tilstand, der personen lir over eit tapt objekt (ein person), og narsissistisk depresjon, som er ei melankolsk sorg over tap av Tingen, som er den emosjonelle og kroppslege einskapen med mora. Barnet misser seg sjølv i denne emosjonelle einskapen, fordi symbiosen vert løyst opp i ein fase der denne einskapen med mora er avgjerande og eit nødvendig vilkår for i det heile å skapa eit subjekt. Dette vil seia at barnet har mista den emosjonelle einskapen med mora, ved at mora har vore «død» i denne fasen av spedbarnsalderen når grunnmønsteret i kjensler, stemningar, klang og rytme vert danna. Denne narsissistiske depresjonen bit seg også fast i den biologiske naturen, just fordi den menneskelege naturen ikkje er fiks ferdig ved fødselen, men at barnet sin biologisk natur og disposisjonar vert forma og utvikla vidare gjennom samhandlinga med mora. Difor er denne depresjonen forankra i den plastiske og formbare biologisk naturen. Den er på sett og vis medfødt, men ikkje fullt og heilt, fordi fødselen av den menneskelege naturen skjer langsamt og gradvis gjennom heile barndommen.

Objektdepresjonen er kjenneteikna av at den deprimerte har ambivalente kjensler av hat og kjærleik til ein person, eller kjærleiksobjekt. Den deprimerte kan installere den som vert elska/hata, i sin eigen karakter, og slik sett kan ein forstå at den deprimerte personen sine stadige klagar mot seg sjølv eigentleg er aggresjonen mot den andre som er installert i subjektet. Det uforklarlege i sjølv mordet vert då også forståeleg ved at sjølv mordet er eit mord på den personen som er installert i subjektet.

Når det gjeld den narsissistiske depresjonen, kan ikkje den forståast som eit skjult åtak på ein annan person som er installert i subjek-

tet, men ei veldig kjensle over å vera trist, tom og ufullstendig, dette namnlause og symboltomme tapet som oppstod før subjektet hadde lært det symbolske språket. Ifølgje Kristeva har denne depressive stemninga også vorte eit forsvarsverk mot indre oppløysing av subjektet, eller vern mot dødskreftene. Ein narsissistisk depresjon er grunnelementet i eit subjekt, og det er den indre strukturen til subjektet. Det er armeringar og berande konstruksjonar av subjektet, noko som vil seia at utan denne narsissistiske depresjonen rasar bygget ned, eller subjektet går i oppløysing.

Nokon har ein einskap som subjekt ikring å være klok, snill, fæl, arbeidsam, doven, sannferdig, og andre liknande eigenskapar. Personen som lir av narsissistisk depresjon, derimot, har ein subjektiv einskap som deprimert, og utan denne depressive tilstanden står subjektet i fara for å rasa saman i ein haug med ulike fragment. Subjektet fekk aldri danna seg, og difor er behandlinga av denne opphavelige og narsissistiske depresjonen så vanskeleg. Eit menneske som lir av denne narsissistiske melankolien, er difor prega av ei total stemning, med ein stiv kroppsframtoning, eit monotont toneleia, og ein livlaus talemåte. Subjektet har ein indre heilskap som deprimert, og utan denne depressive affekten går subjektet i oppløysing.

Det er difor to utvegjar ut av denne totale stemninga, eller humøret. Den eine utvegen er å la den semiotiske stemninga verta omsett til det symbolske språket, eit forsøk på å symbolisere den namnlause og tause tingen, eller å gje ord til den murrande melankolien. Sorgstem-

ninga må verta overført til meiningsfulle teikn gjennom identifikasjonen med faren, slik at den depressive sitt døde språk kan verta gjort meir levande. Den deprimerte kan på dette viset bli heila gjennom å få eit språk som kan fylla ut den tomme indre kjensla, og auka rørsleenergien, slik at kroppen vert mjukare, at stemninga lettar, og klangen i det talte blir finare.

Den andre utvegen er den negative utgangen – sjølvordet. All den tid den gjennomtrengjande kjensla og stemninga av det triste erstattar objektet, slik at subjektet oppnår ei form for integrasjon og ei kjensle av heilskap kring denne negative stemninga, er det også mogleg at opphevinga av depresjonen kan opna for fullt for dødskreftene og desintegrasjonen av subjektet og eit løfte om å verta ingen ting, å fryda seg over det «oseaniske».

Denne innsikta om at depresjonen konstituerer subjektet og held det saman i ein slags einskap, har truleg også viktige kliniske implikasjonar. Å behandla den djupe depresjonen er eit risikabelt føretak, fordi når depresjonen vert delvis heila, kan det samstundes oppstå eit skjørt subjekt. Og som ein utilsikta konsekvens av behandlinga kan dødsønsket tilta i styrke. Dette er også grunnen til at antidepressive medisinar vert gitt ut med varslar om moglege biverknader, der framvekst av sjølvordstankar er ein slik biverknad. Det finst mange som ikkje maktar å bli friske, fordi livsenergien er investert i den depressive tilstanden. Det er det tragiske i livet, dette at frigjerung frå depresjonen, eit nytt lys i livet, stundom også dannar mørke skuggar, og eit uunngåeleg dødsønske. ✕



...utan denne depressive affekten går subjektet i oppløysing

REFERANSAR

- Freud, S. (2013 [1912–13]). Totem og tabu. *Noen overensstemmelser mellom villes og nevrotikerens sjeleliv*. Vidarforlaget.
- Freud, S. (1985 [1912–13]). 'Totem and Taboo. Some Points of Agreement between the Mental Lives of Savages and Neurotics (1912–13)'. I *The Origins of Religion*. The Pelican Freud Library. Volume 13. Penguin Books.
- Green, A. (1986). «The dead mother». I *On private madness*. International Universities Press.
- Green, A. (2018). *On Private Madness*. Taylor and Francis. Kindle Edition. Routledge.
- Kristeva, J. (1989, 1994). *Svart sol*. Pax.
- McAfee, N. (2004). *Julia Kristeva*. Routledge.
- Møen, A. (2020). *Sigmund Freuds samfunnssteori*. Scandinavian Academic Press.

Ensomhet overalt

Noe av det som gjorde mest inntrykk i denne tankevekkende boka, er hvordan byutviklere helt bevisst utvikler byrom med fiendtlig arkitektur for å hindre menneskelig samhandling.



BOK *Ensomhetens århundre. Hvordan finne sammen i en verden som splitter oss*

FORFATTER

Noreena Hertz

ÅR 2020

FORLAG Res Publica

SIDER 378

ANMELDT AV

Hege Saltnes, psykiater, seksjonsleder Nasjonal behandlingstjeneste for hørsel og psykisk helse, OUS

287 SIDER OM ensomhet. Hertz bruker mange ord, litt for mange etter min mening. Hadde det ikke vært for oppdraget med å anmelde, hadde jeg nok lest mindre grundig. Når det er sagt, har boka gitt mulighet til et dypdykk i ensomhet som fenomen, og lesningen har gitt nye perspektiver, og ikke minst gitt inspirasjon til gode samtaler om temaet. Jeg leser med et utenfrablakk, jeg har sjelden, kanskje aldri, følt meg ensom.

Forfatteren er økonom, journalist, forsker og forfatter, og hun går grundig til verks. Utover de 287 sidene er det 80 sider med referanser for den som vil utforske ensomheten videre. Boka har elleve kapitler og spenner fra historie, filosofi, biologi, økonomi, psykologi, korona, mobiltelefonbruk og arkitektur i relasjon til ensomhet. I tillegg bruker hun mange anekdotiske fortellinger for å underbygge. For eksempel at eldre japanere begår kriminalitet for å kunne yte godt av fellesskapet et fengsel gir. Den som leter skal finne, og Hertz finner ensomhet overalt. Hun skriver om ensomhetskrisen og bruker all sin skrivekunst til å underbygge at den finnes, med litt for kraftig skyts etter min smak. Forhåpentligvis har vi beholdt noen grunnleggende fellesskapsverdier i Norge, som motvirker at ensomhet blir en krise. Sluttkapittelet oppsummerer det som

skal bidra til at vi kan finne sammen i en verden som splitter oss.

Hertz refererer ensomhetstall basert på forskning i mange land. Norge er ikke nevnt, men SSB ga i oktober 2020 ut en rapport om livskvalitet i Norge, der det kommer frem at 11 prosent oppgir å være mye plaget av ensomhet, mens ytterligere 26 prosent er noe plaget av ensomhet. Altså er nærmere fire av ti nordmenn ensomme. Jo yngre, jo mer rapportert ensomhet. Muligens er det *jeg* som undervurderer ensomhetskrisen når tallene fra Norge er så tydelige.

FIENDTLIG BYUTVIKLING

Særlig to tema i boka har inspirert meg til samtaler og utforskning: mikrosamspill og byutvikling. Mikrosamspill beskriver hvor viktig det er å opprettholde sosial kontakt med hverandre. Se hverandre i øynene, smile og utveksle noen ord. Gå til den kassen i butikken som er betjent, istedenfor den selvbetjente. Hvis vi bare velger kontaktløs handling, går vi glipp av menneskelig kontakt. Dette er om mulig enda viktigere i pandemitider enn ellers, fordi vi tvinges til redusert sosial kontakt.

Det andre punktet som har surret i hodet mitt, er byutvikling og bruken av fiendtlig arki-



FIENDTLIG Noreena Hertz skriver om byrom som ekskluderer i boken *Ensomhetens århundre*. Under Ringveien i Sinsenkrysset i Oslo ligger det kampesteiner som er sementert igjen for å hindre opphold. Foto: Svein Nordrum / NTB Scanpix

tektur. I byer er det vanlig å ikke kjenne sine nærmeste naboer. Hertz bruker særlig New York som eksempel. Selv etter flere år i samme blokk vet ingen navnet på de andre som bor der. Folk som bor i byer, beveger seg stadig raskere. Gangfarten i Singapore har økt med 30 prosent fra 1990-årene til 2007. Og jo mer velstående befolkningen i byene er, desto høyere gangfart! Da har vi ikke tid til å hilse på andre eller til å stoppe opp for å smile. Legg til hvor opptatte vi er med å se ned i telefonene våre. Den digitale distraksjonen fra mobiltelefoner har medført at byplanleggerne i for eksempel Sidney og Tel Aviv har installert trafikklys i fortauene slik at folk slipper å se opp fra telefonen. Disse eksemplene gir dårlige kår for samspill.

Boka gir mange tankevekkende eksempler på fiendtlig arkitektur med bruk av elementer som forhindrer bruk av byrom. Designet er utformet for å ekskludere. Et eksempel er betongbenker som verken er egnet til å sitte på, til å bruke som skaterampe eller til å legge seg ned på. Byplanleggerne ønsker ikke at vi skal bli værende. Eller hva med benker som er delt av armlener? I utgangspunktet ikke så problematisk, men når det brukes for å forhindre at noen legger seg nedpå, er det et eksempel på bevisste valg for å unngå at uønskede personer skal oppholde seg for lenge i byrommet. Et annet eksempel er busskur uten benker, bare med installasjoner til å hvile seg mot i noen sekunder. Det er ikke bare «de andre» som driver med dette: I Oslo har vi fylt betong under broene for å forhindre hjemløse å oppholde seg der om nettene.

Bruk av lyd og lys for å forhindre ungdommer i å bruke felles arealer er også tankevekkende lesning fra boka: I USA finnes storbyområder der ubehagelig, høyfrekvent lyd brukes for å holde ungdom unna. Lyden er så høy-

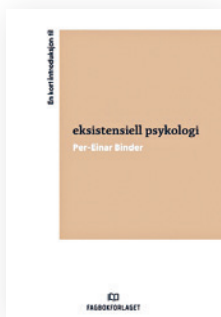
frekvent at gamle ikke kan høre den på grunn av svekket hørsel. I Storbritannia brukes rosa lys på offentlige steder som synliggjør kviser; igjen for å holde ungdommene borte. Slik reguleres hvem som har adgang og hva slags samspill som kan utøves, på en finurlig og ubehagelig måte.

OPPSKRIFTEN

Boka avsluttes med forfatterens oppskrift for å finne sammen. Ensomhet koster liv, gir dårlig økonomi og er en trussel mot demokrati (ved å fostre radikalisme og ekstremisme). Hertz har mange forslag, her trekker jeg frem det som traff meg mest: Hertz fremsnakker betydningen av å praktisere demokrati, ved å være en del av sosiale nettverk, både formelle og uformelle. Oppskriften er enkel: Praktiser høflighet, vennlighet og toleranse. Alle steder der mennesker samhandler, kan vi øve oss opp til å bli gode medspillere i demokratiet. Vi må gjøre bevisste valg hver eneste dag, velge fellesskapet fremfor meg alene. Ved å være der for hverandre kan alle bidra til å gjøre verden til et mindre ensomt sted. Det høres kanskje *vel* enkelt og banalt ut, men det gir i alle fall meg en opplevelse av at jeg kan bidra. ❌

En kort introduksjon til Binders verden

Per-Einar Binders bok *En kort introduksjon til eksistensiell psykologi* gir et unikt innblikk i hvordan Binder selv forstår livets store spørsmål, men den gir ingen egentlig introduksjon til eksistensiell psykologi eller tenkning.



BOK *En kort introduksjon til eksistensiell psykologi*

FORFATTER

Per-Einar Binder

ÅR 2020

FORLAG

Fagbokforlaget

SIDER 144

ANMELDT AV

Tor Syrstad, psykolog og stipendiat i statsvitenskap, UiO.

Å SETTE SEG ned med *En kort introduksjon til eksistensiell psykologi* fyller meg med spenning og ærefrykt. Den nette innbindingen. De duse fargene. Det innbydende korte formatet. Alt står i pirrende kontrast til de overveldende store temaene denne boka lover å ta opp. Innholdsfortegnelsen bærer bud om en innføring i selve livet: å være i verden, frihetens grenser, meningsløshet og død. Kan denne korte introduksjonen lede meg i retning av å forstå i alle fall noe av det som uroer oss som mennesker – i livet og i terapirommet? Kan snaue 150 sider skissere opp et faglig perspektiv på den undring og angst som både fascinerer og plager oss, men som vi så ofte viker unna og glemmer vekk?

I løpet av innledningen blir engstelsen som omslutter selve leseprosjektet, raskt roet ned, og igjen står nysgjerrigheten. Binder skal ha ros for et inviterende og metaforrikt språk som hjelper leseren inn i tematikken. Samtidig ofrer forfatteren faghistorien i forsøket på å få alle med. Han går med harelabb over mangfoldet av tradisjoner som eksistensiell psykologi bygger på. Binder *skriver* riktignok at fagfeltet har dype røtter i litteratur, kunst og filosofi. Men når denne historien skal oppsummeres, er det forfatterens egne litterære beskrivelser som stikker seg ut:

Det er akkurat ditt unike liv som tar slutt. Du skal aldri stå opp om morgenen og møte en ny dag igjen. Menneskene du er glad i, skal ikke se deg igjen. Hele ditt indre bibliotek av minner, den første skoledagen, den første forelskelsen, høydepunktene og bunnpunktene,

alle kapitlene av livet ditt – de skal ikke være der mer (s. 13).

VENNLIG FAGPRAT PÅ KONTORET

Introduksjonsboka som sjanger skal inspirere leserne til å lære mer. Den bør gjøre komplekse spenninger mellom disiplinens ulike retninger – og de dype grunnspørsmålene som forener dem – forståelige for nye lesere. Dette er en krevende pedagogisk øvelse, som Binder rent estetisk behersker godt. Tvileren i meg lurur likevel på om innholdet under de språklige ornamentene egentlig kommer til å skape faglig sammenheng og mening.

De neste kapitlene forsterker inntrykket av en forfatter som er dypt engasjert i en tanke-rettning, og som illustrerer denne interessen på en flerfoldig måte. Han gir tidvis gode illustrasjoner fra hverdagslivet og fra terapi. Binders styrke er evnen til å få leseren engasjert. Det er som om jeg er invitert til forfatterens kontor og deltar i en vennlig samtale med den erfarne psykologen. Svakheten med en slik vennlig og lettbeint tone er at interne konflikter i fagstoffet ikke løftes fram på en kritisk måte. Dette blir særlig betegnende når feltet han skal introdusere, i seg selv *handler* om slike indre motsetninger. Eksempelvis blir et teoretisk kjernespor om menneskets essens tatt opp på en virkelighetsnær og interessant, om enn noe ukritisk, måte i kapittel 2. Senere i boka blir spørsmålet – og de faglige spenningene det rommer – enkelt avfeid med betraktninger om meditasjon og mindfulness. Meditativ praksis gir, ifølge Binder, innsikt i hva ikke-essensialisme er for noe: «Våre ideer, tanker og fortel-

linger om oss selv er ikke «kjernen» i hvem vi er», skriver han (s. 53). Men er ikke dette nettopp en ny-essensialistisk forståelse om at vi kan meditere oss fri fra de narrative vi skaper og er en del av? Og er ikke uløste spørsmål om essens og autentisitet noe av det mest interessante med eksistensiell psykologi? Ofte lander det som kunne vært starten på uhyre interessante refleksjoner, for raskt ned på én av sidene. Binder serverer svar, der leserne søker avveininger og nyanser. Selv om forenkling er introduksjonsbokas iboende mål, blir unyanserte dikotomier mellom for eksempel positiv og negativ perfektionisme, mellom nevrotisk og eksistensiell skyld og mellom frykt og angst nærmest som bjørnetjenester å regne.

UBRUKTE MULIGHETER

På lignende måte behandler Binder eksistensens diskursive og samfunnsskapte side med relativt lett hånd, og han går ikke ordentlig inn i kritikken om at den eksistensielle tanke-retningen er tilpasset vestlige og privilegerte illusjoner om individets frihet. Du har ikke valgt å befinne deg i en krigssituasjon, skriver Binder, men «du har valgt en måte å forholde deg på» (s. 59). Dette blir for enkelt, selv for lesere som møter eksistensiell psykologi for første gang. I omtalen av såkalte tradisjonelle samfunn spisses det vestlige og neoliberales blikket ytterligere til. I de «tradisjonelle» samfunnene, skriver Binder, er «du den som fellesskapet definerer deg til å være». Han kan heldigvis berolige oss med at det er noe helt annet her i Vesten:

Vårt utgangspunkt er annerledes. Meningsnettet vi lever i, har langt mer åpninger og flertydigheter. Vi opplever en verden hvor vi har en kreativ jobb å gjøre (s. 100).

Når kulturforskjeller og mening i ulike diskursive fellesskap behandles som en enkel kontrast mellom de kreative i Vesten og de samfunnsstyrte i andre kulturer, melder behovet for selvkritikk og dobbel refleksjon seg nærmest som en akutt krise i leseopplevelsen.

I andre deler av boka kan jeg berømme forfatteren for å trekke linjer mellom eksistensens grunnanliggende og *det politiske*. Binder inviterer til tankerekker om konvensjonalitet og egenart, om makt og ideologi. Avslutningskapitlet om kroppslig og økologisk væren gir dess-

uten en forsmak på faglig refleksjon om hva det innebærer å være en liten brikke i en stor og pågående krise som alle og ingen er ansvarlige for samtidig. Klimakrisen setter eksistensielle spørsmål på spissen, og viser med tydelighet hvordan begreper som frihet og ansvar nyanseres og brytes i møtet mellom enkeltmenneskets eget liv, politiske strukturer og verdenssamfunnets (av)makt. Med så mange mulige innganger og begynnelse blir det ekstra leit når forfatteren går seg bort i assosiasjonsrekker om hverdagens sanseinntrykk:

Vi sanser vær og vind. Et gresstrå stikker frem gjennom asfalten, en fugl synger, et insekt biter, du hilser på en katt. (s. 124).

Tenk hva en slik tekst kunne gitt oss dersom Binder virkelig hadde turt å gå inn i spenningen mellom det individuelle og det kollektive ansvaret stilt overfor en trussel som faktisk er *eksistensiell*. Der han, i avslutningen av kapitlet, lærer leseren at klimaskyld er et mer rimelig begrep enn klimaskam, kunne han heller tatt oss med inn i et eksistensielt inferno av personlig og samfunnsmessig ambivalens og endringsangst.

Forfatteren gjør seg flid med å kombinere teori og empirisk forskning. Dette gjør at boka framstår oppdatert og bygget på professorens faktiske og nysgjerrige virke. Når det er sagt, er det tidvis vanskelig å forstå hvordan ulike bidrag vektas opp mot hverandre gjennom teksten som helhet. Buddhistisk tenkning og mindfulness går som en rød tråd, samtidig som filosofiske grunnpremisser ofte blir avspist med korte og frittstående resonnementer. Her mobiliseres for lite begjær hennet mot den faghistoriske kanon, mens referanser til nyere terror-management-eksperimenter hopper seg opp gjennom de snau 150 sidene. Sammen med Binders forkjærlighet for å dele egne livsrefleksjoner og visdomsord virker kunnskapsutvalget noe tilfeldig for et faglig interessert publikum.

Totalt sett gir boka en grundig innføring i Binders forståelse av viktige spørsmål her i livet. Når forfatteren er en fagperson som Binder, kunne det vært et interessant og høyst verdig bokprosjekt i seg selv. Pakket inn i coveret til en introduksjonsbok som er ansvarlig overfor en hel fagretning, lever den imidlertid ikke opp til sin ambisjon. ❌



Svakheten med en slik vennlig og lettbeint tone er at interne konflikter i fagstoffet ikke løftes fram på en kritisk måte

NOTIS



Gratis bok om helsespråk

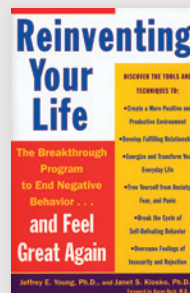
Klar og tydelig kommunikasjonen om helse og sykdom er tiltrengt for både helsepersonell, pasienter, pårørende og publikum, mener forfatterne av ny bok.

Med økende krav om dokumentasjon og tydelig kommunikasjon mellom fagfolk får helsespråket en betydelig rolle: Hvordan kommuniserer man konsist og forståelig om pasientens helse i journal, epikrise og interne notater? Dette er utgangspunktet for den digitale nyttingen om kommunikasjon i helsefaglig arbeid.

Boka, som publiseres som supplement til tidsskriftet Michael, beskriver at det finnes 29 autoriserte helsepersonellgrupper i Norge i 2021. Disse fagdisiplinene og arbeidene innenfor helsetjenester har utviklet mer eller mindre spesifikke fagspråk gjennom sin utdanning og profesjonsidentitet. Samtidig er tverrfaglig samarbeid mellom fagdisipliner regelen heller enn unntaket, og pasienter i helsevesenet vernes om av en sirkel av ulike fagfolk med hvert sitt *helsespråk*.

21. mai 2021 ble boka titulert *Helsespråk* lansert. Her går forfatterne inn i de mange sidene ved kommunikasjon i helsevesenet, dets særpreg, bruk og utfordringer. I 23 kapitler og med 35 bidragsytere er boka publisert med åpen tilgang, og er følgelig gratis tilgjengelig på nett fra lanseringsdato.

KLASSIKEREN



Boka er nyttig for å forstå mennesker med sammensatte vansker

Jeffrey E. Young og Janet S. Klosko: *Reinventing Your Life* (1993)

Utstyrt med en mengde teorier, modeller og intervensjoner trådte jeg inn i voksenpsykiatrien som nyutdannet psykolog. Møtet var preget av til dels komplekse tilstander som ikke alltid passet inn i en enkelt diagnose eller de fint formulerte modellene fra studietiden. Ofte var relasjonelle vansker en del av bildet. Terapien ble eklektisk, der ulike intervensjoner og tema ble satt sammen for å gi best mulig hjelp. Men hvordan skulle jeg samle de ulike elementene til en større helhet? Skjematerapi ga et nytt perspektiv på akkurat dette.

Gjennvinn livet ditt, oversatt til norsk av Patrick A. Vogel med flere i 2002, er en lettlest innføring i skjematerapi, skrevet i selvhjelpsformat. Den beskriver hvordan tidlige relasjonelle erfaringer bidrar til utviklingen av *skjema*; mønster i atferd, tanker og følelser. Slike skjema kan senere skape hindringer for positive erfaringer. For å skape endring vektlegges i første omgang innsikt og bearbeiding av opphavet til skjemaet, før man går videre til å aktivt arbeide for å endre eget atferdsmønster.

At skjematerapi integrerer ulike kjente teorier, ga mening for meg. Her ble kunnskap fra psykodynamisk, emosjonsfokustert og kognitiv terapi satt sammen til en helhetlig forståelse av mennesket. Både innsikt og ansvar er viktige komponenter i endring. Den fremmer et positivt syn på mennesket, der alle menneskers endringspotensial, ønske om selvrealisering og vekst ligger til grunn.

Til tross for at forsiden til den norske oversettelsen ser ut som et Paint-prosjekt fra tidlig 2000-tallet, anbefales innholdet mellom permene varmt. Den ga meg et nytt verktøy i verktøykassen, og samtidig viste den hvordan terapeutiske modeller komplementerer hverandre og kan settes sammen. Boken tilbyr et nyttig perspektiv på terapeutisk arbeid, og hvordan man skal forstå mennesker med sammensatte vansker.

Mai Emilie Ramdahl, psykolog ved Voksenpsykiatrisk Avdeling Vinderen, utfordrer Linda Læg Reid, privatpraktiserende psykolog ved Lysne Helse.

MINNEORD

JØRN SØVIK

1961-2021



JØRN BLE FERDIG utdannet psykolog ved Universitetet i Oslo i 1990. Han arbeidet i PPT i Oslo kommune, med kontor på Stovner, ved Rikshospitalet, ved Aline spedbarnssenter i Oslo og ved Psykologisk barnevernsteam i Akershus fylkeskommune. Så gikk han over til privatpraksis, med arbeid som barnefaglig sakkyndig på heltid. Det gjorde han helt til sin død. I mange år delte han kontor med Olof Göttestam i kontorfellesskapet i Nordahl Bruns gate 22 i Oslo. De senere årene hadde han kun hjemmekontor, men med utstrakt reisevirksomhet, dit de sakkyndige oppdragene tok han.

Jørn bodde hele sitt voksne liv i Oslo, nærmere bestemt i områdene rundt Sagene, men han kom fra Harstad, og han tok svært mange oppdrag som sakkyndig i Nord-Norge. Det trivdes han veldig godt med. Det nordnorske klimaet, lynnet, den litt rå og røffe humoren passet han perfekt. Han var også veldig glad i Oslo, og det å være sosial på fritida, gjerne med kaffen, ølen og røyken. Han var en livsnyter, som satte umåtelig stor pris på en god diskusjon, også med høy temperatur, eller å bare «snakke skit», nyte god mat, se en god film og være blant venner i godt selskap.

Jørn stammet hele livet, og hans erfaringer med egne vansker og erfaringene fra spesialskolen Halmrast i Søndre Land brukte han på

en god måte i sine møter med barn, unge og deres omsorgspersoner. Hans tydelige engasjement for barn og unge som hadde det vanskelig, var hans røde tråd gjennom hele psykologkarrieren. Hans sterke analytiske evner, hans unike evne til å oppnå kontakt og tillit, både hos barn, unge og de voksne, samt å formulere seg godt både muntlig og skriftlig står fram som det vi vil huske ham for. Han var effektiv og grundig i sitt arbeid. Han var opptatt av å være faglig oppdatert, og han skrev rapportene sine i tråd med tilgjengelig kunnskap i feltet. Han arbeidet alltid med en sakkyndig rapport mot en rapportfrist som nærmet seg. Han var flink til å få til enighet i forkant av rettsaker flere ganger. Han var snill og raus med å dele av sine mange kunnskaper, og to av oss som skriver dette minneordet, har han også veiledet slik at vi kunne bli godkjent barnefaglig sakkyndige. Vi står på hans skuldre faglig.

De senere årene hadde han helseproblemer, og arbeidskapasiteten hans var nedadgående. Han måtte hvile mer og roe ned, og han klarte ikke så mange saker samtidig lenger. Men han arbeidet som sakkyndig helt til det siste. Helt til han falt om, 59 år gammel, da hjertet hans stanset lørdag kveld den 1. mai. Han ble gjenopplivet og lagt i kunstig koma, men etter hvert ble det klart at alt håp var ute, og han døde 9. mai.

Jørn gledet seg til Oslo endelig skulle åpne igjen etter koronanedstengningen, og han snakket om hvordan han skulle feire sin 60-årsdag til høsten. Slik ble det dessverre ikke.

Vi lyser fred over hans minne, og med varme tanker til hver og en i hans familie, både i Oslo, Trondheim og i Harstad. Det er stort tap for det barnesakkyndige miljøet i Norge at han ikke lenger er blant oss. ✕

*Olof Göttestam, Øyvind Ø. Sundseth, Anne Friis,
Monica Sarfi og Kathrine S. Lorentz*



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 oppbygging og struktur
- Hvordan responser skal kodes i de ulike modulene
- Hvordan fastsette diagnoser
- Trening i hvordan intervjuet skal gjennomføres

Ansvarlig kursholder: Aina Holmén, psykolog/ Ph.D.

Pris: 9.900,- SCID-5-KV protokoll og manual er inkludert i kursavgiften.

Sted: Gyldendalhuset, Sehestedsgate 4, Oslo

Datoer:

Torsdag 9. og fredag 10. september 2021
Torsdag 18. og fredag 19. november 2021

Nærmere informasjon og påmelding:
www.scid.no

Om fysisk oppmøte ikke er gjennomførbart vil kursene bli avholdt digitalt.

gyldendal.no/akademisk

Kronisk traumatisering og traumerelatert dissosiasjon

12 dagers kursrekke (4x3 dager) med Arne Blindheim og Marianne Straume (psyk. spes.)

Bergen, november 2021 – september 2022

For mer informasjon om kurset og om påmelding, gå til: www.krisepsykologi.no eller skriv e-post til: ar-blind@online.no

Skal du flytte eller bytte arbeidssted?



Registrer ny adresse på
www.psykologforeningen.no
Min medlemside

eller send e-post til
medlemsservice@psykologforeningen.no

Ønsker du å annonsere i Psykologtidsskriftet?

Neste utgivelse er **1. juli**,
frist for å bestille annonse
til juli-utgaven er **18. juni**

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

BROWN

EXECUTIVE FUNCTION / ATTENTION

SCALES™

Nå lanserer vi Brown EF/A!
Brown Executive Function/
Attention Scales (Brown EF/A) er
et nevropsykologisk instrument.
Vurderingsskalaene er først og
fremst utviklet for å brukes som
screening for å kartlegge vansker
med eksekutive funksjoner og
ADHD. Finnes nå i Q-global.

Fra og med nå kan du bestille
Brown EF/A på nettstedet vårt. Der
finner du også mer informasjon å
lese:

pearsonclinical.no/brown-efa



Pearson

INVITASJON TIL TEMANUMMER:

Psykologer og bruk av tvang

I 2021 er det 20 år siden psykologspesialister fikk anledning til å fatte vedtak om tvungen psykisk helsevern. I denne forbindelse planlegger *Tidsskrift for Norsk psykologforening* et temanummer under overskriften «Psykologer og bruk av tvang».

Med dette temanummeret ønsker Psykologtidsskriftet å bidra til en kunnskapsutveksling om bruk av tvang i behandling av psykiske lidelser og ruslidelser, inkludert de vanskelige spenningsfelt, dilemma og etiske problemstillinger som er knyttet til bruk av tvang i behandling. Ikke minst ønsker vi å belyse hva psykologisk kunnskap kan bidra med i målsettingen om å få ned bruken av unødvendig tvang.

Vi inviterer potensielle bidragsytere til å sende inn en kort beskrivelse av mulige tekster (maksimalt 250 ord) innen 15. juni 2021. Se ellers Psykologtidsskriftets hjemmesider (www.psykologtidsskriftet.no) for en nærmere presentasjon av og retningslinjer for våre ulike sjangere og spalter. I temanummer er alle sjangre aktuelle, slik som fagartikler, fra praksis bidrag, fagessay og debattinnlegg.

Spørsmål, tips eller andre innspill kan sendes til psykologfaglig redaktør Gro Walø-Syversen, e-post Gro@psykologtidsskriftet.no

Forslag til artikler sendes sjefredaktør Katharine Cecilia Williams, e-post Katharine@psykologtidsskriftet.no

www.psykologtidsskriftet.no



Stempel med medlemslogo for psykologer

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

Stempel kan kjøpes hos Aksess & Daylight as for kr 345. Dersom du ønsker egne opplysninger i tillegg til logoen er prisen kr 1075. De oppgitte priser er inkl. mva og porto.

For bestilling av stempel – send «Stempel med medlemslogo Norsk psykologforening» til marit@strommes.no



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



Seminar, dagskurs og videreutdanningsprogram for helsepersonell

Arrangør: Regional Seksjon Spiseforstyrrelser (RASP), Ullevål sykehus

- *Kropp og selvfølelse: Kompetanseprogram om spiseforstyrrelser*

Målsettingen med utdanningen er å gi helsepersonell innføring i klinisk kompetanse innenfor fagområdet spiseforstyrrelser. Videre vektlegges oppbygging og utvikling av lokale fagmiljøer. Kompetanseprogrammet retter seg spesifikt mot behandlere som for eksempel *psykologer, leger, fastleger, helse- og sosialfaglig høgskoleutdannede helsepersonell, fysioterapeuter og pedagoger, kliniske ernæringsfysiologer, helsesykepleiere og andre*. Kandidatene vil få klinisk veiledning av egne pasienter med spiseforstyrrelser. Det første møtet med pasienter i primærhelsetjenesten regnes som behandling.

Målgruppe: Alle som arbeider med spiseforstyrrelser innenfor Helse Sør Øst HF.

- *Kognitiv adferdsterapi for spiseforstyrrelser (CBT-E) for behandlere; kompetanseprogram*

Målsetting: Et kompetanseprogram med formål å lære opp behandlere i kognitiv atferdsterapi for spiseforstyrrelser (CBT-E).

Målgruppe: Individualterapeuter/behandlere tilknyttet DPS i Helse Sør-Øst som har selvstendig behandlingsansvar, dvs. leger, psykologer og andre.

- *Tverrfaglig videreutdanningsprogram i familiebasert behandling (FBT) for alvorlige spiseforstyrrelser for barn og unge; kompetanseprogram*

Målsetting: Ved å tilby behandlere i barne- og ungdomspsykiatriske institusjoner (BUP) et videreutdanningsprogram basert på familierapi, vil det kunne bygges opp en kompetanse i spesialisthelsetjenesten som på sikt kan bidra til at pasienter i vår region tidligere får tilgang til en virksom behandling. I de nye nasjonale retningslinjene for tidlig oppdagelse, utredning og behandling av spiseforstyrrelser, vil familie-basert behandling (FBT) få en sterk anbefaling både ved anoreksi, bulimi og andre spiseforstyrrelser hos barn og unge.

Målgruppe: Kompetanseprogrammet retter seg mot behandlere i BUP, leger/psykiatere, psykologer/ psykologspesialister og andre behandlere med høyskoleutdanning som har selvstendig behandlingsansvar.

- *Diverse dagskurs og seminarer utlyses individuelt hhv. vår og høst innenfor en rekke temaer i forbindelse med spiseforstyrrelser*

Utllysning av dagskurs skjer for hvert enkelt kurs, med beskrivelse av kurset etc.

For ytterligere informasjon om opptak av nye kull til videreutdanningsprogrammene, og mer informasjon om dagskurs/seminar, henvises det til vår nettside www.rasp.no. Se under arrangementer litt ned på siden.

Søknad/påmelding: Det må benyttes hhv. **elektronisk søknadsskjema** og **elektronisk påmeldingsskjema** som det ligger lenke til i selve utlysningsteksten på RASP sin side.

Priser: Priser på kurs og videreutdanninger og hva det inkluderer står opplyst i utlysningsteksten.

Kontaktperson RASP:

Kurssekretær Elisabeth Haakafoss, tlf. 23 01 62 24, kurs-mobil: 415 71 052, e-post: eliaha@ous-hf.no



Metakognitiv terapi

Behandling av angst, depresjon og PTSD

Målgruppe

Psykologer, psykologspesialister og psykiatere

Innhold

Metakognitiv terapi (MKT) er en innovativ behandling som kan anvendes på en rekke ulike lidelser, spesielt angsttilstander, kroniske depresjoner og traumer.

Kurset gir en introduksjon av MKT og hvordan den kan anvendes i spesifikke lidelser. Pasienter opplever Metakognitiv terapi som en nyttig, effektiv og paradoksal behandling. Erfaringer viser at MKT kan anvendes der andre behandlinger ikke har lyktes. Kurset ledes av Professor Hans M Nordahl, NTNU og kurset vil vekse mellom teori og praksiseksempler. Deltagerne får også anledning til å øve på metakognitiv dialog i arbeid med pasienter og noen sentrale teknikker på dette kurset.

Om kursleder

Hans M Nordahl er professor ved Institutt for Psykisk Helse ved NTNU, Trondheim. Han arbeider også som forsker/behandler ved Akuttseksjonen, Østmarka, St. Olavs Hospital, Trondheim.

Kurset gjennomføres digitalt på Zoom, og er godkjent som 16 timers vedlikeholdsaktivitet.

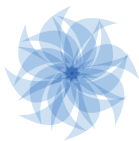
Dato: 15.-16. september 2021 (digitalt)

Påmeldingsfrist: 11. august 2021

Kursavgift: kr 6 500

Kursnr.: 106-21

Påmelding via www.psykologforeningen.no/Kurs og utdanning

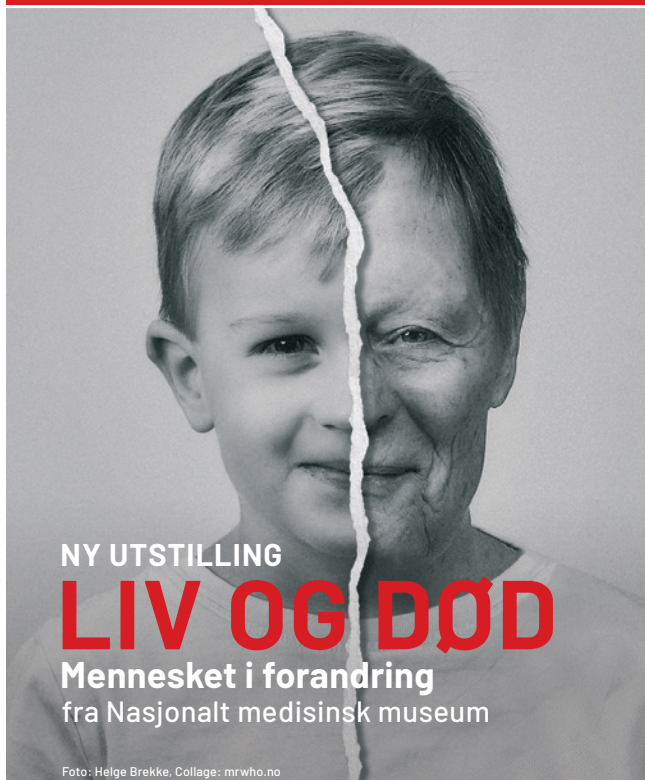


Norsk psykologforening – utdanningsavdelingen
Pb 419 Sentrum, N-0103 Oslo
Tlf: 23 10 31 30 | Fax: 22 42 42 92

teknisk
museum

OPPLEVELSER FOR HELE FAMILIEN

Norges morsomste museum



UTSTILLINGER / VITENSHOW / SOMMERVERKSTEDER / OMVISNINGER / KAFÈ / MUSEUMSBUTIKK



TEKNISK MUSEUM Stor gratisparkering i Kjelsåsveien 143

Se alle åpningstider på tekniskmuseum.no



FPP-SEMINAR OG ÅRSMØTE 2021

Forening for psykologer i privat praksis, med og uten driftstilskudd

21.–23. oktober på hotell Funken Lodge, Longyearbyen, SVALBARD

Årets tema: **Utviklingstraumer i et livsløpsperspektiv: Konsekvenser og behandling**

Dag Nordanger og Sylvi Fiskerstrand, Helse Bergen HF, RVTS vest

Torsdag 21. oktober

09:00–16.00 Dag Nordanger og Sylvi Fiskerstrand – *Utviklingstraumer: Nevrobiologiske og funksjonelle konsekvenser*

16.15–17.15 Årsmøte i FPP

Fredag 22. oktober

09.00–16.00 Sylvi Fiskerstrand og Dag Nordanger – *Utviklingstraumer: Tiltak og behandling*

19.00 Villmarksaften (erstattet festmiddagen)

Lørdag 23. oktober

09.00–12.30 Norsk psykologforening, *Forhandlingsavdelingen: Informasjon og nytt fra foreningen*

Kurset er forbeholdt medlemmer av FPP. Også ikke-medlemmer kan delta, under forutsetning av at de melder seg inn i FPP før seminaret starter. Medlemsavgift er kr 300,- pr. år (de det gjelder vil få e-post om dette).

Seminaravgift blir i år på kr 1.000,- (inkl. lunsj, kaffe og te i løpet av seminaret, sponset Villmarksaften, leie av lokale, osv.). Seminaravgiften og Villmarksaften (årets festmiddag) subsidieres av FPP med kr 2.200,-.

Festmiddag blir i år en Villmarksaften i Camp Barentz. Påmelding <https://www.spitsbergen.info/fppseminar>

Egenandel for deltakelse på Villmarksaften kr 500,-.

Deltakerne sørger selv for overnatting på Funken Lodge, på <https://www.spitsbergen.info/fppseminar>. Hotellet holder av en del rabatterte rom til oss. Bestilling innen 15. august.

I samarbeid med Hurtigruten Svalbard vil det fra tirsdag til søndag bli satt opp muligheter for utflukter; dette vil bli informert nærmere om i e-post. Deltakelse for egen regning. Også her sørger den enkelte deltaker for å melde seg på ønskede aktiviteter på <https://www.spitsbergen.info/fppseminar>

Saker som ønskes behandlet på årsmøtet, og forslag til kandidater til valgene, må sendes styret innen 18. september, til post@psykologtonesandbak.no

Seminaret søkes godkjent som vedlikeholdskurs for spesialitetene.

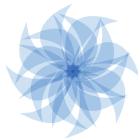
Sted og dato: 21.–23. oktober 2021, Funken Lodge, Longyearbyen, Svalbard.

Påmeldingsfrist: 21. juni 2021

Seminaravgift: kr 1.000,- (pluss medlemsavgift på 300,- kroner for de som ikke allerede har medlemskap)

Kursnr.: 925-21

Påmelding til seminar/årsmøte via [www.psykologforeningen.no/Kurs og utdanning](http://www.psykologforeningen.no/Kurs_og_utdanning)



Norsk psykologforening – utdanningsavdelingen

Pb 419 Sentrum, N-0103 Oslo

Tlf: 23 10 31 30 | Fax: 22 42 42 92



Suicidologi og vurdering av selvmordsfare

Målgruppe

Psykologer og psykologspesialister

Innhold

- metodeproblemer i selvmordsforskningen
- selvmord – et lavfrekvent og et multikausalt betinget fenomen
- viktige funn i suicidologisk forskning, som effekter av begrensning i adgang til selvmordsmetoder og spredningseffekter som følge av medieomtale
- kunnskap om hvordan det går med personer som har utført et alvorlig selvmordsforsøk
- kunnskap om hvorfor det er så vanskelig å predikere selvmord på individnivå, samt den essensielle forskjellen mellom et prospektivt og et retrospektivt perspektiv
- kronisk suicidalitet og selvskading
- profesjonelles reaksjoner på selvmord og depresjon hos pasienter
- egne reaksjoner i møte med suicidalitet, overføring og motoverføring
- etiske dilemma ved selvmordsforebyggende tiltak på individnivå
- det anvendes reelle og anonymiserte eksempler

Det forventes at psykologen vil få økte forutsetninger for å vurdere risiko- og beskyttelsesfaktorer, samt å dokumentere selvmordsrisikovurderinger i journal

Om kursleder

Psykologspesialist Kim Larsen er tilknyttet Regionalt ressurscenter om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging, Region Øst/Sykehuset Østfold og Nasjonalt senter for selvmordsforskning og forebygging, Medisinsk fakultet, Universitetet i Oslo

Kurset godkjennes som 16 timer vedlikeholdsaktivitet.

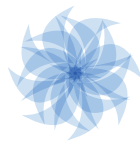
Sted og dato: Oslo, 7.-8.oktober 2021

Påmeldingsfrist: 2.september 2021

Kursavgift: kr 7 300

Kursnr.: 101-21

Påmelding via [www.psykologforeningen.no/Kurs og utdanning](http://www.psykologforeningen.no/Kurs%20og%20utdanning)



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

Helse Sør-Øst RHF
søker:



Ledig 100 % avtalehjemmel i klinisk voksenpsykologi lokalisert til Oslo øst, bydel Søndre Nordstrand

Nærmere opplysninger:

spesialrådgiver Kari Iren Austad Borge,
enhet for psykisk helsevern og rusbehandling,
e-post Kari.Iren.Austad.Borge@helse-sorost.no
eller telefon 02411.

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

Søknadsfrist: 22. juni 2021



Helse Sør-Øst RHF
søker:



Ledig 100 % avtalehjemmel i klinisk voksenpsykologi lokalisert til Viken, Hønefoss

Nærmere opplysninger:

spesialrådgiver Kari Iren Austad Borge,
enhet for psykisk helsevern og rusbehandling,
e-post Kari.Iren.Austad.Borge@helse-sorost.no
eller telefon 02411.

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

Søknadsfrist: 22. juni 2021



Klinikk psykisk helsevern for barn og unge, Akuttpost, Helse Bergen søker Psykolog/psykologspesialist

Vil du vere med å utvikle tilbudet til barn og unge?

Akuttposten er ein døgnbemanna post med kapasitet til 8 pasientar. Vi held til i 2. etg. i Glasblokkene på Haukeland universitetssjukehus. Målgruppa vår er barn/ungdom opptil 18 år med psykiske lidningar, som er innlagd frivillig eller under tvang.

Opggåvene våre er knytt til observasjon, utgreiing, diagnostisering og utarbeiding/ utprøving av tiltak og behandling. Posten er tverrfagleg bemanna med miljøterapeutar med hovudvekt på sjukepleiarar og vernepleiarar, samt barnevernspedagogar og studentar innan helse- og sosialfag. På behandlarsida har vi barne- og ungdomspsykiater, psykolog/ psykologspesialistar, samt legar i spesialisering (LIS).

Vi søker Psykologspesialist med fordjuping i barn og unge. Psykologar som snart er ferdige med sin spesialisering kan også søkje.

Alle i personalgruppa skal fortrinnsvis ha særskild kompetanse for å arbeide med ungdom med psykisk lidning. For å oppretthalde samansettinga av personalgruppa oppfordrast menn til å søkje.

Interessert?

Kontakt: Ass. seksjonsleiar Andre Olsen, telefon 55-975756 eller Seksjonsleiar Nina A. Auro, telefon 55-975753

Referansnr.: 4348052033 - **Søknadsfrist:** 20.06.2021





BETANIE
SYKEHUS
DISTRIKTPSYKIATRISK
SENTER

Betanien DPS betjener bydelene Fyllingsdalen og Laksevåg i Bergen, med en befolkning på ca 70 000 mennesker.

PSYKOLOGSPESIALIST/PSYKOLOG

Betanien sykehus AS

Vi har ledig 100 % stilling som psykologspesialist/psykolog ved Betanien Sykehus AS, Fyllingsdalen, Bergen

Betanien sykehus/Betanien DPS

DPS'et er organisert i 4 avdelinger: Avdeling allmennpsykiatri, Avdeling psykose, Psykosepoliklinikk/FACT-team og Voksenpsykiatrisk poliklinikk (VOP). Kjerneoppgavene våre er spesialisert utredning og differensiert behandling, akutt og krisetjenester, opplæring av pasienter og pårørende, veiledning til psykisk helsearbeid i kommunene, forskning og kvalitetsutvikling samt utdanning av helsepersonell.

VOP har til sammen 30,5 behandlerstillinger tverrfaglig sammensatt av leger, psykologer, psykiatriske sykepleiere, vernepleier, ergoterapeut og klinisk sosionom. Vi har er en kollegagruppe med høy kompetanse, og det er god spesialistdekning innen alle profesjoner. Poliklinikken er organisert i to allmennteam, ett DBT-team og en Akutt Ambulant team. Den aktuelle stillingen er tiltenkt vårt DBT-team. Vi er i en utvikling mot et moderne, målrettet psykisk helsevern.

Arbeidsoppgaver

- Utredning og behandling av et bredt spekter av psykiske lidelser.
- Samarbeid med interne og eksterne samarbeidspartnere.
- For spesialist: Veiledning av psykologer i spesialiseringssløp.

Kvalifikasjoner

Du må ha norsk autorisasjon som psykolog, og være godkjent spesialist i klinisk psykologi.

Psykologer uten spesialistgodkjenning kan også komme i betraktning. Du må beherske norsk, og ha god skriftlig og muntlig formuleringsevne.

Personlige egenskaper

- Vi søker deg som aktivt deltar i vårt utviklingsarbeid med fokus på et spesialisert og målrettet tjenestetilbud.
- Du er strukturert, nysgjerrig og nytenkende, har stor arbeidskapasitet og trives i en hektisk arbeidshverdag.

- Du har evne til og interesse for å lære deg og tilpasse deg nye behandlingsmetoder.
- Du er trygg på å jobbe selvstendig så vel som i et team.
- Du har erfaring fra utredning og interesse for behandling av kompliserte traumelidelser / PTSD.
- Din personlige egnethet tillegges avgjørende vekt.
- Du er ambisiøs både på egne og klinikkens vegne.
- Du har evne til omstilling, samarbeid og fleksibilitet og bidrar til et godt arbeidsmiljø.
- Du er interessert i Dialektisk Atferdsterapi (DBT), og lærer gjerne behandlingsformer som EMDR, 4 dagers angstbehandling, arbeidsrettet behandling, og bidrar i utvikling og etablering av virksomme behandlingsformer.

Vi tilbyr

En utfordrende og spennende jobb i et trivelig og stabilt arbeidsmiljø preget av engasjerte og dyktige medarbeidere. Vi har en aktiv personalpolitikk når det gjelder til helse, miljø og sikkerhet. Vi har blant annet avtale med godkjent bedriftshelsetjeneste, velferdstilbud som gratis treningssenter, eget bedriftsidrettslag og leie av hytte i Alvøen. Vi har videreført IA avtalens vilkår. Vi legger til rette for videreutvikling og økt kompetanse blant våre ansatte. Vi har gode pensjons- og forsikringsordninger. Det er gratis parkering på eiendommen. Lønn etter avtale. Spesialister opparbeider seg utdanningspermisjon (4 mnd. hvert 5 år). Stillingen er en dagarbeiderstilling (08:00-15:30).

Kontaktperson

Thomas Høiset, poliklinikkleder, tlf.: 959 36 985, e-post: thomas.hoiseth@betaniensykehus.no

Søknadsfrist: 10. juni 2021 | Søk på stillingen: <https://betanien.Webcruiter.com>



Barne-, ungdoms- og familieetaten - Region vest

Vil du vere med å leie og vidareutvikle eit viktig tilbod for barn og unge?

Behandlingsleiar ved TFCO i Bergen

I Bergen opprettar vi eit nytt TFCO-team og søker psykolog/psykologspesialist til å leie teamet. TFCO er ein evidensbasert, tidsavgrensa og familiebasert behandlingsmetode for ungdom med alvorlege åtferdsvanskar. Du vil ha ansvar for teamet sitt arbeid, resultat og utvikling.

Du får også leie og koordinere behandling for ungdommar og familiar, og sjå til at behandlingsplanar følges. Vi ser etter deg med erfaring frå arbeid med barn og ungdom med åtferdsvanskar og arbeid med familiar.

Har du spørsmål til stillinga? Ta kontakt med TFCO-konsulent ved NUBU, Rebecca Ervik-Jeannin på e-post: r.j.ervik-jeannin@nubu.no eller på telefon 948 66 857.

Søknadsfrist 13.06.2021.

Se fullstendig utlysning og søk stillinga på www.bufdir.no



Barne-, ungdoms- og familieetaten - Region øst

Vil du jobbe med utsatte barn i et multisystemisk perspektiv?

Vi søker psykolog/psykologspesialist

Liker du å jobbe målrettet og resulatorientert? Ved Ås ungdomssenter er det ledig en fast stilling i utredningsteamet. Vi søker deg som er psykolog eller psykologspesialist, som skal være med å tilby multifunksjonell behandling av ungdommer med store atferdsvansker.

Hos oss får ungdommene hjelp til å trene på sosiale ferdigheter, endring av negativ/destruktiv atferd, øke selvkontroll og problemløsningsferdigheter, samt bedre kontakten og kommunikasjon med familien.

Har du spørsmål til stillingen? Ta kontakt med enhetsleder Claes Høyland på e-post: claes.hoyland@bufetat.no eller på telefon 466 16 278.

Søknadsfrist 18.07.2021.

Se fullstendig utlysning og søk stillinga på www.bufdir.no

Nevropsykolog/psykologspesialist/psykolog

Nevropsykologisk enhet Haugesund, Helse Fonna HF

Nevropsykologisk eining i Seksjon for spesialisert behandling Haugesund søker nevropsykolog/psykologspesialist/psykolog frå 02.08.21

Nevropsykologisk eining høyrer til Klinikkk for psykisk helsevern i Helse Fonna. Eininga er i ein særstilling då den er eit resultat av samarbeid på tvers av psykisk helse og somatikk i Helse Fonna-området, og utgreier heile aldersspekteret frå barn til eldre. Pasientane kjem primært frå Nevrologisk avdeling, psykisk helsevern og førstelinetenesta. Den nevropsykologiske eininga har seks psykologstillingar og eit velutstyrt nevropsykologisk testlaboratorium som disponerer 3,5 testtekniker-stillingar.

Seksjon Spesialisert Behandling Haugesund, kor eininga er lokalisert, har eit miljø som er sterkt med henblikk på utgreiing av kognitive funksjonar. Vi har i tillegg til den nevropsykologiske eininga ein eigen alderspsykiatrisk poliklinikk med ein psykologspesialist og poliklinikk i psykisk helsevern for utviklingshemma med to psykologspesialistar og ein under spesialisering. Seksjonen er knytta til forskningsmiljøet i helseregionen. Per dags dato har vi fem ansatte med PhD.

Søknadsfrist: 15.06.2021, Arbeidsgivar: Helse Fonna HF, **Stad:** Haugesund, **Heiltid/Deltid:** Heiltid, **Tilsetjingsform:** Fast, **Stillingsprosent:** 100, **Webcruiter-ID:** 4392706000

Kontaktinformasjon

Monica Haraldseid Breitve, funksjonsleiar, tlf. 916 41 047
Heine Hagenberg, seksjonsleiar, tlf. 52 73 27 22



PSYKOLOGTIDSSKRIFTETS MATERIELLFRISTER OG ANNONSEPRISER 2021

SPESIALPLASSERING:

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

KURSANNONSER/RUBRIKKANNONSER:

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

Fargetillegg kr 11,50 per sp.mm.

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

SMÅANNONSER:

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

NETTANNONSER:

Pris for en stillingsannonse kun på nett er kr 9 600, pris for kursannonse kun på nett er kr 6 500. Nettannonsene har ingen frister, kan publiseres i løpet av kort tid, og ligger tilgjengelig i inntil en måned. For et tillegg på kr 4 500 kan kursannonser annonsert i Psykologtidsskriftet også oppføres på www.psykologforeningen.no under «Kurs og konferanser» og www.psykologtidsskriftet.no/Kurskalenderen.

Få ekstra oppmerksomhet til din stillingsannonse på nettsiden. For kr 5 950 per måned eller kr 1950 per uke kan annonsen vises på forsiden av www.psykologtidsskriftet.no under boksen for «ledige stillinger».

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

Nr	Materiellfrist	Utgivelse
7	18.06	01.07
8	19.07	02.08
9	19.08	01.09

ANNONSEFORMATER

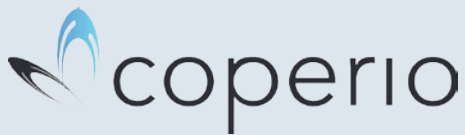
1/1 side	1/2 side	1/4 side
Stående	Stående	Liggende
170x234	82,5x234	170x115

PRISER STILLINGSANNONSER/PROFILANNONSER:

Format	4 farger	Sort
1/1 side	17 900	16 300
1/2 side	13 900	12 300
1/4 side	11 900	9 950

Annonser som skal lages som trykk-klar PDF blir belastet med kr 850 per annonse. Alle priser er ekskl. mva.

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



Coperio søker Psykologspesialister/Psykologer

Vi opplever sterk etterspørsel etter våre tjenester og ønsker å ansette en eller flere psykologspesialister eller psykologer som har sterk interesse for både individualbehandling og gruppebehandling av personer med psykiske lidelser. Vi kan tilby heltid- og deltidstilling eller evt. konsulentavtale for deg som ønsker å arbeide på timesbasis. Hos oss vil du arbeide innen forutsigbare og trygge rammer i et tverrfaglig miljø med dyktige og dedikerte medarbeidere. I tillegg til våre psykologer, består vår tverrfaglige fagstab også av legespesialister, fysioterapeuter samt medisinsk laboratoriepersonale og annet helsepersonell.

Via vår digitale plattform for nettbasert behandling, Cope.no, tilbyr vi også videobehandling for pasienter over hele landet. Vi er derfor også på utkikk etter psykologer som har egen virksomhet, synes det er spennende å benytte ny teknologi innen psykologbehandling og har kapasitet til å ta inn flere pasienter. Vi holder til i Trondheim, men det trenger ikke du å gjøre.

Arbeidsoppgaver

- Diagnostiske vurderinger av personer med psykiske lidelser og/eller sammensatte plager
- Poliklinisk behandling av personer med psykiske lidelser
- Online psykologbehandling via vår dedikerte plattform Cope.no

Kvalifikasjoner

- Norsk autorisasjon som psykolog
- Det er en fordel om du har en viss erfaring, gjerne med spesialitet innen klinisk voksenpsykologi, barne- og ungdomspsykologi eller klinisk nevropsykologi

Vi tilbyr

- 100 % fast stilling i Trondheim, evt. deltid i lavere stillingsgrad
- Konsulentavtale på timesbasis for den som ønsker en løseret tilknytning
- Et svært solid faglig fellesskap, med varierte og utfordrende arbeidsoppgaver hvor du aktivt tar del i faglig utvikling
- Mulighet til å være deltakende innen forskning
- Godt kollegialt fellesskap med stor takhøyde

Søknad og CV sendes til e-post torben.jenssen@coperio.no
Ved eventuelle spørsmål, ta kontakt pr. e-post.

Søknadsfrist: **Snarest**

Om arbeidsgiveren

CoperioSentret ble etablert i 2003 og er i dag en betydelig aktør innenfor helse og arbeidsliv. Vi tilbyr helserelaterte tjenester innen tre hovedområder: 1) polikliniske behandling av personer med psykiske lidelser og sammensatte lidelser, 2) spesialiserte dagrehabiliteringstjenester for personer med smerteproblematikk og utmattelsestilstander, 3) bedriftshelsetjeneste og ledelsesrådgivning.

Ambisjonen for vår behandlingsvirksomhet er høy og vi sikter mot å bli en internasjonalt ledende aktør for behandling av pasienter med psykiske lidelser, CSF/ME og pasienter med langvarig smerteproblematikk. Vi ønsker å utvide vår allerede sterke fagstab ved å tilsette flere dyktige psykologer.



Stor-Elvdal kommune ligger sentralt plassert i Innlandet fylkeskommune. Det var her Harald Sohlberg malte Norges nasjonalmaleri «Vinternatt i Rondane» og Aasmund Olavsson Vinje skrev «No ser eg atter slike fjell og dalar». Det kjente landemerket «Storelgen» står midt mellom Oslo og Trondheim i vår kommune.

Kommunepsykolog

Helsetjenester, Stor-Elvdal kommune

Vi søker kommunepsykolog i 100 % fast stilling. I Stor-Elvdal ønsker vi oss en engasjert psykolog som er opptatt av helhetlig perspektiv, tidlig innsats, forebygging og folkehelse.

Psykologen vil jobbe på både individnivå og systemnivå, og har stor påvirkning til å forme sin egen arbeidsdag.

Stillingen er organisasjonsmessig plassert i enhet helse. Vi arbeider nå med bygging av nytt helsehus, der det tilrettelegges for spennende tverrfaglig samarbeid og fagutvikling.

Arbeidsoppgaver

- Helsefremmende og forebyggende arbeid rettet mot individer, grupper og lokalmiljø
- Fokus på forebyggende arbeid for barn og unge
- System- og samfunnsrettet folkehelsearbeid
- Lavterskel, behandling og oppfølgingstilbud til enkeltmennesker, familier, pårørende og grupper
- Utadrettet arbeid
- Veiledning/fagstøtte til forskjellige deltjenester (eks. skole/ barnehage og helse)

Kvalifikasjoner

- Norsk autorisasjon som psykolog
- Beherske norsk godt både skriftlig og muntlig
- Tilsettingen er betinget av at det før tiltredelsesdato legges frem tilfredsstillende politiattest i henhold til § 20a i Helsepersonelloven

Personlige egenskaper

- Stort faglig engasjement
- Interesse for og kunnskap om helsefremmende og forebyggende arbeid
- Godt humør
- Fleksibel og forutsigbar
- Selvstendig og beslutningsdyktig
- Gode samarbeidsevner
- De personlige egenskapene vil bli særlig vektlagt

Vi tilbyr

- Stillingen er nyopprettet og kommunepsykologen deltar i utvikling av tjenestetilbudet
- Kontortilhørighet sammen med utviklingsorienterte og engasjerte medarbeidere
- Godt tverrfaglig samarbeid med oppvekst og resten av enhet helse
- Lønn etter avtale
- Muligheter for tilrettelegging av relevant spesialiseringssløp for kommunepsykolog

Kontaktinformasjon: Line Larsen Amundsen, enhetsleder, tlf. 952 72 594, e-post line.larsen.amundsen@stor-elvdal.kommune.no

Søknadsfrist: **13.06.2021**

Sted: Koppang

Ansettelsesform: Fast

Startdato: 16.08.2021



**NORSK
PSYKOLOGFORENING****SENTRALSTYRET****President****Håkon Kongsrud Skard**

23 10 31 30
hakon@psykologforeningen.
no

Visepresidenter**Rune Frøyland**

rfrøey@online.no
450 30 522

Arnhild Lauveng

913 17 162
post@arnhildlauveng.com

Medlemmer**Siri Næs**

902 68 699
siri.naes@gmail.com

Hanne Indregard Lind

948 05 153
h_indregard@hotmail.com

Bjarte Bønes Bruntveit

909 98 052
bjartebruntveit@yahoo.no

Lars Asle Einarsen

951 41 036
lars.asle.einarsen@gmail.
com

Britt Randi Hjartnes

Schjødt
922 99 371
bibihj@gmail.com

Ingvild Gregersen

957 27 801
ingvildg@gmail.com

Eldrid Robberstad

475 00 308
eldrid.robberstad@sola.
kommune.no

Studentrepresentanter**Morten Bremnes**

478 38 693
bremnesmorten@gmail.com

Julie Bjerkvik

938 93 002
juliebjerkvik@gmail.com

Varamedlemmer**Jakob Støre-Valen**

984 23 805
jakob@valen.cc

Alf Martin Eriksen

909 65 138
alfmeriksen@gmail.com

LOKALAVDELINGER**Akershus****Maria Nylund**

maria_nylund@hotmail.com
997 98 973

Aust-Agder**Janne Veer**

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

Buskerud**Henriette Alsaker**

henriette.alsaker@gmail.com
997 22 725

Finnmark**Dagmar Patricia Steffan**

dagmar.patricia.steffan@
finnmarkssykehuset.no
971 95 996

Hedmark**Lene Engen Kleppe**

leneeng@hotmail.com
924 53 116

Hordaland**Runa Kongsvik**

runa.kongsvik@gmail.com
938 63 918

Møre og Romsdal**Eva Røv Eidset**

eva.eidset@helse-mr.no
916 10 080

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**Kjersti Sandnes**

sandneskjersti@gmail.com
916 72 756

Telemark**Birgitte Lindøe**

libi@siv.no
473 83 123

Troms**Anne Sofie Bentzen**

annesofie.bentzen@
hotmail.com
404 61 116

Vest-Agder**Ann Birgithe S. Eikhom**

abseikhom@gmail.com
971 29 052

Vestfold**Anne-Kristin Imenes**

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

Østfold**Øyvind Nordhus**

nordhus@me.com
911 61 779

FAGETISK RÅD**Maria Norheim, leder**

Rådgivningstelefon
480 58 723, onsdager
kl 1500–1700

**ANKEUTVALG
FOR FAGETISKE
KLAGESAKER****Rune Raudeberg, leder,**

e-post rune.raudeberg@
gmail.com, tlf. 952 47 487

**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

Ingrid Grov Mannsverk,

Oslo kommune, tlf. 482 98 128

**FORHANDLINGS-
UTVALG FOR PRIVAT
PRAKSIS****Rune Frøyland, leder,**

e-post rfrøey@online.no,
tlf. 67 92 20 40

SPECIALITETSRADET**Arnhild Lauveng,**

e-post post@
arnhildlauveng.com
tlf. 913 17 162

KVALITETSUTVALGET

Arnhild Lauveng,
e-post post@
arnhildlauveng.com
tlf. 913 17 162

FAGUTVALGENE

Felleselementene
Geir Skauli, leder, e-post
geir.skauli@skien.kommune.
no, tlf. 907 90 513

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

Rus- og avhengighetspsykologi

Eva Karin Løvaas, leder,
e-post evakarinfoevaas@
gmail.com, tlf. 916 64 076

Eldrepsykologi

Jørgen Wagle, leder,
e-post jorgen.wagle@
aldringoghelse.no,
tlf. 950 74 358

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

Rune Raudeberg, leder,
e-post rune.raudeberg@
gmail.com, tlf. 952 47 487

Habiliteringspsykologi

Tonje Elgsås, e-post
tonjeped@gmail.com,
tlf. 922 33 224

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

Morten Bremnes, UiB, leder,
e-post bremnesmorten@
gmail.com, tlf. 478 38 693

KLIMAUTVALGET

Tommy Sotkajærvi, leder,
e-post sotkarjaervi@gmail.
com, tlf. 984 18 586

FORSKNINGSPOLITISK UTVALG

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

MENNESKERETTIG-HETSUTVALGET

Reidar Hjermann, leder,
e-post rh@hjermann.no,
tlf. 994 47 291

TESTPOLITISK UTVALG

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

YNGRE PSYKOLOGERS UTVALG

Espen Falch-Nicolaisen,
fung. leder, e-post
espennicolaisen@outlook.
com, tlf. 950 60 605

VALGKOMITEEN I NORSK PSYKOLOGFORENING

Ane Johnsen Lien, leder,
e-post ane.lien@lyse.net,
tlf. 414 02 259

SEKRETARIATET

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

Ida Kvittingen, nettredaktør,
e-post ida.kvittingen@
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

Kim Edgar Karlsen,
fagsjef, e-post kim@
psykologforeningen.no
Aina Fraas Johansen,
nestleder, e-post aina.f.j@
psykologforeningen.no

Utdanningsavdeling

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

NORSK PSYKOLOGFORENING

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

For mer informasjon, se
www.psykologforeningen.no

TIDSSKRIFT FOR NORSK PSYKOLOGFORENING

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

FAGLIGE MED-ARBEIDERE I PSYKOLOG-TIDSSKRIFTET

Trine Anstorp, 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
Guðrun Dieserud, Nasjonalt folkehelseinstitutt
Fanny Duckert, Universitetet i Oslo
Atle Dyregrov, Senter for krisepsykologi

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

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

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

Til bidragsyterne: Faglige bidrag sendes i redigerbar, elektronisk form (word-format) til redaksjonen@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 150 ord, og det totale antall tegn i bidraget (inkl. mellomrom). Det bør komme fram om artikkelen passer som f.eks. fagbulletin (maks 15 000 tegn), vitenskapelig artikkel (18 000–28 000/40 000 tegn), fagessay (maks 20 000 tegn) eller fra praksis-bidrag (maks 20 000 tegn). Avklar også om artikkelen bygger på en student- eller spesialistoppgave.

Abonnement: Tidsskriftet utkommer den første i hver måned. Medlemskap i Norsk psykologforening inkluderer abonnement. For ikke-medlemmer er abonnementsprisen for privatabonnement kr 1495 per år, bedriftsabonnement kr 2650, 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:
18.06, 19.07, 19.08, 17.09, 18.10, 18.11

