

PSYKOLOGI

Vol.58 nr.07 2021

VALG 2021:

Hva vil Erna og Jonas gjøre for psykisk helse?

Debatt

**OVERSPISINGS-
LIDELSE**

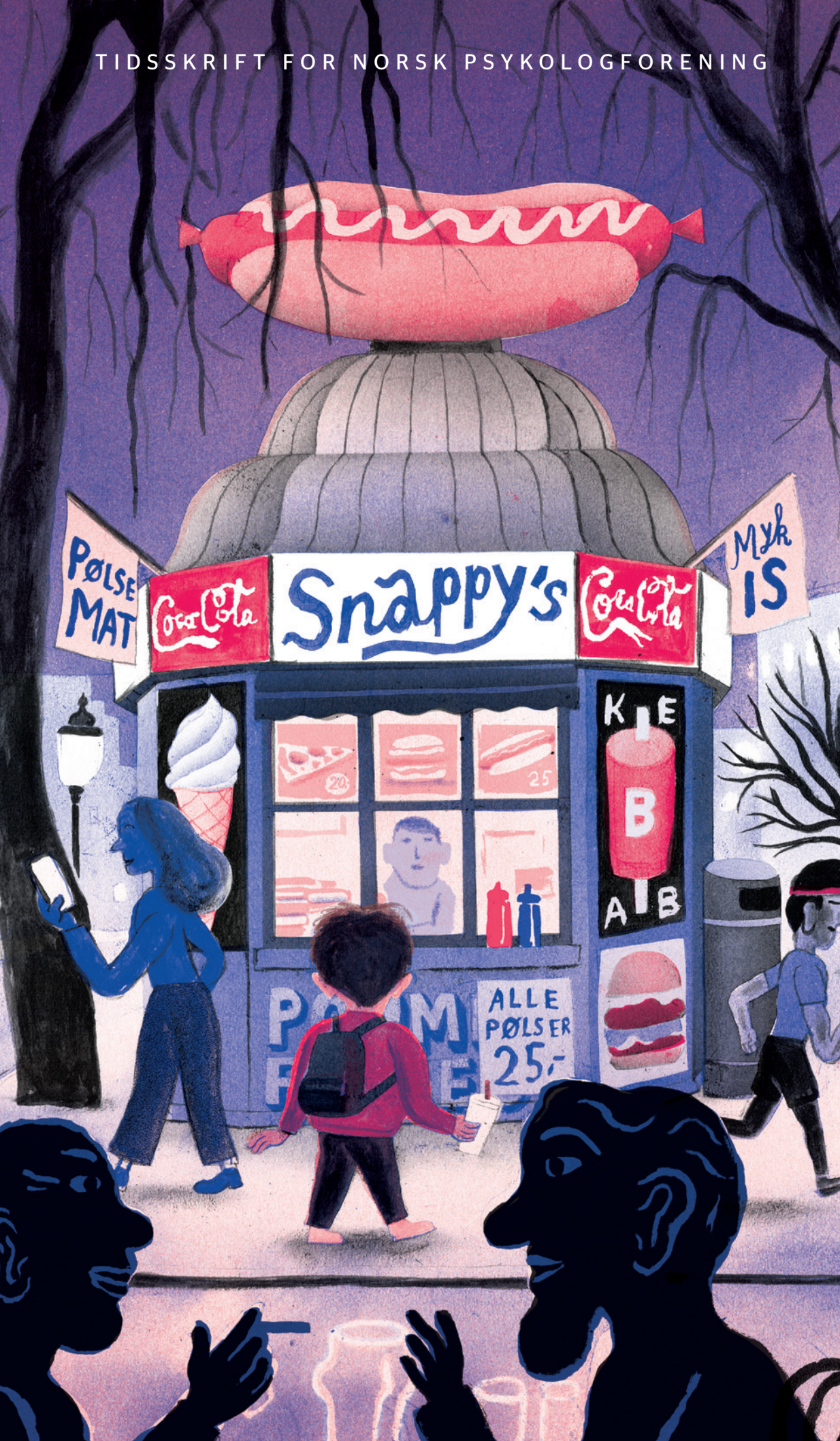
Aktuelt

**Gruppe-
behandling for
unge voksne**

Originalartikkel

**Pandemiens
invitasjoner**

Fri assosiasjon



PSY KOL OGI

Vol. 58 nr. 07 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 24.06.2021

Omslagsillustrasjon Bjørn Rune Lie

Form Bøk Oslo AS

Trykk 07 Gruppen AS

Tidsskrift for Norsk psykologforening (Journal of the Norwegian Psychological Association)

er et redaksjonelt uavhengig organ som redigeres etter Fagpressens redaktørplakat,

Tekstreklameplakaten og Vær varsom-plakaten, samt Lov om redaksjonell

fridom i media. Psykologtidsskriftet eies av Norsk psykologforening.

© Tidsskrift for Norsk psykologforening



Verdien av konsolidering er undervurdert

For meg er juli måned en tid for konsolidering. Gjøre noe helt annet enn det som inngår i de daglige rutiner. Spise mer is, trekke inn mer luft, se mindre på en skjerm. Men ikke minst: Sommeren er tiden da jeg virkelig kan fordype meg i en god bok.

Psykologer som yrkesgruppe er annerledes enn andre yrkesgrupper når det gjelder å lese faglitteratur. Min bakgrunn fra forlagsbransjen har lært meg at i motsetning til ingeniører, sykepleiere eller økonomer leser psykologer faglitteratur i fritiden. Psykologer dedikerer tid og penger til sin kompetanseutvikling gjennom hele karriereløpet, noe som danner grunnlaget for et helt eget bokmarked.

Blant det som leses mest av det vi publiserer i Psykologtidsskriftet, er artikler forfattet av psykologer som deler av sine erfaringer. Her får leseren tilgang på et faglig resonnement eller til hvordan psykologforfatteren har angrepet en klinisk utfordring. Dette er stoff som fyller ut og kompletterer fagbøkene og manualene. Du vil finne flere artikler av slik karakter i denne utgaven.

Hvis du for eksempel er blant dem som har kognitiv terapi i din verktøykasse, har du kanskje gjort deg noen tanker om hvilke tilpassninger du trenger å gjøre for enkelte pasient-

grupper. I originalartikkelen på side 568 «Utpøring av en tilpasset gruppeterapi for unge voksne» deler Eva Try et al. erfaringer de har samlet i arbeidet med unge i overgangsfasen til voksenlivet. I artikkelen presenteres noen livstema som er særlig aktuelle for pasienter i denne aldergruppen, som kan bidra til å supplere og vekke refleksjon.

Men selv om kunnskaper er helt nødvendige, er det likevel begrenset hvor mye en psykologkompetanse kan basere seg på lesing og annen passiv teorilæring. Studier på fenomenet har vist en svak sammenheng mellom teoretisk forståelse og terapeutferdigheter. Vidar M. Husby og Alexandre Magalhães Vaz redegjør for *den kritiske komponenten* i ekspertiseutvikling i fagessayet «Målbevisst ferdighetstrening for psykoterapeuter» på side 594. Forfatterne utfordrer våre etablerte forestillinger og praksiser når det gjelder kompetanseutvikling.

Vi kan altså ikke utvikle et håndverk med lesing alene. Hvis du skulle bli inspirert av teksten, kan du i sommer høre førsteforfatteren fortelle om sin tilnærming til ferdighetstrening i podkasten Pia og Psyken – fritt og uten de stramme redaksjonelle rammer som gjelder for et fagessay.

Riktig god sommer!



Katharine Cecilia Williams

Sjefredaktør
katharine@
psykologtidsskriftet.no



Vi kan altså ikke utvikle et håndverk med lesing alene



556



FOTO: DAVID ENGMO

DEN USYNLIGE DIAGNOSEN

Fedme er et økende problem. Mange med overspisingslidelse har også andre psykiske lidelser. - Behandlere rekker ikke opp hånda for å behandle denne gruppen, sier forsker Trine Tetlie Eik-Nes (bildet).

Aktuelt

594



FOTO: WILLIAM P. GOTTLIEB/IRA AND LEONORE S. GERSHWIN FUND COLLECTION, LIBRARY OF CONGRESS

VI MÅ ØVE SYSTEMATISK

Det er fullt mulig å trene opp viktige nøkkelferdigheter i psykoterapi ved hjelp av målbevisst ferdighetstrening, mener Vidar M. Husby og Alexandre Magalhães Vaz.

Fagessay

614/616



FOTO: JON PETER THORSEN

STØTTE TIL UTDANNING I AGDER

Professor emeritus Arne Holte mener at «de gamle» studienes motstand mot nytt profesjonsstudium i Agder, drives av hensynet til egen økonomi, ikke befolkningens psykiske helse. Rektor ved UiA, Sunniva Whittaker (bildet), svarer også for seg i denne utgaven.

Meninger

Innhold

- 553 **Verdien av konsolidering er undervurdert**
Leder | Katharine Cecilia Williams
- 556 **De forsømte pasientene**
Aktuelt | Øystein Helmikstøl
- 565 **Sorgen som er kommet for å bli**
Aktuelt | Nora Skjerdingsstad
- 568 **Utprøving av en tilpasset gruppebehandling for unge voksne**
Originalartikkel | Eva Try et al.
- 580 **Personlighetsforstyrrelser i arbeidslivet**
Rapport | Ulf Andersen
- 584 **Depressive arr**
Oppsummert | Ida Sund Morken et al.
- 587 **Lovisenbergmodellen for systematisk tilbakemelding**
Fra praksis | Even Halland et al.
- 594 **Målbevisst ferdighetstrening for psykoterapeuter**
Fagessay | Vidar M. Husby og Alexandre Magalhães Vaz
- 602 **Er mediefokus rundt psykologers overgrep mot klienter relevant for min egen faglige praksis?**
Etikkpanelet | Mette Garmannslund
- 604 **MENINGER**
Hovedkronikk: En debatt om alt og ingenting | Jan Ivar Røssberg (s. 608)
Debatt: Valg 2021 (s. 604 & 606), Medisinfri behandling (s. 612), Profesjonsutdanningen (s. 614 & 616), ISTDP (s. 619), Debattkultur s. (619), Psykologer i barnevernet (s. 620), Hovedsatsningsområdet (s. 623)
- 624 **INNTRYKK**
Anmeldelser: Nevro på norsk (s. 624), Det enkle er ofte det beste (s. 626)
Filmessay: Å tørre å være det jeg er redd for | Line Indrevoll Stänicke (s. 628)
Fri assosiasjon: Pandemiens invitasjoner | Simen M. Ekelund (s. 634)
- 637 **Annonser**
- 643 **Stillingsannonser**

De forsømte pasientene

Det er flere som har diagnosen *overspisingslidelse* enn som har anoreksi og bulimi til sammen. Fagfolk vedgår nå at denne pasientgruppen er forsømt.

TEKST Øystein Helmikstøl

- **VISOM** har overspisingslidelse, er usynlige for fagfolk, selv om mange av oss har en stor kropp. Norsk psykologforening og andre aktører må jobbe for at overspisingslidelse blir kjent og anerkjent i fagmiljøene slik at pasientene får adekvat behandling. Hvis du gir feil behandling, kan du øke symptomtrykket og forverre tilstanden.

Denne oppfordringen kommer fra Mari-Mette Graff. Hun leder Landsforeningen for overvektige, en foreløpig bitteliten organisasjon som er en del av Funksjonshemmedes Fellesorganisasjon. Hun er utdannet lærer, men jobber nå som diakonarbeider i Tromsø domkirke.

Graff får støtte fra førsteamanuensis KariAnne Vrabel på Psykologisk institutt ved Universitetet i Oslo. Hun er også forskningsleder ved Modum Bad og har jobbet med spiseforstyrrelser i over 20 år.

- Det er mange som har forsømt personer med overspisingslidelse. Fagmiljøet har også forsømt seg, sier Vrabel.

BINGE EATING DISORDER

Tidligere omtalte man overspisingslidelse med *tvangsspising*. Spiseforstyrrelsen er beskrevet både i DSM-5 og ICD-11 (se faktaboks), der betegnelsen er *Binge Eating Disorder* (BED). I Norge er det ICD-10 som er i offisiell bruk, siden ICD-11 ikke er oversatt til norsk. I ICD-10 beskrives ikke diagnosen.

Norge henger altså etter, og det har konsekvenser for mennesker med overspisingslidelse.

- Systemet er ikke designet for at disse pasientene skal få behandling i spesialisthelsetjenesten, sier KariAnne Vrabel, som har en klar oppfordring:

- Helsedirektoratet må oppdatere prioriteringsveilederne for spiseforstyrrelser, slik at pasienter med overspisingslidelse får rett til hjelp i spesialisthelsetjenesten før ICD-11 blir gjeldende i Norge. I prioriteringsveilederen er denne pasientgruppen usynlig.

Vrabel peker også på Helsedirektoratets nasjonale faglige retningslinje fra 2017, som klinikere må forholde seg til.





GLEMT Overspisingslidelse er vanligere enn anorexi og bulimi. Likevel blir ikke disse pasientene prioritert i spesialisthelsetjenesten.
Foto: Andreas Süß / NTB Scanpix

– Disse to dokumentene er ikke konkrete nok for at denne pasientgruppen skal få god nok hjelp. I retningslinjen står det det at de skal ha psykologisk behandling, men den sier ingenting om spesialisthelsetjenesten, sier hun.

Øyvind Rø har bakgrunn fra spiseforstyrrelsesfeltet gjennom snart 30 år. Han er forskningsleder for Regional seksjon spiseforstyrrelser (RASP) ved Oslo universitetssykehus og professor ved Det medisinske fakultet. »



– Norsk psykologforening og andre aktører må jobbe for at overspisingsslidelse blir kjent og anerkjent i fagmiljøene slik at pasientene får adekvat behandling

*Mari-Mette Graff,
leder Landsforeningen for overvektige*

– Mennesker med overspisingsslidelse er i stor grad synlige for seg selv, men på mange måter usynlige for helsevesenet

Øyvind Rø, forskningsleder for Regional seksjon spiseforstyrrelser (RASP) ved OUS

Han er enig med Vrabel i at Helsedirektoratet ikke har gjort en god nok jobb for å prioritere pasienter med overspisingsslidelse.

– Når disse pasientene ikke er nevnt i prioriteringsveilederen, er det et hinder for at de blir prioritert i psykisk helsevern i dag, sier Rø, som forteller at han for to-tre år siden påpekte dette problemet sammen med flere brukerorganisasjoner. Helsedirektoratets svar den gangen var ifølge Rø at de ikke hadde konkrete planer om å inkludere overspisingsslidelse i prioriteringsveilederen.

– Det er et paradoks her: Mennesker med overspisingsslidelse er i stor grad synlige for seg selv, men på mange måter usynlige for helsevesenet, sier Rø.

Øyvind Rø påpeker at de distriktpspsykiatriske sentrene (DPS) ikke har et etablert behandlingstilbud til denne pasientgruppen.

– De blir ofte kasteballer mellom somatikk og ulike livsstilsopplegg som legger vekt på dietter og fysisk aktivitet, men som i veldig liten grad er opptatt av de psykologiske faktorene, sier han.

Det er KariAnne Vrabel enig i. Om de ikke nødvendigvis har fått psykologisk behandling, har de ifølge forskningslederen ved Modum Bad fått mye feilbehandling.

– Ettersom de ikke har fått et skikkelig tilbud i spesialisthelsetjenesten, har de ofte blitt sluset inn i andre behandlingsformer gjennom fastleger og helserådgivere. De har kanskje allerede som barn vært med foreldrene sine inn i ulike livsstilsprogrammer, som i mitt hode er en katastrofe. Det opprettholder bare overspisingsslidelsen. Det de lærer der, vet de fra før, men de blir fortalt om dietter og trening som om de ikke forstår de enkleste sammenhenger mellom energi inn og ut. Da øker deres opplevelse av skam, sier Vrabel.

Vrabel forteller at på DPS-ene får pasienter med overspisingsslidelse ofte andre diagnoser. Da får de i alle fall hjelp, men:

– Poenget med diagnoser er at pasienten skal få skreddersydd behandling. Hvis disse pasientene må seile under falskt flagg, får de kanskje ikke behandling for det de faktisk strever med.

Mari-Mette Graff i Landsforeningen for overvektige mener at diagnosen overspisingsslidelse ikke er kjent nok i Norge. Hun mener det er mye lettere å få gehør hos og hjelp av fagfolk hvis du har spiseforstyrrelser som anoreksi eller bulimi.

– Hvis du kommer til psykologen eller legen med en overspisingsslidelse, er det ikke like opplagt at spiseforstyrrelsen vil være en del av utredningen. Psykologen vil ofte ende opp med å sette diagnosene depresjon, angst eller PTSD. Legen, derimot, vil være opptatt av det synlige, altså overvekten, mener hun.

Dermed er risikoen ifølge Graff stor for at overspisingsslidelsen havner i blindsonen.

Spiseforstyrrelser fikk ifølge KariAnne Vrabel mye oppmerksomhet i tiåret etter opptrappingsplanen for psykisk helse på slutten av 90-tallet, mens overspising havnet under radaren:

– Spiseforstyrrelser var der oppført som et satsingsområde i Norge. I fagmiljøet har vi kalt årene etterpå for «gullalderen» når det gjelder spiseforstyrrelser, sier Vrabel, som forteller om stor oppmerksomhet for å øke kompetansen om spiseforstyrrelser. Det ble opprettet regionale og nasjonale faglige nettverk, og kontakt med utenlandske eksperter med forskningskompetanse og erfaring på feltet. Det var bare ett problem:

– Overspisingsslidelse ble ikke snakket om, den diagnosen ble det ikke forsket så mye på.

OPPVÅKNING

I noen år var Øyvind Rø leder for avdeling for spiseforstyrrelser på Modum Bad. Da tenkte han at pasienter som led av overspising, ikke skulle innlegges, da det ikke var utviklet et adekvat behandlingstilbud for dem. Men da han fikk henvendelser fra fortvilte behandlere og ikke minst pasienter selv, som opplevde at de ikke fikk behandlingstilbud, skjønte han at det må utvikles tilpassede behandlingstilbud for denne pasientgruppen i psykisk helsevern.

– Jeg har vært i kontakt med behandlere som har møtt pasienter i poliklinisk behandling, og det er hjerteskjærende å høre en del av disse historiene, hvor de har blitt utsatt for mobbing for kropp og vekt. De har en voldsom skamfølelse, som er en viktig opprettholdende faktor.

Fagmiljøene har nå begynt å våkne, ifølge Rø. I spiseforstyrrelsesfagfeltet har det de siste tre-fire årene blitt mye større oppmerksomhet på overspisingsslidelse generelt. Og spesielt på hvilken måte man skal behandle denne pasientgruppen. Rø mener det har vært en gradvis erkjennelse både i Norge og internasjonalt, og at dette nok henger sammen med overspisingsslidelse som etablert diagnose i DSM-5.

KariAnne Vrabel er enig.

– Vi famler fortsatt, men vi har våknet litt opp, sier hun.

Et webinar i slutten av mai i regi av Norsk Selskap for Spiseforstyrrelser er muligens starten på en ny æra for oppmerksomhet rundt overspisingsslidelse i Norge. Sammenslutningen av forskere og behandlere som jobber med spiseforstyrrelser, var ikke forberedt på den store interessen for webinar, ifølge leder Therese Fostervold Mathisen. Over 400 forskere, klinikere, andre fagpersoner og personer med egen erfaring eller pårørende deltok. Både Mari-Mette Graff og KariAnne Vrabel holdt innlegg.

- BANEKRYTTEDE

Det finnes altså lyspunkter. Mari-Mette Graff understreker at noen fagmiljøer i Norge er bedre enn andre på feltet og peker blant annet på forsker og førsteamanuensis Trine Tetlie Eik-Nes ved NTNU i Trondheim, som også holdt innlegg på webinar i mai. Eik-Nes har jobbet tett med psykologer, både med gruppeterapi og individualterapi for mennesker med spiseforstyrrelser. »



Overspisingsslidelse

- Overspisingsslidelse, på engelsk kalt *Binge Eating Disorder* (BED), er inkludert i det amerikanske diagnosesystemet DSM-5 og i ICD-11 fra Verdens helseorganisasjon. ICD-11 er foreløpig ikke oversatt til norsk.
- Overspisingsslidelse er ikke en etablert diagnose i ICD-10, som brukes i Norge.
- Ettersom BED ikke er en etablert diagnose i ICD-10, har pasientene ikke rett til helsehjelp i spesialisthelsetjenesten.
- Det finnes ingen gode, ferske studier om forekomsttall for spiseforstyrrelser i Norge. Forekomststudier internasjonalt spriker.
- Flere mennesker har *overspisingsslidelse* enn anoreksi og bulimi samlet, ifølge internasjonal forskning.
- Forekomsten av anoreksi angis til ca. 0,5 prosent av befolkningen, bulimi 1–2 prosent og overspisingsslidelse 2–3 prosent.

Kilder: Helsedirektoratet, NTNU, Modum Bad, Regional seksjon spiseforstyrrelser (RASP) ved Oslo universitetssykehus.

FOTO: MODUM BAD/JUCO



– Det er mange som har forsømt personer med overspisingsslidelse. Fagmiljøet har også forsømt seg

Psykologspesialist KariAnne Vrabel,
forskningsleder Modum Bad

FUNDAMENT Når ICD-11 blir oversatt til norsk, og pasientene dermed har rett til behandling, bør vi ha gjort nok erfaringer og nok forskning til å kunne tilby et faglig godt fundamentert tilbud, mener forsker Trine Tetlie Eik-Nes. Foto: David Engmo



- Psykologene har ikke denne pasientgruppen på kontoret sitt

Trine Tetlie Eik-Nes, forsker og førsteamanuensis ved NTNU

- Ja, NTNU og DPS Stjørdal er både nye og banebrytende i Norge på overspisingslidelse, sier Eik-Nes.

- På hvilken måte?

- Mye av behandlingen som tilbys, treffer ikke denne pasientgruppen godt nok. Vi legger i vår tilnærming vekt på kropporientert behandling i tillegg til psykoterapi. Og vi er mer brukerorienterte, selv om det kan høres flåsete ut. Å ta hensyn til underliggende, opprettholdende faktorer som finnes i samfunnet, for eksempel vektstigma og kroppsideal, tror jeg ikke andre metoder tar godt nok hensyn til.

ADVARER

Når vi projiserer ansvaret for overspisingslidelsen over på den enkelte, er samfunnet med på å opprettholde lidelsen, mener KariAnne Vrabel ved Modum Bad.

- Da øker denne gruppen, og det blir dyrt for samfunnet, for de er hyppige brukere av samfunnstjenestene.

Hun bruker tekst og bilder fra forebyggingskampanjer i USA som et skrekkeeksempel.

- «Fat prevention begins at home», kan det stå. Med bilder av veldig tjukke barn. Fat-blaming som dette er med på å opprettholde denne lidelsen, advarer Vrabel.

Per i dag er det ingen pille for overspisingslidelse, men Øyvind Rø ved RASP frykter presset om å finne den enkle løsningen, pillen.

- I USA er lisdexamfetamin, et amfetaminpreparat som i Norge kan brukes ved ADHD, godkjent for bruk ved overspisingslidelse. Man tenker at pillen styrer appetittreguleringen. Man mister matlysten. Jeg er bekymret for at denne tankegangen og denne såkalte løsningen også kommer til Norge etter hvert.

Ved NTNU har de, ifølge Eik-Nes «etter beste evne», prøvd ut vitenskapelige forskningsstudier som kan hjelpe med å treffe brukerne bedre. De jobber for eksempel med negative barndomserfaringer, skam og kroppsforakt.

– Vi bruker mye *bottom up-prinsipper* i behandlingen for å redusere stressresponsen som starter i de nederste deler av hjernen, for å forstå behovet for overspising.

Svært mange har ifølge Eik-Nes vansker med sosiale relasjoner. Og mange har vansker med å fungere i hverdagslivet

Et altfor «faglig språk» oppleves ifølge Eik-Nes fremmed for mange. De har brukt mye forskning fra *helseinformasjonsforståelse/helsekompetanse* for å tilpasse behandlingen til pasienten.

– De trenger å forstå seg selv i en kompleks og rotete hverdag, som er uoversiktlig og veldig overveldende for dem.

De har sammen med et miljø i Bodø utredet over 100 pasienter.

– Ved DPS Stjørdal har vi gitt behandling til om lag 70 pasienter. Prosjektet vil inkludere og behandle pasienter ut 2021. Vi håper og tror tilbudet vil forlenges.

OPPTIL SJU PROSENT

Vi vet ifølge Eik-Nes lite om mennesker med overspisingsslidelse i Norge. Det er ikke gjort noen gode undersøkelser i normalbefolkningen de siste årene, forklarer hun.

– Men hvis vi går ut fra internasjonale studier, og ser på vestlige land vi kan sammenligne oss med, er det flere som har overspisingsslidelse enn som har anoreksi og bulimi til sammen. Det betyr at det er svært mange i Norge som verken blir sett eller behandlet.

Hvis vi ser på prevalenstall internasjonalt, er det ifølge Eik-Nes opptil sju prosent av befolkningen som har overspisingsslidelse.

– Men det er store forskjeller på hvilken metode som er brukt, vi vet derfor ikke helt, sier hun.

Mennesker med overspisingsslidelse debuterer som regel tidlig i livet, opplyser Eik-Nes, ofte i ungdomsårene, men ikke så tidlig som anoreksi. Hun påpeker at litteraturen viser flere likheter enn ulikheter mellom overspisingsslidelse, anoreksi og bulimi.

– Mennesker som regulerer seg med overspising, kaster som regel ikke opp. Derfor blir flesteparten overvektige, eller får fedme.

Også Øyvind Rø ved RASP peker på skillet mellom overspisingsslidelse og bulimi: Overspisingsslidelse har ikke den vektkompenserende atferden som for eksempel oppkast, overdreven trening eller misbruk av avføringsmidler. Denne gruppen kan også veksle mellom ulike spiseforstyrrelsesdiagnoser, påpeker Rø.

– Det kan være pasienter som har hatt bulimi i mange år, som etter hvert ikke orker oppkast-mønsteret, så går de over til overspisingsslidelse.

– *Er det likheter med ruslidelse, sex-avhengighet eller treningsnarkomani? Er det avhengighet som er fellesnevneren, og er det tilfeldig at det er mat, Eik-Nes?*

– Vitenskapen er delt i synet på dette. Mitt ståsted er at alle de atferdene du nevner, er en mestringsmekanisme, en måte å døyve vanskelige følelser eller hendelser i livet på. Overspising er ikke noe forskjellig fra atferd som for eksempel rus eller sex. Men vi kan ikke leve uten mat, derfor er det en mye større utfordring å skulle regulere matinntaket enn for eksempel alkohol, for det trenger man ikke. >>



Overspisingsslidelse

- Man antar at minst en tredjedel av personer som søker fedmebehandling, har en overspisingsslidelse.
- Det er utfordrende for fagfolk å gjenkjenne lidelsen.
- Kardinalsymptomet ved overspisingsslidelse er gjentatte episoder med stort matinntak, der man har en opplevelse av å ikke ha kontroll over spisingen. Forskjell fra bulimi: Ved overspisingsslidelse bruker ikke pasienten vektkompenserende tiltak som å kaste opp, trene eller bruke avføringspiller.
- Veldig mange med overspisingsslidelse har i tillegg andre psykiske lidelser som angst, depresjon og PTSD.
- 9 av 10 som har bulimi og anoreksi, er kvinner. Med overspisingsslidelse er bildet annerledes: Studier viser at opp mot 40 prosent er menn.
- Studier viser at personer med overspisingsslidelse har høyere risiko for suicid.

Kilder: Helsedirektoratet, NTNU, Modum Bad, Regional seksjon spiseforstyrrelser (RASP) ved Oslo universitetssykehus.

- IKKE ANERKJENT

Trine Tetlie Eik-Nes er klar på at denne pasientgruppen foreløpig ikke er anerkjent i Norge.

– Behandlere rekker ikke opp hånda for å behandle denne gruppen, det viser både forskning og klinisk erfaring. Behandlere har kanskje ikke lært nok om dem. Men de burde i alle fall vært anerkjent av psykologer, som skal behandle mennesker med psykiske lidelser.

Spiseforstyrret atferd i form av overspising opptrer sammen med andre psykiske lidelser, ifølge forskning, og Eik-Nes påpeker at det er en sterk sammenheng mellom overspising og depresjon.

– Men vi tilbyr ikke mye strukturert behandling for overspisingslidelse. Det er et understatement at overspisingslidelse ikke har blitt løftet nok i fagmiljøene.

– *Hvilken behandling hjelper for denne gruppen?*

– I Norge finnes det lite forskning på dette, så vi vet ikke. Ingen metode har vist seg å være mer effektiv enn andre, men forskning viser at en mer kropporientert behandling, for eksempel elementer med fysisk aktivitet eller yoga, har noe bedre effekt.

– *Hvem har ansvaret for disse pasientene nå, formelt?*

– Ingen har ansvaret for mennesker med overspisingslidelse. De har jo ingen rett til helsehjelp, fordi det ikke er en distinkt diagnose i ICD-10.

Eik-Nes etterlyser derfor en kompetanseheving om overspisingslidelse.

– Når ICD-11 blir oversatt til norsk, og pasientene dermed har rett til behandling, bør vi ha gjort nok erfaringer og nok forskning til å kunne tilby et faglig godt fundamentert tilbud.

PSYKOLOGER

Eik-Nes er enig med Mari-Mette Graff i at Norsk psykologforening må jobbe for at denne pasientgruppen må bli kjent og anerkjent, også blant psykologer.

Hun understreker at det finnes mange psykologer som er gode, i alle fall gode nok, til å hjelpe mennesker med overspisingslidelse. Men:

– Psykologene har ikke denne pasientgruppen på kontoret sitt. Mange av dem blir ikke henvist, og hvis de blir henvist, er det mange som ikke får rett til behandling.

– *Men når de etter hvert dukker opp på psykologkontorene?*

– Til psykologene vil jeg si: Sjekk litteraturen, både den som gjelder overspisingslidelse og om spiseforstyrrelser generelt. Hjelp pasienten til å forstå seg selv. De vet ofte ikke selv at de har en spiseforstyrrelse. De tenker at de er uintelligente, udisiplinerte og late. Og bare *feil*, sier hun.

Eik-Nes påpeker at helsepersonell spør inngående når en pasient er underviktig, for å forstå funksjonen til spiseforstyrrelsen.

– På samme måten må vi hjelpe personer som har en stor kropp, til å forstå spiseforstyrrelsens funksjon. Det tror jeg psykologer er gode til. Mange pasienter kan bli hjulpet bare ved å bli validert og sett, sier hun.

Øyvind Rø mener det er en del av anamnesen å spørre pasienten om hvordan det er med kosthold og spising.

– Psykologen eller behandleren bør spørre både overvektige pasienter og for så vidt også normalvektpasienter om dette. Jo mer konkret man spør, jo lettere blir det også for pasienten å svare. Ikke minst er det viktig å snakke om skammen, og hvordan overspisingslidelsen påvirker hverdagen.

Mari-Mette Graff er enig:

– Hvis psykologen mistenker en overspisingslidelse, er det uetisk ikke å ta det opp med pasienten. Det ligger i mandatet ditt som helsepersonell, på en respektfull og faglig forankret måte, å ta opp de tingene du mener er relevante i den kliniske situasjonen.

Graff forteller at hun på det verste økte vekten med 50 kilo på tre måneder. Hun forklarer at det som hjalp henne, var at hun våget å stå opp for seg selv og sette de grensene som var nødvendige for henne, både i private og profesjonelle relasjoner.

– Jeg måtte skjønne at mitt liv er summen av mine egne valg, ikke andres valg.

Graff understreker at spiseforstyrrelsen hennes vil være der resten av livet.

– Men når jeg kjenner suget, må jeg tenke over hvor jeg ikke har klart å hevde mine egne behov godt nok, sier hun.

– Mennesker med overspisingslidelse er i stor grad synlige for seg selv, men på mange måter usynlige for helsevesenet

Øyvind Rø, forskningsleder for Regional seksjon spiseforstyrrelser (RASP)

Vil ha satsing på utdanning

Forskningsledere vil ha nasjonal satsing på utdanning i psykoterapi for pasienter med overspisingsslidelse, og et nasjonalt overordnet organ som samkjører behandlingstilbudet.

TEKST Øystein Helmikstøl

- **VI KLARER** ikke å koordinere tjenestene for pasienter med overspisingsslidelse, sier KariAnne Vrabel, forskningsleder ved Modum Bad.

Hun opplyser at det er spredte forsøk på å få i stand behandlingstilbud blant annet ved Modum Bad, Helse Midt, i Bodø og i Tønsberg, men at tjenestene ikke er koordinert skikkelig.

- Og det er mange ubesvarte spørsmål, som for eksempel: Hva slags behandling skal disse få? Kan vi tenke skreddersydd behandling for ulike subgrupper? Hvordan få til enda bedre samarbeid med somatisk helse-tjeneste?

Vrabel etterlyser et nasjonalt overordnet styrende organ som koordinerer tilbudet til denne gruppen.

- Det ville vært fornuftig å gi Nasjonalt klinisk nettverk for spiseforstyrrelser myndighet, eller en gruppe under dem, for der sitter det mye kompetanse.

Øyvind Rø er leder i Nasjonalt klinisk nettverk for spiseforstyrrelser (NKNS) og forskningsleder for Regional seksjon spiseforstyrrelser (RASP) ved Oslo universitetssykehus. Han sier at nettverket ikke har ressurser, men han lanserer et annet forslag: en mer strukturert psykoterapiutdanning for behandlere på dette feltet.

- Det hadde vært gunstig med en nasjonal satsing på utdanning i psykoterapi ved spiseforstyrrelser, inklusive overspisingsslidelser. Nå er det en del lokale initiativer som i seg selv er bra, men det er ingen overordnet strategi.

Behandlere som ville inn på dette feltet, kunne gått på sertifiserte kurs, foreslår Rø.

- Hvem skulle disse kursene vært i regi av?

- Det kunne vært i regi av et universitet eller en høyskole, eller i regi av de nasjonale eller regionale spesialenhetene for spiseforstyrrelser. Man kan spørre kommende psykologer hvor mye undervisning de har fått på studiet om overspisingsslidelse. Det vil ikke overraske meg om det er tilnærmet null.



FORSLAG Øyvind Rø vil ha nasjonal satsing på utdanning i psykoterapi ved spiseforstyrrelser, inklusive overspisingsslidelser. Rø leder Nasjonalt klinisk nettverk for spiseforstyrrelser (NKNS) og er forskningsleder for Regional seksjon spiseforstyrrelser (RASP) ved Oslo universitetssykehus. Foto: UiO

Revisjon tidligst neste år

Overspisingsslidelse vil ifølge Helsedirektoratet tidligst komme med i prioriteringsveilederen i løpet av 2022.

AVDELINGSDIREKTØR TORUNN JANBU i Helsedirektoratet skriver i en e-post til Psykologtidsskriftet at de er kjent med at overspisingsslidelse er en tilstand som omtales i ICD-11:

– Mye tyder på at overspisingsslidelse er økende. Det er derfor viktig at denne gruppen får den behandlingen de har behov for. Helsedirektoratet vil derfor understreke at alle pasienter som henvises til spesialisthelsetjenesten, har en lovforankret rettighet til vurdering av om de har rett til nødvendig helsehjelp. Helsetjenesten er forpliktet til å gjøre denne vurderingen, skriver Janbu. Hun understreker at prioriteringsveilederne er et praktisk hjelpemiddel til bruk i vurderingen, men at de ikke dekker alle tilstander.

– Spesialisthelsetjenesten må uansett alltid gjøre en individuell vurdering av henvisningen slik at pasientens rettigheter blir ivaretatt. Prioriteringsveilederne vurderes å bli revidert når Helsedirektoratet mottar innspill fra helse-



HAR RETTIGHETER Direktør Torunn Janbu i Helsedirektoratet understreker at også pasienter med overspisingsslidelse har rett til å bli vurdert i spesialisthelsetjenesten. Foto: HDIR

tjenesten, men arbeidet må fortrinnsvis gjøres samlet for alle veilederne, noe vi håper å komme i gang med i 2022, skriver Janbu.

- Klinisk helsepsykologi er nøkkelen

Psykologforeningen vil sette søkelys på overspisingsslidelse gjennom satsingen på klinisk helsepsykologi.

TEKST Øystein Helmikstøl

– Selv om overspisingsslidelse er mer utbredt enn anoreksi og bulimi til sammen, vet vi at mennesker som strever med dette, blir dårligere forstått og dårligere møtt enn andre med spiseforstyrrelser. Det er uheldig.

Det sier fagsjef Kim Edgar Karlsen til Psykologtidsskriftet. Han er enig i at det trengs økt forståelse, kunnskap og bevissthet om hva som er god behandling.

– Psykologforeningen knytter dette særlig til satsingen på klinisk helsepsykologi, som handler om å sikre en mer helhetlig tilnærming til kropp og psyke både i spesialisthelsetjenesten og kommunen, sier Karlsen.

Mange av pasientene med overspisingsslidelse kommer ikke til spesialisthelsetjenesten eller til time hos psykolog (se hovedsak). Det er her klinisk helsepsykologi er spesielt relevant, ifølge Karlsen.

– Vi må knytte sammen den psykologfaglige og tilstandsspesifikke kompetansen, på de arenaene der folk befinner seg. Enten det er i somatikken, psykisk helsevern, på skolen eller andre kommunale arenaer.

– Hva har Psykologforeningen gjort for at overspisingsslidelse blir kjent og anerkjent?

– Vi har satt overspisingsslidelse på dagsordenen gjennom blant annet den nevnte satsingen på klinisk helsepsykologi. Programmet vårt på Arendalsuka i 2019 er ett eksempel der spiseforstyrrelse var tema på to arrange-



VIL SYNLI GGJØRE Fagsjef Kim Edgar Karlsen i Norsk psykologforening sier at foreningen jobber med å gjøre kunnskap om overspisingsslidelse synlig. Foto: Fartein Rudjord

menter. Overspisingsslidelse ble særlig fremhevet som et eksempel på betydningen av en helhetlig tilnærming i en innledning av ROS (Rådgivning om spiseforstyrrelser).

Karlsen forteller at foreningen jobber med å gjøre kunnskap om lidelsen synlig, og viser til at det ligger en informasjonsvideo om spiseforstyrrelser på Psykologforeningen.no.

– Psykologforeningens rolle er først og fremst å løfte frem de gode fagmiljøene og de gode løsningene, og jobbe overordnet for å bedre rammebetingelsene for mer helhetlig tenkning og styrket kompetanse der det trengs. Det er viktig å fortsette dette arbeidet. ✕

SORGRITUALE Den sosiale støtten etter tap av en du har kjær, er svært viktig, mener artikkelforfatter Jens C. Thimm. Innbyggerne i Gjerdrum kommune skapte sammen et stort hjerte av fakler og islykter i snøen etter raskatastrofen i januar. Foto: Stian Lysberg Solum / NTB Scanpix



AKTUELT BJØRN CHRISTIANSENS MINNEPRIS

Sorgen som er kommet for å bli

Depresjonsbehandling er ikke nok for folk som strever med komplisert sorg, mener artikkelforfatterne av fjorårets beste vitenskapelige artikkel i Psykologtidsskriftet.

TEKST Nora Skjerdingsstad

BJØRN CHRISTIANSENS MINNEPRIS for beste faglige bidrag i Psykologtidsskriftet utdeles årlig. «Sorg er en naturlig reaksjon på tap, men for noen kan sorgen utvikle seg til en psykisk lidelse. Hvilken behandling bør de få?», innledes den prisvinnende artikkelen, skrevet av Janne Øen Hansen, Tonje Ada Brandser og Jens C. Thimm.

– Mange av pasientene som har denne problematikken vil kunne føle seg fremmedgjorte – at den sorgen de opplever ikke blir møtt med forståelse. Vi må fremme aksept for mer problematiske sorgprosesser og samtidig kunne tilby behandling i psykisk helsevern, sier Tonje Ada Brandser, som er andreforfatter på den systematiske litteraturgjennomgangen.

Hun legger videre vekt på at presset som psykisk helsevern opplever, gjør det desto viktigere å fremme forståelse og behandling som fungerer hos denne pasientgruppa. Pasienter med komplisert sorgproblematikk har kommet i bakgrunnen i fagfeltet de senere årene. Og det er nettopp

denne revitaliseringen av temaet juryen trekker frem i sin begrunnelse for årets prisutdeling.

Artikkelforfatterne synes det er stor stas å få en slik pris og sier at utnevnelsen kom som en positiv overraskelse.

– Man jobber med artikkelen, publiserer den, og glemmer den litt. Så plutselig kom dette, sier Brandser, som nå holder på med spesialisering og jobber i BUP.

Artikkelen ble utarbeidet som en forlengelse av en hovedoppgave ved UiT Norges arktiske universitet. Profesjonsstudentene ønsket å skrive om noe klinikknært og fattet raskt interesse for det lite studerte komplisert sorg-feltet. Sammen med veileder Jens C. Thimm, som til >>



PRISVINNERE Janne Øen Hansen, Tonje Ada Brandser og Jens C. Thimm vil gjøre klinikere mer oppmerksomme på fenomenet komplisert sorg. Foto: privat

Bjørn Christiansens minnepris 2020

- Utdelles hvert år som en anerkjennelse for et betydningsfullt bidrag publisert i Psykologtidsskriftet sist forutgående årgang.
- Prisen for 2020 tildeles *Behandling av komplisert sorg – en systematisk oversikt og metaanalyse av randomiserte kontrollerte studier*.
- I tillegg til vinnerartikkelen ønsker juryen å gi hederlig omtale til ytterligere to fagessay publisert i Psykologtidsskriftet 2020: *Blikket utenfra* av Siri Gullestad og *Virker det nå?* av Tomas Formo Langkaas.

daglig jobber ved Senter for krisepsykologi i Bergen og UiT, gikk de gjennom en rekke kontrollerte studier på behandlingen av komplisert sorg for voksne.

Konklusjonen er klar: Folk som strever med komplisert sorg trenger behandling for sin sorg. Depresjonsbehandling er ikke tilstrekkelig.

DIAGNOSTISK SORG

– Sorg er noe de aller fleste av oss vil oppleve i løpet av livet, og selv om det vil være noe av det mest smertefulle man kan oppleve, vil de fleste håndtere det greit. Men så ser man også at det er noen som blir fastlåst i denne intense sorgen. Den sterke lengselen går ikke over, sier sistefatter Jens Thimm om den nyomtalte diagnosen.

I den nyeste revisjonen av ICD-11 omtales forlenget sorgdiagnose som en psykisk lidelse som følger tap av en nærstående person. Lidelsen omfatter vedvarende og intense sorgresponser som kjennetegnes ved lengsel etter den døde og emosjonelt ubehag. Reaksjonene må ha vart i minimum seks måneder.

Artikkelforfatterne er samstemte om at formidling av kunnskap om diagnosen og behandling er nødvendig.

– Det har vært lite fokus på problematikken, og det er bra at dette kommer inn som en diagnose slik at vi bedre kan forstå denne pasientgruppa – og at de selv føler de blir sett og hørt, sier Tonje.

SKREDDERSYDD SORGBEHANDLING

– *Er man enig i hva som er den beste behandlingen for komplisert sorg?*

– Jeg tenker at det er stor heterogenitet i hva som fungerer. Det er et helt nytt felt og terapeuter og forskere prøver seg litt frem. I en tidlig fase prøver man ulike intervensjoner og tilnærminger, og det er ikke entydig klart hva som er den beste behandlingen. Kognitiv atferdsterapi er mest undersøkt og kan vise til gode resultater, men det betyr ikke at andre behandlingsformer ikke har noen effekt. Det finnes forskjellige måter å behandle komplisert sorg på, sier Thimm om status quo i forskningsfeltet.

Thimm legger videre vekt på at den individuelle sorgen er mangefasettet og privat. Folk sørger svært forskjellig. Generelle oppfatninger om sorg kan føre til at mange føler seg ensomme i sin sorgprosess:

– Det finnes konvensjonelle forestillinger om at sorg er en prosess som skal være over etter noen uker. Det er gjerne på dette tidspunktet, når begravelsen er over, at individer trenger den sosiale støtten mest. Å møte

hverdagen uten avdøde forutsetter at man må orientere seg på nytt, og det er gjerne da man føler seg ekstra ensom i sorgen. Slik blir det viktig at oppmerksomheten og støtten ikke er begrenset til de første dagene eller ukene, men også senere, sier Thimm.

SLAGSIDER

Sorgdiagnosen har imidlertid ikke gått ubemerket inn i diagnosekartet.

– *Er det riktig å sette en diagnose på en normal reaksjon?*

– Det er en pågående debatt, men jeg tror at fordelene med å lage en diagnose er at fagfolk kan bli oppmerksomme på at det kan være et stort psykisk helseproblem å streve med sorg, sier Thimm.

I tillegg har det blitt diskutert om man kan skille mellom depresjon og kompliserte sorgreaksjoner.

– I forskningen ser man at sorg og depresjon er forskjellige psykologiske fenomener, selv om det kan være overlappende. Man kan ha flere lidelser samtidig – sorg og depresjon, eller PTSD. Men det er viktige forskjeller mellom lidelsene.

– Dette understøttes også av litteraturgjennomgangen; vanlig behandling for depresjon hjelper ikke vesentlig på sorgproblematikk.

FRAVÆR AV SORGHELENDE RITUALER

I forbindelse med koronapandemien jobber Thimm og forskere ved Senter for krisepsykologi i Bergen med å forstå hva som skjer med sorgen når man mister de innebygde kulturelle og sosiale sorgritualene vi har.

– Det er spennende å jobbe med denne problematikken også fordi det ikke utelukkende handler om enkeltmennesker, men par og familier, samfunn og kultur. Alt spiller jo inn. Det er et komplekst forskningsfelt.

– *Hva skjer med sorgprosesser under korona?*

– Vi vet at den sosiale støtten er svært viktig etter tap av en som har stått en nær, og det blir det naturligvis mye mindre av under pandemien. Videre kan det å delta i sorgritualer, slik som begravelser, være et sentralt ledd i sorgprosessen. Mange vil synes det er vanskelig og tungt å ikke kunne delta, at det er noe som mangler når man ikke kan samles i begravelse etter et tap.

– Men akkurat hvordan fravær av de sorghelende ritualene spiller inn på individuelle sorgprosesser får forskningen vise, avslutter Thimm. ✘

Hovedfunn fra vinnerartikkelen

- Om lag 10 % av de som opplever å miste en nær person, utvikler vedvarende og intense sorgreaksjoner med betydelig funksjonelt tap (komplisert eller vedvarende sorgdiagnose).
- 14 studier ble inkludert i den systematiske gjennomgangen og metaanalysen.
- Resultatene viser at lidelsesspesifikk behandling av komplisert sorg er mer effektiv enn annen type behandling.
- Kognitiv restrukturering, eksponering og atferdsaktivering er identifisert som effektive terapeutiske elementer.



HEDERLIG OMTALE I tillegg til vinnerartikkelen ga juryen hederlig omtale til to fagessay fra 2020: *Blikket utenfra* av Siri Gullestad og *Virker det nå?* av Tomas Formo Langkaas.



ORIGINALARTIKKEL

TIDSSKRIFT FOR NORSK PSYKOLOGFORENING 2021 VOL. 58 NR. 07 S. 568-579 DOI: <https://doi.org/10.52734/x5Q9uM84>

Utprøving av en tilpasset gruppebehandling for unge voksne

Eva Try^{1,2}, Anne Halmøy^{2,3}, Karl Ove Hufthammer⁴ og Lisbet Borge⁵

Sammendrag

Bakgrunn: Det trengs mer oppmerksomhet på pasienter på vei inn i voksenlivet, i overgangen mellom barne- og ungdoms- og voksenpsykiatrien. Denne studien undersøker effekter av en tilpasset gruppebehandling på depresjon, angst og selvfølelse hos de yngste pasientene i en voksenpsykiatrisk poliklinikk. Vi utforsket også deltageres erfaringer med gruppebehandlingen.

Metode: Pasienter mellom 18 og 25 år deltok i en 10-ukers gruppebehandling basert på psykoedukasjon, kognitiv terapi og ulike øvelser. Det ble brukt kvantitative og kvalitative selvrapporteringskjemaer.

Resultat: Av 35 inkluderte pasienter (like mange av begge kjønn, gjennomsnittsalder 21 år) fullførte 31 gruppebehandlingen. Omtrent halvparten (49 %) hadde depresjonsdiagnose, og 23 % hadde angstdiagnose. Det ble funnet redusert depresjon og bedring i selvfølelse, men ingen bedring av angst. Deltagelse i gruppebehandlingen ga nye perspektiver på egne vansker og opplevelse av tilhørighet i et trygt gruppefelleskap.

Konklusjon: Gruppebehandling tilpasset unge voksne kan være en passende og gjennomførbar intervensjon for denne sårbare pasientgruppen.

¹ Institutt for helse- og omsorgsvitenskap, Høgskulen på Vestlandet

² Haukeland universitetssjukehus HF, DPS Kronstad

³ Institutt for klinisk medisin 1, UiB

⁴ Kompetansesenter for klinisk forskning, Haukeland

universitetssjukehus

⁵ Fakultet for helsefag, VID vitenskapelige høgskole

KONTAKT

Eva.Try@hvl.no

MERKNAD

Forfatterne har avgitt signert interessekonflikt-erklæring og oppgir ingen interessekonflikter

Behandlingsaktiviteten ved distriktspsykiatriske sentre (DPS) er høyest for pasienter under 30 år (Helsedirektoratet, 2017, s. 8). Psykisk lidelse hos unge er en risikofaktor for komorbiditet og nedsatt fungering i et livsløpsperspektiv (Newman et al., 1996). De vanligste psykiske lidelsene er angst, depresjon og rusrelaterte lidelser (Kessler et al., 2005). I løpet av voksenlivet vil 25–30 % tilfredsstillende diagnostiske kriterier for en angstlidelse og 20–25 % for en stemningslidelse, hovedsakelig depresjon (Folkehelseinstituttet, 2018). Nasjonale føringer peker på behovet for tidlig hjelp og særskilte tiltak i overgangen mellom ungdoms- og voksenpsykiatrien (Helsedirektoratet, 2009b, 2015). Studier har vist at denne overgangen kan være dårlig planlagt, og at det er utfordrende for pasientene at voksenpsykiatrien er mindre fleksibel enn barne- og ungdomspsykiatrien (Broad et al., 2017; Paul et al., 2013). Unge pasienter erfarer at håpet for framtiden påvirkes av hvordan de blir sett og forstått (Lockertsen et al., 2020).

Kognitiv atferdsterapi (KAT) er anbefalt ved depresjon og angst hos unge og voksne (Helsedirektoratet, 2009b, 2015; Lopez-Lopez et al., 2019). Metaanalyser tyder på at KAT i gruppe er en effektiv og gjennomførbar behandling både for depresjon hos ungdom (Keles & Idsoe, 2018) og voksne (Lopez-Lopez et al., 2019; Okumura & Ichikura, 2014) og for angst hos voksne (Barkowski et al., 2020). Psykoedukasjon og andre elementer fra KAT er prøvd ut i forebyggende program i gruppe for unge under 18 år (Chanen et al., 2008; Skre & Friborg, 2013), og for unge voksne med følelsesmessige vansker, angst, depresjon og emosjonell ustabil personlighetsforstyrrelse (Bentley et al., 2018; Garvik et al., 2014). Psykoedukasjon som egen intervensjon kan bidra til å forebygge og håndtere depresjon hos barn og ungdom (Bevan Jones et al., 2018). Det kan se ut som flere av disse programmene og intervensjonene gir økt kunnskap og reduksjon av symptomer hos deltagerne. Det er utfordringer med å måle effekt og sammenligne studier og erfaringer, da metodene er ulike og sentrale begrep som psykoedukasjon er definert forskjellig (Bevan Jones et al., 2018).

De siste 15 årene har det vært økende oppmerksomhet på fellestrekk ved angstlidelser, og det er utviklet program for å behandle ulike angstlidelser i samme gruppe (Barlow et al., 2017; Wolgensinger, 2015), også kalt transdiagnostisk perspektiv. Grupper som behandler ulike angstlidelser samtidig, er like effektive som diagnosespesifikke grupper (Barkowski et al., 2020). Flere studier viser god effekt av behandling i transdiagnostiske grupper for angst og depresjon (Barkowski et al., 2020; Mohammadi et al., 2013). Med et transdiagnostisk perspektiv rettes det oppmerksomhet mot psykologiske uhensiktsmessige

strategier som er felles for ulike lidelser, og dette perspektivet kan, på grunn av færre krav til spesifikke manualer for hver diagnose, være enklere å integrere i klinisk virksomhet (Hagen et al., 2012).

Vi har ikke funnet kliniske studier på gruppebehandling for pasienter med angst- og depresjonsdiagnose i overgangen mellom ungdom- og voksentilværelse.

Hensikten med denne studien var å undersøke om gruppebehandling for unge voksne pasienter i allmennpsykiatrisk poliklinikk kunne bidra til bedre selvfølelse og mindre angst og depresjon. Vi ønsket samtidig å utforske pasientenes egne erfaringer med gruppebehandlingen for å få kunnskap om hvilke faktorer som hadde hatt betydning for dem (Larsen et al., 2006; Sosial- og helsedirektoratet, 2009).

Metode

Design

Studien kombinerer et kvantitativt og kvalitativt design, som anbefales når en mangler kunnskap i fagfeltet (Borge, 2018; Malterud, 2017). Primære utfallsmål var endring i selvrapporderte symptomer på depresjon, angst og selvfølelse, samt pasientenes erfaringer med behandlingen. Standardiserte selvrapporeringsskjemaer for symptomskårer ble supplert med et eget spørreskjema som var utviklet for å beskrive pasientenes erfaringer. Dette ble analysert med et beskrivende og utforskende kvalitativt design.

Utvalg

Inntil ti pasienter mellom 18 og 25 år ved to allmennpsykiatriske poliklinikker og en dagavdeling ble invitert til å delta i hver gruppe. Inklusjonskriterier var at pasienten hadde fått rett til helsehjelp (av inntaksteam) og var vurdert å fylle kriterier for en angst- og/eller depresjonsdiagnose (av poliklinisk behandler, se avsnitt om datainnsamling). Eksklusjonskriterier var primær rusdiagnose, psykose, utviklingsforstyrrelse og/eller høy selvmordsfare. Aldersavgrensningen ble gjort for at deltagerne skulle ha mest mulig lik livssituasjon på vei inn i voksenlivet. I alt 42 pasienter møtte i første gruppesesjon, hvorav 35 samtykket til inklusjon i studien (T1) og 31 fullførte (T2) gruppebehandlingen. Tretti fylte ut skjema om erfaringer (T2).

Intervensjon

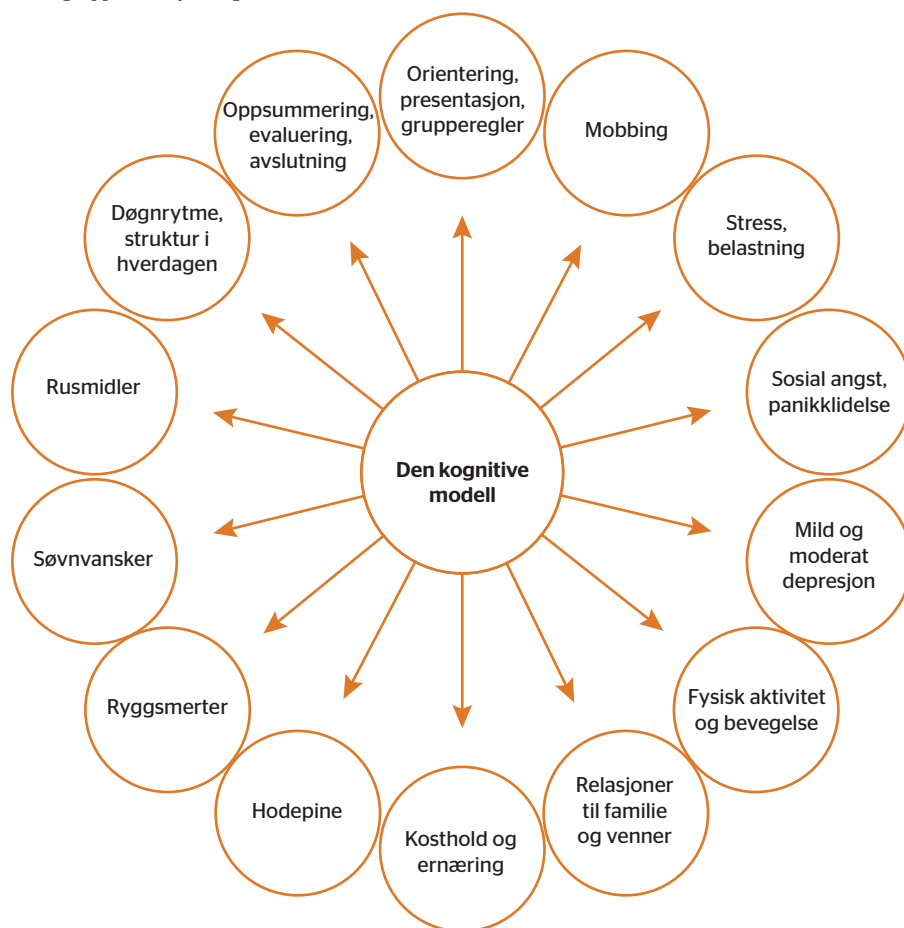
Rammer og innhold for behandlingen ble utarbeidet av førsteforfatter og en psykologspesialist ved poliklinikken, basert på kombinasjon av litteratursøk og egen klinisk erfaring. De samme personene var også gruppeledere, og har variert og lang erfaring fra kommunehelse- og spesialisthelsetjenesten, samt fra peda-

gogisk og psykoterapeutisk virksomhet individuelt og i gruppe. Førsteforfatter har også utdannelse i kognitiv terapi. Gruppebehandlingen ble gjennomført i perioden 2015–2017 med fem grupper à fire–ti deltagere. Pasientene møttes til ti ukentlige 90-minutters samlinger over tre–fire måneder. Samlingene hadde en fast struktur med tydelig ledelse. Den kognitive modell (tanke, følelse, atferd) var gjennomgående tema i undervisningen og under øvelsene (kroppslige reaksjoner, atferd) (Berge & Repål, 2015). Hver samling hadde følgende innhold: Undervisning (se tema i figur 1), etterfulgt av samtaler og case relatert til tema som pasientene først besvarte i samtale to og to og etterpå i plenum. Alle ble utfordret til å delta i samtalen. Videre ble det gjennomført øvelser for å rette en ikke-dømmende oppmerksomhet mot kroppen, pusten og sanserfaringer (Dundas et al., 2013). Deltagerne fikk opplæring i avslapningsteknikker og gjennomførte puste- og oppmerksomhetsøvelser og bevegelser med ulik aktivering (trapper, balanse etc.) (Helsedirektoratet, 2009a) mot slutten av første eller andre time. Tiden ble stort

sett jevnt fordelt mellom undervisning og samtaler. Øvelser ble gitt minst tid. Hver samling startet med åpne spørsmål om å dele tanker og refleksjoner fra forrige gang. Pasientene ble oppfordret til å reflektere over de utdelte arkene fra undervisningen og praktisere noen øvelser mellom samlingene som en strategi for å håndtere egne vansker. Det ble ikke stilt krav om hjemmearbeid utover dette. Det ble vurdert som viktigst at pasientene forpliktet seg til å møte hver gang for å utfordre sosial unngåelse og isolasjon. Man fokuserte ikke på den enkeltes utfordringer utover det pasienten valgte å fortelle selv. Gruppelederne delte ansvaret for de ulike innholdskomponentene mellom seg, og hadde jevnlig oppsummeringssamtaler om opplegget, men ingen formell veiledning. Vanlige grupperegler ble fulgt (Bjerke, 2018). Gruppene ble lukket for nye pasienter etter de to første samlingene. Samme dag som gruppesamlingen fikk deltagerne en ekstra påminnelse på SMS. En intensjon med gruppebehandlingen var at den skulle være et selvstendig tilbud som et alternativ til individuell oppfølging i perioden.

Figur 1

Undervisningstema i gruppetilbud for unge voksne



Datainnsamling

Syv standardiserte og validerte selvrapporerings-skjemaer om symptombelastning og selvfølelse (se beskrivelse under) ble fylt ut ved starten (T1) og slutten (T2) av gruppebehandlingen. Demografiske og kliniske data ble samlet inn av førsteforfatter ved journalgjennomgang. Diagnosene representerer hoveddiagnose fra pasientens journal for den aktuelle behandlingskontakten og var basert på behandlers kliniske vurdering og intervju med pasienten, inkludert bruk av standard kartleggingsverktøy (Mini Internasjonalt Nevropsykiatrisk Intervju) (Sheehan et al., 1998). Medikamentbruk eller funksjonsevne ble ikke kartlagt. Spørreskjema om pasientenes egne erfaringer ble fylt ut ved T2. En målte etterlevelse av intervjuingen ved antall deltagere som fullførte gruppebehandlingen, og ved antall sesjoner de møtte til.

Kvantitative data

Følgende selvrapporerings-skjemaer ble benyttet:

1. The Hospitality Anxiety and Depression Scale (HADS-T) måler angst- og depresjonssymptomer siste uke og består av 14 påstander (syv om angst, syv om depresjon). Det regnes ut en totalskår (HADS-T, 0–42) og en sumskår (0–21) for hver av delskalaene HADS-A (angst) og HADS-D (depresjon) (Leiknes et al., 2016).
2. Rosenberg's Self Esteem Scale (RSES) måler generell selvfølelse i øyeblikket og består av ti utsagn (fem negativt og fem positivt formulert), totalskår 10–40 (von Soest, 2005).
3. The Beck Depression Inventory, 2. utgave, (BDI-II) måler grad av depressive symptomer i øyeblikket og består av 21 spørsmål, totalskår 0–63 (Siqueland & Kornør, 2011).
4. The Body Sensation Questionnaire (BSQ) måler angst for kroppslige symptomer ved panikkklidelse. Versjonen vi brukte, består av 16 spørsmål, totalskår 16–80 (Chambless et al., 1984).
5. The Agoraphobic Cognitions Questionnaire (ACQ) måler kognitive symptomer ved panikkklidelse. Versjonen vi brukte, består av 19 spørsmål, totalskår 19–95 (Chambless et al., 1984).
6. The Social Interaction Anxiety Scale (SIAS) måler symptomer på sosial angst i møte med andre og består av 20 utsagn, totalskår 0–80 (Mattick & Clarke, 1998).

7. Social Phobia Scale (SPS) måler symptomer på sosial angst i dagligdagse situasjoner og består av 20 utsagn, totalskår 0–80 (Mattick & Clarke, 1998).

Høyere totalskår innebærer for RSES *bedre selvfølelse* og for HADS-T, BDI-II, BSQ, ACQ, SIAS og SPS *større omfang av symptomer*.

Kvalitative data

Pasienterfaringsskjemaet omfattet 17 åpne spørsmål: forventninger før oppstart; hvordan pasientene erfarte (både positivt og negativt) undervisningen, oppmerksomhetsøvelsene og samtalene i gruppen; opplevelse av trygghet; erfaring med oppleggets innhold og organisering. Det var plass for kommentarer under hvert spørsmål. Data ble supplert med muntlige tilbakemeldinger fra deltagerne og med gruppeledernes notater underveis, såkalte feltnotater (Malterud, 2017). Tekstmaterialet omfattet totalt 65 maskinskrevne A4-sider (Word-format).

Analyser

Deskriptive frekvensdata presenteres som antall og prosent. For data fra selvrapporerings-skjema presenteres gjennomsnittsskårer før og etter behandling samt gjennomsnittlig skårendring med 95 %-konfidensintervaller. Dette er regnet ut via *mixed-effects*-modeller med stokastiske effekter (skjæringspunkt) for gruppe og pasient, og med ulike standardavvik ved de to tidspunktene. Vi presenterer også standardiserte effektstørrelser, definert som gjennomsnittlig skårendring delt på det estimerte standardavviket som måler variasjonen *mellem individer* ved T1. Gruppeneffekten i modellen er med for å ta hensyn til at pasienter i samme behandlingsgruppe kan ha mer lik endring enn pasienter i ulike grupper (på grunn av dynamikken innad i gruppen). Det ble tilpasset én modell per selvrapporerings-skjema. Det var noen manglende skjemaufyllinger, spesielt med frafall ved T2. *Mixed-effects*-modeller gjør imidlertid at data for pasientene som kun fylte ut skjemaet på ett tidspunkt, også tas med i analysene, og modellene gir økt presisjon og reduserer eventuell skjevhet som skyldes manglende data (Mallinckrodt et al., 2001). Vi oppgir også antall pasienter/målinger hver analyse er basert på. Dataene ble lagret i IBM SPSS Statistics versjon 24.0 og analysert med R versjon 4.0.2 (R Core Team, 2020). Modellene ble tilpasset med R-pakken nlme versjon 3.1–148 (Pinheiro et al., 2020).

Tabell 1

Kjønn, alder, sosioøkonomisk status, diagnoser blant deltagerne (n = 35)

		T1 (n = 35)		T2 (n = 31)	
		Antall	Andel	Antall	Andel
Kjønn	Kvinne	18	51 %	15	48 %
	Mann	17	49 %	16	52 %
Alder	Snitt (min.–maks)	21	(18–24)	21	(18–24)
Hovedinntekt	Forsørges	14	50 %	12	50 %
	AAP*/arbeidstiltak/sykmeldt	10	36 %	9	38 %
	Lønnet arbeid	3	11 %	2	8 %
	Annet	1	4 %	1	4 %
	(Ukjent)	7	–	7	–
Sivilstatus	Bor med én eller to foreldre	24	73 %	21	72 %
	Bor med venner / i parforhold	6	18 %	5	17 %
	Bor alene	3	9 %	3	10 %
	(Ukjent)	2	–	2	–
Utdanning	Kun fullført barne- og ungdomsskole	2	6 %	2	7 %
	Fullført videregående skole	7	21 %	6	20 %
	Går på videregående skole	14	42 %	13	43 %
	Avbrutt videregående skole	10	30 %	9	30 %
	(Ukjent)	2	–	1	–
Hoveddiagnose	Depresjon**	17	49 %	14	45 %
	Angst***	8	23 %	8	26 %
	Personlighetsforstyrrelse	3	9 %	3	10 %
	Blandet angst og depresjon	2	6 %	2	6 %
	Tilpasningsforstyrrelse	2	6 %	2	6 %
	Annet****	3	9 %	2	6 %
Følges videre av	Kun fastlege	15	43 %	14	45 %
	Psykiatrisk poliklinikk	12	34 %	11	35 %
	Psykiatrisk dagavdeling	3	9 %	2	6 %
	Annen seksjon / annet DPS	3	9 %	3	10 %
	Avd. rusmedisin	2	6 %	1	3 %
Tidligere oppfølging*****	Barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk (BUP)	18	51 %	17	55 %
	Pedagogisk-psykologisk tjeneste (PPT)	7	20 %	5	16 %
	Skolehelsetjenesten	6	17 %	6	19 %
	Barnevern	5	14 %	3	10 %
	Annen spesialisthelsetjeneste	13	37 %	10	32 %
	Ingen	7	20 %	7	23 %

Merknad. * Arbeidsavklaringspenger (AAP), ** Moderat depresjon: 7; tilbakevendende moderat: 7; tilbakevendende i remisjon: 1; mild depresjon: 1; dystymi: 1; *** Sosial angst: 5; panikkangstlidelse: 2; uspesifisert angstlidelse: 1; **** ADHD, rusmisbruk, uspesifisert affektiv lidelse; ***** Noen har flere tidligere behandlingsforløp

Pasienterfaringskjemaene ble analysert gjennom en tematisk innholdsanalyse med etablering av helhetlig forståelse, identifisering og kondensering av mening (Graneheim & Lundman, 2004). De ble transkribert, og svarene ble systematisert under hvert spørsmål. På grunnlag av dette ble teksten videre grovsortert i en tolkningskontekst. Disse enhetene ble deretter fortettet. Enheter med fellestrekk ble ordnet under meningsbærende enheter. Deltagernes muntlige tilbakemeldinger og gruppeledernes notater ble inkludert og var med å validere analysen. Det handler om å beskrive, fortolke og forstå deltagernes svar, og å søke variasjon og bredde. Prosessen gjorde det mulig å identifisere en helhetsforståelse med tre meningsbærende temaer, nært opp til deltagernes svar. For å tydeliggjøre hvor fremtredende de enkelte svarreaksjonene var, ble det gjennomført en opptelling av antall svar i hvert tema. Det ble laget en fordelingsnøkkel med følgende kategorier: «flertall» (20–30), «omtrent halvparten» (13–18), «noen» (7–12) og «noen få» (6 eller færre). Den kvalitative innholdsanalysen av hele materialet ble foretatt av to av artikkelforfatterne (ET, LB), først hver for seg og deretter sammen.

Etikk

Prosjektet ble godkjent av Personvernombudet i Helse Bergen (ref. 2016/13605) som et internt kvalitetssikringsprosjekt, en vurdering som ble støttet av Regional etisk komité (REK vest). Deltagelse var frivillig, og alle inkluderte ga informert samtykke. Alle opplysninger ble behandlet konfidensielt. Personidentifiserbare opplysninger er anonymisert.

Resultater

Demografiske og kliniske karakteristika

Over 80 % av pasientene ble henvist fra behandling i poliklinikken, de andre fra inntaksteam eller dagavdeling. Tabell 1 gir en oversikt over demografiske data, hoveddiagnose, tidligere oppfølging og hvor pasientene ble henvist etter gruppebehandlingen. Det var omtrent like mange menn og kvinner som startet, og gjennomsnittlig alder var 21 år. En femtedel hadde fullført videregående skole (VGS), 30 % hadde avbrutt, mens 42 % fortsatt gikk på VGS ved oppstart. Omtrent halvparten hadde depresjonsdiagnose, 23 % angstdiagnose. Noen få hadde personlighetsforstyrrelse. Oversikt over behandlingshistorie viste at 90 % hadde minst ett tidligere behandlingsforløp i kommune- eller spesialisthelsetjenesten. Henholdsvis ni og seks hadde hatt to eller tre tidligere behandlingsforløp, og én hadde hatt fire tidligere behandlingsforløp.

Pasientenes skåringer viste en reduksjon av depressive symptomer (HADS-T, HADS-D og BDI-II) og bedring av selvfølelse (RSES-T) fra før oppstart til etter gruppebehandlingen (se tabell 2 og figur 2). Det ble funnet mest reduksjon av redsel for kroppslige reaksjoner (BSQ), men kun mindre endringer i generell angst (HADS-A), fobisk angst (SPS) og sosial angst i møte med andre personer (SIAS). Det var ikke tegn til endring i grad av agorafobiske tanker (ACQ). Standardiserte effektstørrelser for endring i depresjon og selvfølelse lå mellom 0.5–0.6.

Tabell 2

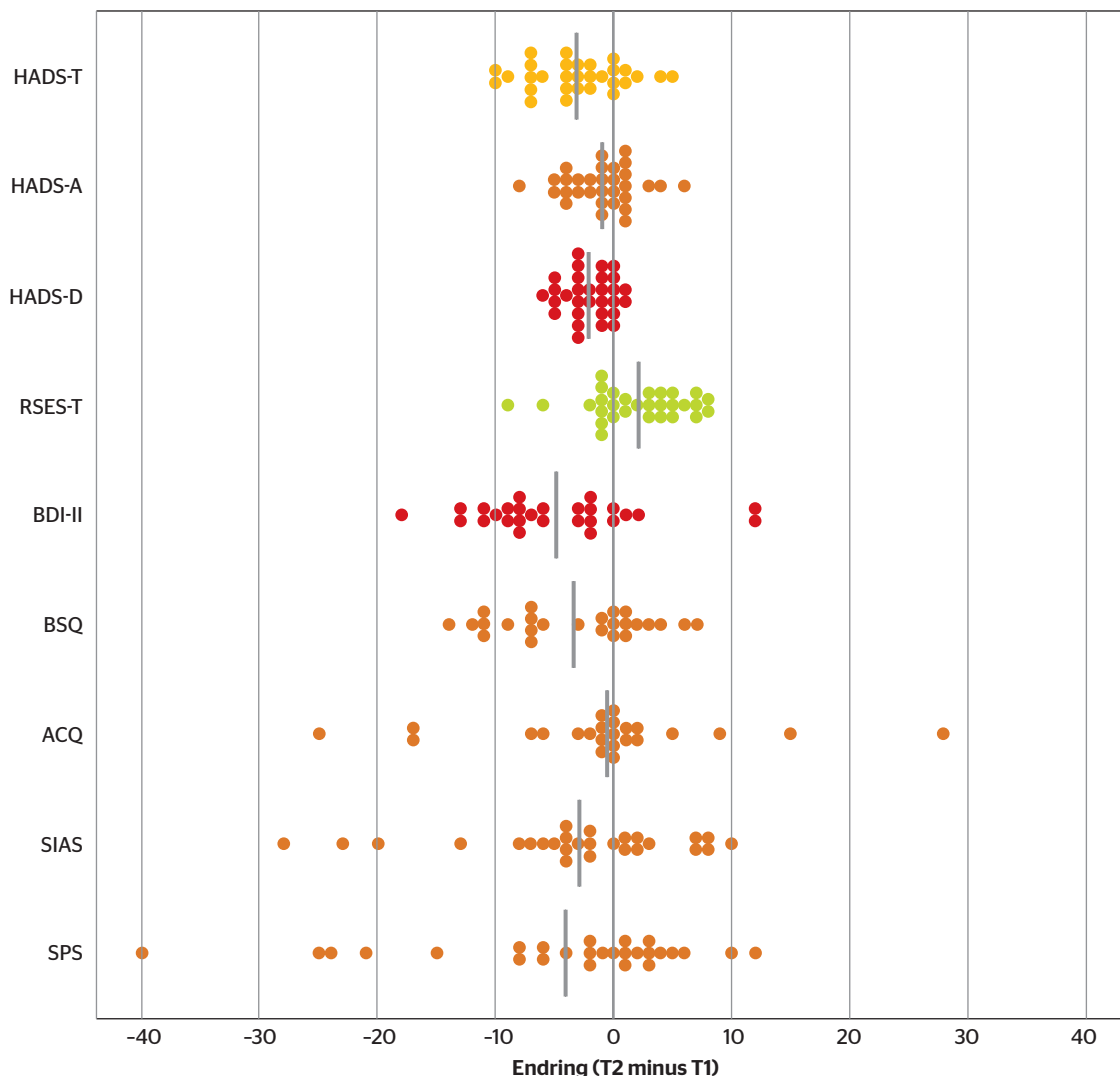
Gjennomsnittsverdier og gjennomsnittlig endring for symptom- og selvfølelsskårer.

Skjema	Antall		Gjennomsnitt		Gjennomsnittlig endring*				P-verdi
	T1	T2	T1	T2	T2 - T1	95 %-KI	E**		
HADS-T	35	30	21.1	17.9	-3.1	-4.6 til	-1.7	-0.5	< 0.001
HADS-A	35	31	12.1	11.1	-1.0	-2.0 til	0.1	-0.3	0.07
HADS-D	35	30	9.0	6.8	-2.1	-2.8 til	-1.4	-0.6	< 0.001
RSES-T	34	31	19.8	21.9	2.1	0.6 til	3.6	0.5	0.008
BDI-II	31	27	25.6	20.8	-4.9	-7.6 til	-2.1	-0.5	0.001
BSQ	30	26	40.7	37.4	-3.4	-5.8 til	-0.9	-0.2	0.01
ACQ	29	25	42.3	41.8	-0.5	-4.8 til	3.7	-0.0	0.8
SIAS	31	27	41.4	38.5	-2.9	-6.5 til	0.7	-0.2	0.11
SPS	31	27	38.9	34.8	-4.1	-8.7 til	0.5	-0.3	0.08

Merknad. * For alle skjema utenom RSES-T indikerer negative verdier forbedring. ** Standardisert effektstørrelse, definert som differansen T2 - T1 delt på det estimerte standardavviket som måler variasjonen mellom individer ved T1. Forkortelser brukt: T1: Inklusjonstidspunkt, T2: Etter fullført gruppebehandling, KI: Konfidensintervall, HADS-T: Hospital Anxiety and Depression Scale - totalskår, HADS-A: Hospital Anxiety and Depression Scale - angstskår, HADS-D: Hospital Anxiety and Depression Scale - depresjonsskår, RSES-T: Rosenberg Self-Esteem Scale - totalskår, BDI-II: Beck Depression Inventory 2. utgave - totalskår, BSQ: Body Sensations Questionnaire - totalskår, ACQ: Agoraphobic Cognitions Questionnaire - totalskår, SIAS: Social Interaction Anxiety Scale - totalskår, SPS: Social Phobia Scale - totalskår

Figur 2

Endring på individnivå for symptom- og selvfølelesskårer (n = 24–31)



Merknad. Hvert punkt svarer til ett individ. Gjennomsnittlig endring er markert med loddrette streker. For alle skjema utenom RSES-T indikerer negative verdier forbedring. Forkortelser brukt: HADS-T: Hospital Anxiety and Depression Scale – totalskår, HADS-A: Hospital Anxiety and Depression Scale – angstskår, HADS-D: Hospital Anxiety and Depression Scale – depresjonsskår, RSES-T: Rosenberg Self-Esteem Scale – totalskår, BDI-II: Beck Depression Inventory, 2. utgave – totalskår, BSQ: Body Sensations Questionnaire – totalskår, ACQ: Agoraphobic Cognitions Questionnaire – totalskår, SIAS: Social Interaction Anxiety Scale – totalskår, SPS: Social Phobia Scale – totalskår

Selv om de fleste pasientene viste redusert symptomnivå og økt selvfølelse, var det spredning innad i gruppen. Som vist i figur 2 rapporterte en del deltagere om uforandret symptomnivå. Noen ble verre i løpet av behandlingsperioden.

Antall deltagere som møtte hver gang, varierte fra tre til ti, med et gjennomsnitt på seks. Alle med angstdiagnose fullførte gruppebehandlingen og 14 (av 17) med depresjon. De fire som sluttet, møtte stort sett kun i starten, én eller to ganger, og hadde hatt mellom én og fire tidligere behandlingsforløp. For nesten halv-

parten (45 %) av pasientene ble behandlingsforløpet avsluttet etter deltagelse i gruppen. De ble henvist til oppfølging hos fastlege. De andre fikk tilbud om oppfølging i spesialisthelsetjenesten, der de fleste av disse (11 av 17) fortsatte i poliklinikk.

Kvalitative data

Vi presenterer først en helhetsforståelse og deretter tre meningsbærende temaer som sammenfatter deltagerens erfaringer med gruppebehandlingen. Helhetsforståelsen ble samlet i ett utsagn som ble brukt

av et flertall: *trygt, lærerikt og utfordrende*. Utsagnet uttrykker deltagerne positive erfaringer med innholdet og organiseringen av gruppebehandlingen samt balansen mellom de ulike innholdskomponentene som de opplevde ga nyttig læring. Deltagerne hadde få endringsforslag til opplegget. Noen få etterlyste mer konkret utfordring og veiledning om hvordan en skal håndtere egne vansker: «Kanskje litt mer om noe du selv kan gjøre mot depresjon.» De satte pris på å bli kjent med andre. Pasientene som møtte stabilt, skrev at gruppebehandling ga et annet utbytte enn individuelle samtaler. Det ble ikke funnet kjønnsforskjeller i beskrivelsene.

Presentasjon av kvalitative data

Helhetsforståelse: trygt, lærerikt og utfordrende

Tre meningsbærende tema:

- Undervisning ga økt kunnskap og forståelse
- Kroppslig erfaring gjennom øvelser
- Tilhørighet i et trygt fellesskap

Tema 1: Undervisning ga økt kunnskap og forståelse

Deltagerne fremhevet at undervisningen ga økt kunnskap og forståelse, slik en uttrykte det: «Meget bra, lært mye nyttig i forhold til de tingene jeg sliter med i hverdagen.» Tema som den kognitive modell, angst, depresjon, stress, rus, kosthold og søvn ble trukket fram som særlig lærerikt. Ernæring ble av noen opplevd som et sårt og vanskelig tema. Et flertall var fornøyd med undervisningen, men noen få syntes den tok for mye plass.

Tema 2: Kroppslig erfaring gjennom øvelser

Øvelser ble av et flertall beskrevet som bra og hjelpsomme. Spesielt likte deltagerne å lære tiltak de kunne anvende i hverdagen i møte med stress eller søvnvansker: «triks som kan roe deg ned om kvelden.» Noen få skrev at øvelser kunne være nyttige og samtidig utfordrende: «Litt skummelt, men også bra at vi gjør dem slik at vi lærer så godt at vi kan gjøre dem hjemme.» Øvelser ble av noen få opplevd som negativt, de var stressende eller kunne oppleves flau.

Tema 3: Tilhørighet i et trygt fellesskap med likesinnede

Et flertall av deltagerne fremhevet spesielt det å kjenne seg trygg i en gruppe med likesinnede. Atmosfæren og stemningen ble beskrevet som god og inkluderende. Deltagerne hadde ulike forventninger til gruppebehandlingen. For noen ble det å delta i gruppen bedre enn forventet: «Trodde ikke jeg kom til å trives, men det gjorde jeg.» Utvikling av trygghet som en prosess ble beskrevet slik: «Jeg var nervøs, men det ble bedre når jeg skjønnte at vi var i samme situasjon.» Omtrent halvparten hadde tenkt på forhånd at de var alene om å ha det vanskelig, slik en sa: «Har fått eit anna syn på ting, eg trudde eg var aleine.» Det å møte andre i samme situasjon ga for et flertall gjenkjennelse og ny læring: «Fint å høre lignende problemer fra andre perspektiver.» Å lytte til andres erfaringer ble beskrevet som greit, interessant eller som høydepunktet. For noen få bidro det til økt framtidstro, slik en uttrykte det: «Det har vært motive-rende for at jeg vil klare meg bedre», selv om flere problem gjenstod: «det er ikke livsforandrende, men det hjelper.» For omtrent halvparten var det lettere å drøfte generelle tema enn å dele personlige erfaringer. Noen få beskrev samtaler som en for stor utfordring: «Ukomfortabel hver gang, visste aldri hva jeg skulle si», eller de var usikre på om de hadde tatt for mye plass i gruppen.

Diskusjon

Denne studien ble startet for å prøve ut en ny selvstendig behandlingsmodell for tidlig hjelp til unge voksne i allmennpsykiatrisk poliklinikk. De 35 pasientene som deltok, hadde en gjennomsnittsalder på 21 år og representerte den spesielle livsfasen i overgangen mellom ungdom som forsørges og går på VGS, til en mer selvstendig voksentilværelse. Den høye andelen tidligere behandlingsforløp og det at såpass mange ikke hadde fullført VGS, indikerer en relativt høy grad av psykiske vansker og nedsatt fungering over tid. Symptomtrykket bekreftes ved at gjennomsnittsskårer på selvrappoteringskjemaene før oppstart jevnt over lå i det kliniske området for angst og depresjon. Totalskår for BDI-II mellom 20–28 vurderes å tilsvare moderat depresjon (Beck et al., 1996). Delskår for HADS-A og HADS-D mellom 11 og 14 vurderes som moderate symptomer, men anbefalinger om videre utredning varierer fra 8–22 for totalskår HADS-T (Leiknes et al., 2016). Selv om det mangler studier som kartlegger symptomnivå for aldersgruppen 18–25 år, viste en studie av ungdom mellom 13 til 18 år i psykisk helsevern tilsvarende verdier, med cut-off for BDI-II på 23 for klinisk depresjon (Dolle et al., 2012). Depresjonssymptomene så ut til å bedres i

større grad enn angstsymptomene, med effektstørrelser for depresjon innenfor det som klinisk regnes som middels stor effekt. Dette kan ha sammenheng med at gruppebehandlingen ble mer støttende, ivaretagende og for generell og lite virksom som målrettet angstbehandling (Berge & Repål, 2015). En annen mulig forklaring for mindre effekt på angstlidelser kan være at de debuterer tidlig i ungdomsårene (Helsedirektoratet, 2015; Kessler et al., 2005) og vil prege ungdommens generelle fungering i større grad enn depresjoner, som ofte debuterer senere i livet og er mer episodisk av natur (Kessler et al., 2005; World Health Organization, 2000). Det var stabilt oppmøte i gruppene, også av menn. Alle med angstlidelse og de fleste med depresjonsdiagnose fullførte gruppebehandlingen. Deltagerne rapporterte om økt selvfølelse etter endt gruppebehandling, og trakk fram betydningen av å få ny kunnskap og å lære øvelser som de kunne anvende for å mestre hverdagen bedre. Å bli trygg og føle seg inkludert i gruppen var viktig for å kunne utfordre seg selv til å delta i gruppen.

Undervisning og kunnskapsformidling for pasienter er nedfelt i lovverk og veiledere (Pasient og brukerrettighetsloven, 1999; Sosial- og helsedirektoratet, 2009). Rekkefølge, utforming og omfang av undervisningen varierte noe fra gruppe til gruppe, men emnene har vært de samme. Selv om det varierte hvilke tema den enkelte opplevde som mest betydningsfulle, så undervisning og øvelser i gruppe ut til å gi økt kunnskap om egne vansker og ferdigheter, slik at en håndterte problem bedre. Dette samsvarer med andre studier (Bevan Jones et al., 2018; Karlsson & Linnerud, 2009; Skjelstad et al., 2015; Aagaard et al., 2017).

Vi erfarte at øvelser med oppmerksomhet på kroppen kunne være utfordrende, noe som kan ha sammenheng med lite fysisk aktivitet i hverdagen, eller at oppmerksomhetsøvelser var uvant og dermed førte til økt angst. Denne vurderingen bidro til at øvelsene ble gitt minst tid sammenlignet med omfang av undervisning og samtaler. Gruppedeltagerne drev med lite fysisk aktivitet og hadde få faste aktiviteter i hverdagen utenom gruppebehandlingen. Det kan også tenkes at deltagerne strevde med å ha en ikke-dømmende oppmerksomhet mot kroppen (Dundas et al., 2013).

I gruppene ble det jobbet strukturert med å etablere trygghet og stabilt oppmøte. Pasientene fortalte om tidligere negative relasjonserfaringer og psykiske vansker over tid. Alle deltagerne deltok i samtaler i gruppebehandlingen hver gang, selv om grad av aktivitet varierte. De som ikke delte sine synspunkt spontant, ble utfordret av gruppelederne. Våre erfaringer tyder på at deltagerne opplevde undervisningen mer angstdependende enn samtalerne. Å bruke mer tid på

undervisning i starten av samlingen kunne således bidra til økt trygghet. Etter veiledning og hjelp til samtaletrening i gruppen kan det se ut som denne erfaringen førte til en opplevelse av tilhørighet i gruppen og et mer nyansert syn på seg selv. Det at noen ønsket mer tid til samtale når de hadde blitt trygge, måtte tilpasses hele gruppens behov, da det var stor variasjon innad i gruppene på hvor mye vekt den enkelte ønsket på samtale. Betydningen av gode samspillserfaringer i gruppe og møte med likesinnede trekkes fram som viktig for opplevelsen av samhörighet med andre (Borge, 2013; Rossberg et al., 2006; Skjelstad et al., 2015). En studie av pasienterfaringer med temabasert samtalegruppe i allmennpsykiatrisk døgnavdeling fant at pasientene fikk økt forståelse av seg selv etter at de hadde utvekslet erfaringer med andre i et støttende sosialt fellesskap (Hassel et al., 2016). Dette er også vist for ungdom med psykiske vansker, hvor det å møte jevnaldrende ble vurdert som viktig i behandlingsprosessen (Gjesvik et al., 2018).

Psykoedukasjon og øvelser kan ha gitt ny forståelse for hvordan man forholder seg til egne vansker, og derved bidratt til mer håp for fremtiden (Karlsson & Linnerud, 2009; Skjelstad et al., 2015; Aagaard et al., 2017). Opplevelse av tilhørighet i en trygg gruppe med jevnaldrende som hadde lignende vansker som dem selv (Borge, 2013; Gjesvik et al., 2018; Hassel et al., 2016), kan være med å forklare redusert depresjon og økt selvfølelse, siden omtrent halvparten hadde tenkt på forhånd at de var alene om å ha det vanskelig. Pasientene ble oppfordret til å reflektere over notatene fra undervisningen og gjøre noen øvelser til neste samling. Vi erfarte at få gjorde dette, og vi valgte å ikke insistere på det for ikke å legge vekt på prestasjoner og tone ned negative assosiasjoner til det som kunne minne om lekser, noe som trolig er forbundet med negative mestringsopplevelser. Vi vektla i stedet at de møtte stabilt, også når de var uforberedt, siden så mange hadde negative erfaringer med sin egen rolle i gruppe med jevnaldrende. Det ble vurdert at det å møte stabilt var en stor nok utfordring for et flertall av deltagerne. Hver samling varte i 90 minutter. Dette kan ha bidratt til at pasientene erfarte redusert angst utover i sesjonen, men ikke til redusert angst i løpet av oppfølgingsperioden.

Vi fant reduksjon av selvrapporterte depresjonsymptomer og bedring i selvfølelse hos de fleste pasientene i oppfølgingsperioden. Nesten halvparten av deltagerne avsluttet kontakten med spesialisthelsetjenesten etter gruppebehandlingen. Det kan se ut til at en relativt avgrenset gruppebehandling basert på elementer av kognitiv terapi, psykoedukasjon, øvelser og samspillstrening kan ha bidratt til bedring av depre-

sjon og selvfølelse for deltagerne, men ingen reduksjon av angst. Pasientenes erfaringer kan tyde på at de følte seg sett og forstått, noe som kan være viktig for å ha håp for fremtiden (Lockertsen et al., 2020). To av gruppene bestod av flere menn enn kvinner. Det er interessant at det var omtrent like mange menn som kvinner som deltok, og møtte stabilt, siden det er kjent at menn i mindre grad oppsøker hjelpeapparatet (Kjelvik, 2006).

Metodesvakheter

Studien har metodiske begrensninger. Det var få personer med, og det manglet kontrollgruppe. Symptombedringen kan ha sammenheng med flere faktorer enn deltagelse i gruppebehandlingen, for eksempel medikamentell behandling, individuell behandling eller andre forhold i pasientens liv som vi ikke hadde systematisk informasjon om. Resultatene kan ikke uten videre generaliseres, og det vil være behov for mer forskning på virksomme behandlingselementer hos unge voksne i allmennpsykiatrisk poliklinikk. Deltagernes stemmer har dog en troverdighet i seg selv (Larsen et al., 2006). Det kan diskuteres om de mindre utdypende svarene i pasienterfaringsskjemaene etter gjennomført gruppe representerer tilstrekkelig dybde, variasjon og bredde, som ofte kjennetegner kvalitative intervju (Malterud, 2017). Samtidig er kortfattede svar ganske vanlig hos mange unge voksne vi møter i spesialisthelsetjenesten, ut fra vår kliniske erfaring. Det er en svakhet at gruppebehandlingen ikke tok utgangspunkt i en manual for transdiagnostiske grupper for angst og depresjon (Barlow et al., 2017), så våre funn kan ikke sammenlignes direkte med andre studier av slike grupper. En klinisk travel hverdag var grunnen til at dette ikke ble gjort. En fordel med å følge en utarbeidet manual for transdiagnostiske grupper er at disse inneholder spissede intervensjoner for behandling av angst. En annen fordel med modellen er at den kombinerer klassiske KAT-teknikker og mindfulness-øvelser. Øvelsene kan bidra til mer bevissthet på hva en ikke-dømmende oppmerksomhet innebærer, som en hensiktsmessig måte å håndtere angst og ubehag på. Studien er gjennomført i en lokal kontekst, og førsteforfatter var delaktig i gruppebehandlingen. Forskerens tilstedeværelse kan ha påvirket resultatene ved at deltagerne ble mer bundet, eller ved at de trakk fram det de trodde ble forventet av dem. Denne nærheten kan også være en styrke, da flere møter med pasientene ga muligheter for å inkludere de muntlige tilbakemeldingene fra deltagerne i datamaterialet. En annen styrke ved studien er at to uavhengige forskere deltok

i analyseprosessen, både av de kvantitative dataene (KOH) og av de kvalitative dataene (LB).

Kliniske implikasjoner

Gruppebehandlingen kan videreutvikles i tråd med de enkelte deltagernes behov for å lære flere strategier for hjelp til selvhjelp i hverdagen. Det er mulig å utfordre deltagere til å lage personlige målsettinger for å utfordre angstsymptomer, og samtale i gruppen kan også ha mer vekt på hvilke erfaringer en har gjort seg siden sist (hjemmearbeid), som er vanlig i kognitiv terapi (Berge & Repål, 2015). Dette «kravet» må tilpasses pasientenes trykthsopplevelse, slik at oppgaven ikke blir så overveldende at de slutter, og det kan være nødvendig å utvide til flere samlinger ut fra en vurdering av at sårbare unge voksne trenger tid til å bli trygge på at det nytter å jobbe videre med sine vansker. Gruppebehandling kan være en utprøvningsarena for unge voksne som trenger støtte og konkret veiledning i å møte andre i samme situasjon, og den kan bidra til økt sosial mestingsopplevelse og symptomreduksjon. Bruk av gruppe i allmennpsykiatrisk poliklinikk kan være ressursbesparende og faglig inspirerende for personalet (Bjerke, 2018) og bidra til økt selvstendighet for pasientene.

Konklusjon

Så vidt vi vet, er dette den første studien som har undersøkt en tilpasset gruppebehandling spesifikt for de aller yngste pasientene i «voksenpsykiatrien». Psykometriske mål viste en reduksjon av depressive symptomer og økt selvfølelse, men ikke en reduksjon av angst. Deltagerne opplevde at gruppebehandlingen var betydningsfull og ga nye perspektiv på eget liv. Erfaringene med en forholdsvis kortvarig gruppebehandling basert på elementer fra kognitiv terapi kan tyde på at undervisning, øvelser og særlig samtaletrening sammen med likesinnede i et trygt gruppemiljø kan være passende og gjennomførbare intervensjoner for unge voksne. Det er viktig med mer kunnskap om hvilke spesifikke faktorer som kan forebygge utvikling av videre psykisk lidelse i den sårbare overgangsfasen mellom ungdoms- og voksenliv. ✘

Takksigelser

Vi ønsker å takke psykologspesialist Mari Strand for viktige bidrag i utviklingen og gjennomføringen av gruppebehandlingen. Førsteforfatter har mottatt stipendmidler fra Fagsenter for pasientrapporterte data, FoU-avdelingen, Haukeland universitetssjukehus og fondsmidler fra Norsk forening for kognitiv terapi.

Referanser

- Barkowski, S., Schwartz, D., Strauss, B., Burlingame, G. M. & Rosendahl, J. (2020). Efficacy of group psychotherapy for anxiety disorders: A systematic review and meta-analysis. *Psychotherapy Research, 30*(8), 965–982. <https://doi.org/10.1080/10503307.2020.1729440>
- Barlow, D. H., Farchione, T. J., Bullis, J. R., Gallagher, M. W., Murray-Latin, H., Sauer-Zavala, S., Bentley, K. H., Thompson-Hollands, J., Conklin, L. R., Boswell, J. F., Ametaj, A., Carl, J. R., Boettcher, H. T. & Cassiello-Robbins, C. (2017). The Unified Protocol for Transdiagnostic Treatment of Emotional Disorders Compared With Diagnosis-Specific Protocols for Anxiety Disorders: A Randomized Clinical Trial. *JAMA psychiatry, 74*(9), 875–884. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2017.2164>
- Beck, A. T., Steer, R. A. & Brown, G. K. (1996). *Beck Depression Inventory-II (BDI-II)*. (2. utg., Bd. 1).
- Bentley, K. H., Boettcher, H., Bullis, J. R., Carl, J. R., Conklin, L. R., Sauer-Zavala, S., Pierre-Louis, C., Farchione, T. J. & Barlow, D. H. (2018). Development of a Single-Session, Transdiagnostic Preventive Intervention for Young Adults at Risk for Emotional Disorders. *Behavior Modification, 42*(5), 781–805. <https://doi.org/10.1177/0145445517734354>
- Berge, T. & Repål, A. (2015). *Håndbok i kognitiv terapi* (2. utg.). Gyldendal Akademisk.
- Bevan Jones, R., Thapar, A., Stone, Z., Thapar, A., Jones, I., Smith, D. & Simpson, S. (2018). Psychoeducational interventions in adolescent depression: A systematic review. *Patient Education and Counseling, 101*(5), 804–816. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2017.10.015>
- Bjerke, S. (2018). *Gruppeterapi. Grunnleggende om hvorfor og hvordan*. Gyldendal Norsk Forlag.
- Borge, L. (2013). *Den psykiatriske institusjon som et sted for læring i tid og rom – en kvalitativ studie av pasienters og ansattes erfaringer* [Doktorgradsavhandling]. Universitetet i Oslo. <http://urn.nb.no/URN:NBN:no-40494>
- Borge, L. (2018). De små tingenes betydning. *Tidsskrift for Den norske legeforsening, 138*(3), 215. <https://doi.org/10.4045/tidskr.18.0029>
- Broad, K. L., Sandhu, V. K., Sunderji, N. & Charach, A. (2017). Youth experiences of transition from child mental health services to adult mental health services: a qualitative thematic synthesis. *BMC psychiatry, 17*(1), 380. <https://doi.org/10.1186/s12888-017-1538-1>
- Chambless, D. L., Caputo, G. C., Bright, P. & Gallagher, R. (1984). Assessment of fear of fear in agoraphobics: the body sensations questionnaire and the agoraphobic cognitions questionnaire. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 52*(6), 1090–1097. <https://doi.org/10.1037//0022-006x.52.6.1090>
- Chanen, A. M., Jackson, H. J., McCutcheon, L. K., Jovev, M., Dudgeon, P., Yuen, H. P., Germano, D., Nistico, H., McDougall, E., Weinstein, C., Clarkson, V. & McGorry, P. D. (2008). Early intervention for adolescents with borderline personality disorder using cognitive analytic therapy: randomised controlled trial. *British Journal of Psychiatry, 193*(6), 477–484. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.107.048934>
- Dolle, K., Schulte-Körne, G., O'Leary, A. M., von Hofacker, N., Izat, Y. & Allgaier, A.-K. (2012). The Beck depression inventory-II in adolescent mental health patients: cut-off scores for detecting depression and rating severity. *Psychiatry Research, 200*(2–3), 843–848.
- Dundas, I., Ravnanger, K., Vøllestad, J. & Binder, P. E. (2013). Hvordan kan oppmerksomt nærvær hjelpe ved rusproblemer. *Tidsskrift for Norsk psykologforening, 50*(3), 194–200.
- Folkehelseinstituttet. (2018). *Folkehelse rapporten. Helsetilstanden i Norge*.
- Garvik, M., Idsoe, T. & Bru, E. (2014). Effectiveness study of a CBT-based adolescent coping with depression course. *Emotional and Behavioural Difficulties, 19*(2), 195–209.
- Gjesvik, K. H., Stänicke, L., Gudmestad, M. & Dragland, L. (2018). Gruppeterapi for ungdom. *Tidsskrift for Norsk psykologforening, 55*(1), 30–35.
- Graneheim, U. H. & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Educ Today, 24*(2), 105–112. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2003.10.001>
- Hagen, R., Johnson, S. U., Rognan, E. & Hjemdal, O. (2012). Mot en felles grunn: En transdiagnostisk tilnærming til psykologisk behandling. *Tidsskrift for Norsk psykologforening, 49*(3), 247–252.
- Hassel, A.-M. F., Hilstad, L. & Alteren, J. (2016). Being in a relationship with oneself and others. Patient experiences with theme-based conversation group in a general psychiatric ward [Å være i relasjon med seg selv og andre. Pasientens erfaringer med temabasert samtalegruppe i allmennpsykiatrisk døgnavdeling]. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid, 13*(3), 188–199. <https://doi.org/10.18261/issn.1504-3010-2016-03-02>
- Helsedirektoratet. (2009a). *Aktivitetshåndboken. Fysisk aktivitet i forebygging og behandling*. (IS-1592).
- Helsedirektoratet. (2009b). *Nasjonale retningslinjer for diagnostisering og behandling av voksne med depresjon i primær- og spesialisthelsetjenesten* (IS-1561).
- Helsedirektoratet. (2015). *Psykisk helsevern for barn og unge. Prioriteringsveileder – psykisk helsevern for barn og unge*.
- Helsedirektoratet. (2017). *Distriktspsykiatriske tjenesten 2017. SAMDATA Spesialisthelsetjenesten* (IS-2825).
- Karlsson, B. & Linnerud, T. S. (2009). Kognitiv gruppeterapi ved angstlidelser – pasienters opplevde utbytte. *Tidsskrift for Psykisk Helsearbeid, 6*(03), 204–214.
- Keles, S. & Idsoe, T. (2018). A meta-analysis of group Cognitive Behavioral Therapy (CBT) interventions for adolescents with depression. *Journal of Adolescence, 67*, 129–139. <https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2018.05.011>
- Kessler, R. C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Merikangas, K. R. & Walters, E. E. (2005). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry, 62*(6), 593–602. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.62.6.593>
- Kjelvik, J. (2006). Kompetanseløft og kostnadsvekst i helsesektoren. *Samfunnsspeilet, 20*, 21–27.

- Larsen, E., Aasheim, F. & Nordal, A. (2006). *Brukermedvirkning – psykisk helsefeltet. Mål, anbefalinger og tiltak i Opptrappingsplan for psykisk helse*. Sosial- og helsedirektoratet. <https://www.helsebiblioteket.no/psykisk-helse/dps/rapporter/brukermedvirkning-i-psykisk-helsefeltet-mal-anbefalinger-og-tiltak-i-opptrappingsplan-for-psykisk-helse>
- Leiknes, K. A., Dalsbø, T. K. & Siqveland, J. (2016). *Måleegenskaper ved den norske versjonen av Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)* (8280827072). Folkehelseinstituttet.
- Lockertsen, V., Nilsen, L., Holm, L. A. W., Ro, O., Burger, L. M. & Rossberg, J. I. (2020). Experiences of patients with anorexia nervosa during the transition from child and adolescent mental health services to adult mental health services. *Journal of Eating Disorders*, 8(1), 37. <https://doi.org/10.1186/s40337-020-00313-4>
- Lopez-Lopez, J. A., Davies, S. R., Caldwell, D. M., Churchill, R., Peters, T. J., Tallon, D., Dawson, S., Wu, Q., Li, J., Taylor, A., Lewis, G., Kessler, D. S., Wiles, N. & Welton, N. J. (2019). The process and delivery of CBT for depression in adults: a systematic review and network meta-analysis. *Psychological Medicine*, 49(12), 1937–1947. <https://doi.org/10.1017/S003329171900120X>
- Mallinckrodt, C. H., Clark, W. S. & David, S. R. (2001). Accounting for dropout bias using mixed-effects models. *Journal of biopharmaceutical statistics*, 11(1–2), 9–21. <https://doi.org/10.1081/BIP-100104194>
- Malterud, K. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag* (4. utg.). Universitetsforlaget.
- Mattick, R. P. & Clarke, J. C. (1998). Development and validation of measures of social phobia scrutiny fear and social interaction anxiety. *Behavior Research and Therapy*, 36(4), 455–470. [https://doi.org/10.1016/S0005-7967\(97\)10031-6](https://doi.org/10.1016/S0005-7967(97)10031-6)
- Mohammadi, A., Birashk, B. & Gharai, B. (2013). Comparison of the effect of group transdiagnostic therapy and group cognitive therapy on anxiety and depressive symptoms. *Iranian Journal of Public Health*, 42(1), 48–55. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23514901>
- Newman, D. L., Moffitt, T. E., Caspi, A., Magdol, L., Silva, P. A. & Stanton, W. R. (1996). Psychiatric disorder in a birth cohort of young adults: prevalence, comorbidity, clinical significance, and new case incidence from ages 11 to 21. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64(3), 552–562. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8698949>
- Okumura, Y. & Ichikura, K. (2014). Efficacy and acceptability of group cognitive behavioral therapy for depression: a systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 164, 155–164. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2014.04.023>
- Pasient og brukerretektighetsloven. (1999). Lov om pasient- og brukerretektigheter (LOV-1999-07-02-63). <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>.
- Paul, M., Ford, T., Kramer, T., Islam, Z., Harley, K. & Singh, S. P. (2013). Transfers and transitions between child and adult mental health services. *The British Journal of Psychiatry*, 202(s54), s36–s40.
- Pinheiro, J., Bates, D., DebRoy, S., Sarkar, D. & R Core Team. (2020). *nlme: Linear and Nonlinear Mixed Effects Models. R package version 3.1-149*. <https://CRAN.R-project.org/package=nlme>
- R Core Team. (2020). *R: A language and environment for statistical computing*. Foundation for Statistical Computing. <https://www.R-project.org>
- Rossberg, J. I., Melle, L., Opjordsmoen, S. & Friis, S. (2006). Patient satisfaction and treatment environment: a 20-year follow-up study from an acute psychiatric ward. *Nordic Journal of Psychiatry*, 60(2), 176–180. <https://doi.org/10.1080/08039480600583894>
- Sheehan, D. V., Lecrubier, Y., Sheehan, K. H., Amorim, P., Janavs, J., Weiller, E., Hergueta, T., Baker, R. & Dunbar, G. C. (1998). The Mini-International Neuropsychiatric Interview (MINI): the development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10. *Journal of clinical psychiatry*, 59(20), 22–33.
- Siqveland, J. & Kornør, H. (2011). Måleegenskaper ved den norske versjonen av Beck Depression Inventory, 2. utgave (BDI II). *PsykTestBarn*, 1(5), 1–6. <https://doi.org/10.21337/0005>
- Skjelstad, D. V., Norheim, I., Reiersen, G. K. & Mjøsund, N. H. (2015). Psykoedukasjon i gruppe for personer med bipolar lidelse. Presentasjon av en kursmodell, deltagerens tilfredshet, og implementeringserfaringer. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 52, 1041–1050.
- Skre, I. & Friborg. (2013). A school intervention for mental health literacy in adolescents: effects of a norm-randomized cluster. *BioMedCentral Public Health*. Sosial- og helsedirektoratet. (2009). *Psykisk helsevern for voksne. Distriktpsychiatriske sentre – med blikket vendt mot kommunene og spesialiserte sykehusfunksjoner i ryggen*. (IS-1388).
- von Soest, T. (2005). Rosenbergs selvfølelsesskala: validering av en norsk oversettelse. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 42(3), 226–228.
- Wolgensinger, L. (2015). Cognitive behavioral group therapy for anxiety: recent developments. *Dialogues Clin Neurosci*, 17(3), 347–351. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26487815>
- World Health Organization. (2000). Cross-national comparisons of the prevalences and correlates of mental disorders. WHO International Consortium in Psychiatric Epidemiology. *Bulletin of the World Health Organization*, 78(4), 413–426.
- Aagaard, J., Foldager, L., Makki, A., Hansen, V. & Muller-Nielsen, K. (2017). The efficacy of psychoeducation on recurrent depression: a randomized trial with a 2-year follow-up. *Nordic Journal of Psychiatry*, 71(3), 223–229. <https://doi.org/10.1080/08039488.2016.1266385>

Personlighetsforstyrrelser i arbeidslivet

Personlighetsforstyrrelser er kjent som «avvik i personligheten», men denne gruppen avviker også i NAVs statistikk: Sammenlignet med andre pasientgrupper blir de diagnostisert senere, de ender oftere enn andre på arbeidsavklaringspenger og uføretrygd, og svært få kommer tilbake til ordinært arbeid.

TEKST Ulf Andersen,
statistikksjef i NAV

KONTAKT
Ulf.Andersen@nav.no

I DESEMBER 2020 holdt jeg et foredrag for Nasjonalt kompetansetjeneste for personlighetspsykiatri (NAPP), hvor de utfordret meg til å se nærmere på situasjonen for personer med personlighetsforstyrrelser (ICPC kode P80 og tilsvarende innen ICD-10) – og da særlig på situasjonen deres i den norske velferdsstaten. Etter et dypdykk i dataene i NAV fant jeg seks viktige fakta om personer med psykiske lidelser og denne pasientgruppen spesielt:

1. Psykiske lidelser utgjør en betydelig andel av alt helserelatert fravær i Norge.
2. En kvart million personer i Norge har i dag en trygdeytelse basert på en diagnostisert psykisk lidelse.
3. Over 14 300 personer har en personlighetsforstyrrelse, men tallet er kanskje egentlig dobbelt så høyt.
4. Bruken av personlighetsforstyrrelser som diagnose blant AAP-mottakere har falt mye de siste ti årene.
5. Personer med personlighetsforstyrrelser blir sjelden diagnostisert tidlig.
6. Personer med personlighetsforstyrrelser har dårligere utsikter enn andre til å komme tilbake i arbeid.

FAKTA 1:

Psykiske lidelser utgjør en betydelig andel av alt helserelatert fravær

NAV måler helserelatert fravær hovedsakelig gjennom tre ulike helserelaterte ytelser: sykepenger, arbeidsavklaringspenger og uføretrygd.

Ytelsene henger tett sammen. I starten av et helseforløp har man et sykefravær som gir rett til sykepenger i inntil ett år. Deretter kan man få AAP som en midlertidig helserelatert ytelse i inntil tre år med mulighet for forlengelse. Til slutt har vi uføretrygd som en varig helserelatert ytelse man kan motta frem til alderspensjon.

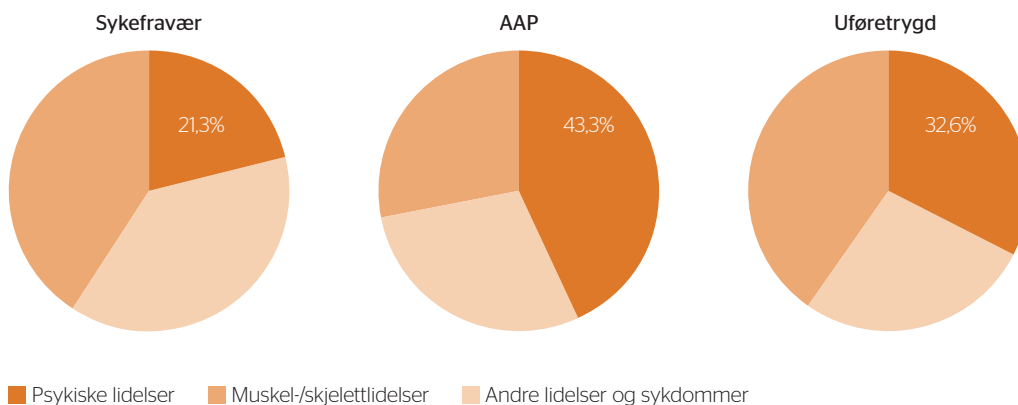
Koblingen mellom de tre ytelsene er tett: 70 prosent av de som går ut sykepengeperioden på ett år, går videre til enten AAP eller uføretrygd, de fleste til AAP. For omtrent halvparten på AAP vil uføretrygd være neste steg i forløpet.

Blant alt sykefravær i Norge i dag utgjør psykiske lidelser 21 prosent (figur 1). Hos AAP-mottakere er 43 prosent diagnostisert med en psykisk lidelse, mens tallet for uføretrygdede er 33 prosent. Psykiske lidelser er med andre ord en vanlig årsak til helserelatert fravær i Norge – vanligere enn muskel- og skjelettlidelser blant mottakere av AAP og uføretrygd.

FAKTA 2:

En kvart million har en psykisk lidelse

Hvis vi slår sammen alle som har helserelatert fravær med bakgrunn i en psykisk lidelse, finner vi totalt en kvart million mennesker. 115 000 er uføretrygdede, 52 000 har AAP, og 80 000 mottar sykepenger. Det er flere enn det samlede antallet sysselsatte i hele bygge- og anleggsnæringen i Norge. Eller i industrien. Eller innen undervisning.



FIGUR 1 Diagnosefordeling for henholdsvis sykefravær, AAP-mottakere og uføretrygdede

FAKTA 3:

Over 14 300 personer har en personlighetsforstyrrelse, men tallet er nok egentlig mye høyere

Blant de 248 000 personene med psykiske lidelser er det over 14 300 som har diagnosen personlighetsforstyrrelse (P80). Det tilsvarer 5,8 prosent av alle med en psykisk lidelse og med trygdeytelse fra NAV.

Og lidelsen er nok underrapportert. Det er svært få på sykepenger (0,3 %) og dels på AAP (4 %) med psykiske lidelser som har fått denne diagnosen. Men blant uføretrygdede med psykiske lidelser er det over ti prosent med diagnosen personlighetsforstyrrelse (figur 2). Gitt forekomsten vi ser på uføretrygd, er nok forekomsten av personlighetsforstyrrelser egentlig høyere blant personer med sykepenger og AAP.

Tallene illustrerer hvor alvorlig det er å få en slik diagnose. Det er nesten ingen som blir diagnostisert med personlighetsforstyrrelse i løpet av det første året av et helse relatert fravær mens man er sykmeldt, mens 10,5 % av personer med psykiske lidelser og uføretrygd altså har fått en PF-diagnose.

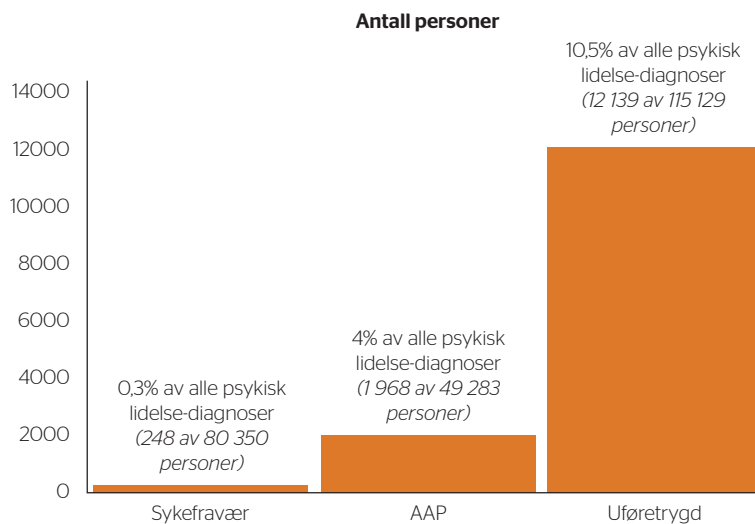
La oss på høyst usikkert grunnlag anta at andelen med personlighetsforstyrrelser egentlig er like høy blant personer på sykepenger og AAP som vi senere ser på uføretrygd. Da vil det være anslagsvis 8 400 og 5 200 på henholdsvis sykepenger og AAP som egentlig har en personlighetsforstyrrelse. Inkludert de 14 300 som har fått denne diagnosen, vil det i så fall si at 28 000 trygdemottakere har personlighetsforstyrrelser. Det tilsvarer et fullsatt Ullevål Stadion.

FAKTA 4:

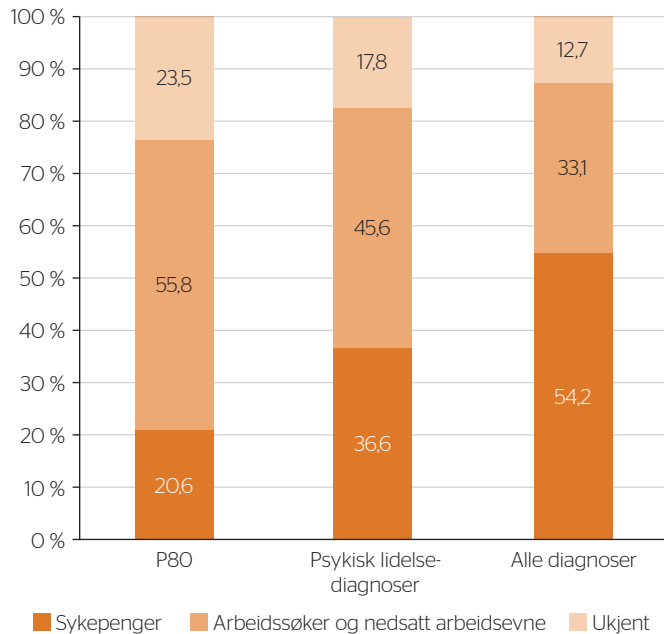
Bruken av P80 har falt mye de siste ti årene

Da AAP ble innført i 2010, var P80 den tredje mest vanlige diagnosen for AAP-mottakere med en psykisk lidelse. Allerede i 2015 var antallet redusert, og det var da den tiende mest brukte diagnosen, noe det fortsatt ligger på i dag. Riktignok var det en større andel med ukjent diagnose de første årene med AAP, men det er likevel uklart for meg hvorfor bruken falt så mye i løpet av disse fem årene.

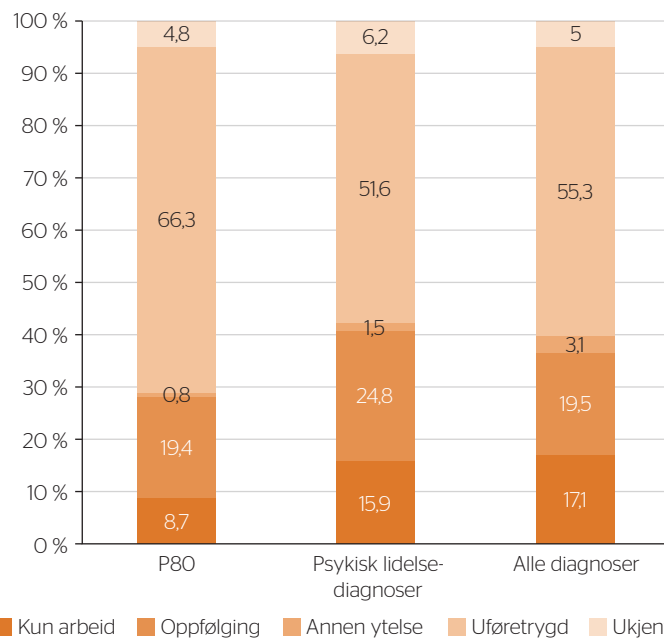
En tilsynelatende forklaring kunne være oppgangen i PTSD, som nå er den tredje mest



FIGUR 2 Andelen blant personer med sykefravær, AAP og uføretrygd med psykiske lidelser som har diagnose P80 (eller tilsvarende i ICD-10 inkl. atferdsforstyrrelser)



FIGUR 3 Status to måneder før start på AAP blant nye mottakere, fordelt etter om de har diagnosen personlighetsforstyrrelser (P80), psykiske lidelser generelt eller andre diagnoser



FIGUR 4 Status seks måneder etter avgang fra AAP, fordelt etter om de har diagnose personlighetsforstyrrelser (P80), psykiske lidelser generelt eller andre diagnoser

brukte diagnosen blant AAP-mottakere. Men veksten for PTSD kom etter nedgangen i P80, og ser i tillegg ut til å være et resultat av et nytt kriteriesett for PTSD i 2013.

FAKTA 5:

Personer med personlighetsforstyrrelser blir sjelden diagnostisert tidlig

Vi har allerede sett at svært få får diagnostisert P80 mens de er på sykepenger. Bildet blir tydeligere når vi ser på hvilken status AAP-mottakere hadde to måneder før de begynte på AAP. Bare 20 prosent av AAP-mottakerne med P80 kom fra sykepenger, mens tallet er høyere for andre grupper (figur 3).

Det vil egentlig si at de færreste på AAP med personlighetsforstyrrelse kommer direkte fra sykepenger, men heller fra andre statuser eller ytelser. Den viktigste gruppen her var arbeidssøker eller nedsatt arbeidsevne. I tillegg er det flere som har en ukjent status før de begynner på AAP, sannsynligvis fordi mange har mottatt sosialhjelp først. Nær 80 prosent av de nye AAP-mottakerne med P80 kommer ikke rett fra sykepenger. Mange av disse var ikke i arbeid før de fikk innvilget AAP.

FAKTA 6:

Personer med personlighetsforstyrrelser har dårligere utsikter enn andre

Et fåtall med PF-diagnosen kommer tilbake til arbeid etter AAP, selv om det ofte er målet. Vi kan se på hvor personer med AAP ender opp når de går ut av ordningen. For personer med P80 ender to av tre på uføretrygd, og kun én av ti var i arbeid seks måneder etter at de gikk ut av AAP. For andre grupper er overgang til arbeid betydelig høyere, og overgang til uføretrygd betydelig lavere.

AAP-mottakere med P80 har altså de dårligste «utsiktene» av alle – de har flest med overgang til uføretrygd og færrest med overgang til arbeid. For meg som «leser» tall, peker dette i retning av en diagnose og en sykdom som er svært krevende å behandle og dermed også å bli friskmeldt fra. Utsiktene deres til et liv med aktiv deltakelse i arbeidslivet er rett og slett svært lav – og lavere enn alle andre pasientgrupper på AAP.

På bakgrunn av disse seks faktaene drister jeg meg til å trekke to konklusjoner som jeg håper kan inspirere til en diskusjon om hvordan helsevesenet og NAV best kan hjelpe personer med personlighetsforstyrrelser:

KONKLUSJON 1:

Det tar tid å diagnostisere P80, og faren er at man kommer for sent i gang med riktig behandling

Ser vi på tallene, virker det åpenbart at personlighetsforstyrrelse er en lidelse som det tar tid å diagnostisere. Jo lenger man kommer ut i helseforløpet, desto flere ser vi med diagnosen. Det kan ha mange årsaker, men en mulig konsekvens kan være at man kommer for sent i gang med rett behandling.

Det kan igjen bidra til at mange går til uføretrygd og få tilbake i arbeid. Det er en påstand fra meg basert på tallenes tale, men jeg håper det kan føre til en debatt om hvordan helsevesenet møter, diagnostiserer og behandler disse pasientene, og hvordan NAV bistår i de prosessene.

KONKLUSJON 2:

P80 er en svært krevende sykdom å returnere til arbeid fra

Sannsynligheten for at en person med P80 skal returnere til arbeid etter sykepenge eller AAP, er svært lav. For AAP-mottakere med P80 har vi sett at kun ni prosent kommer tilbake til arbeid etter at de går ut av AAP – et mye lavere tall enn for psykiske lidelser generelt og alle diagnoser totalt sett.

Det samme ser vi med personer som bruker opp sykepenge rettighetene sine på ett år. Både når det gjelder de med psykiske lidelser og personer med andre diagnoser vil drøyt 20 prosent returnere til arbeid. Blant personer med P80 vil kun 12 prosent returnere til arbeid. Tilsvarende vil to av tre med andre diagnoser ende på AAP når de har brukt opp sykepenge rettighetene sine, mens blant pasientgruppen med P80 er tallet hele fire av fem.

Samlet ser vi altså at av de som har P80 mens de er på sykepenge, klarer de færreste å returnere til arbeid, og de fleste ender på AAP. Av de som har P80 mens de er på AAP, så vil et fåtall komme tilbake til arbeid, og de fleste ender på uføretrygd.

Personlighetsforstyrrelser er kjent som «avvik i personligheten». Men disse pasientene har «avvik» på mange andre viktige områder når vi sammenligner dem med andre pasientgrupper, også i forhold til personer med psykiske lidelser generelt: De blir sent diagnostisert, de ender oftere enn andre på AAP og uføretrygd, og svært få av dem klarer å returnere til ordinært arbeid.

Hva alt dette betyr for diagnostiseringen, behandlingen og oppfølgingen av pasienter med personlighetsforstyrrelser, er jeg ikke den rette til å uttale meg om, men jeg håper at dette kan være et utgangspunkt for debatt både i helsevesenet og i NAV for å yte bedre hjelp til denne pasientgruppen. ✘



Et fåtall med PF-diagnosen kommer tilbake til arbeid etter AAP

Datagrunnlag

Dataene som er benyttet i denne artikkelen, er fra NAVs registre over henholdsvis sykefravær i 3. kvartal 2020, AAP-mottakere i 3. kvartal 2020 og uføretrygdede første halvår 2016. I tillegg er dataene på individnivå koblet med Arbeidsgiver-/arbeidstakerregisteret over alle arbeidsforhold i Norge, samt NAVs registre over arbeidssøkere, personer med nedsatt arbeidsevne og tiltaksdeltagere.



RISIKOFAKTOR? Leder depresjon til depresjon? Dette var noe Ida Sund Morken og medforskere forsøkte å finne ut av.
Foto: Anders Andersson / NTB Scanpix

OPPSUMMERT

Depressive arr

Symptomer på depresjon i barne- og ungdomsårene øker sårbarheten for senere utvikling av depresjon.

TEKST Ida Sund Morken, Kristine R. Viddal, Bror Ranum og Lars Wichstrøm, Institutt for Psykologi, Norges Teknisk-Naturvitenskapelige Universitet (NTNU)

KONTAKT ida.sund.morken@gmail.com

DEPRESJON ER EN av de vanligste psykiske lidelsene i ungdomstiden (World Health Organization, 2019), men kan også påvises ned i barnehagealder (Lavigne et al., 2009). Depresjon omtales gjerne som et stabilt fenomen, som en vedvarende eller tilbakevendende tilstand (Kovacs et al., 2016). Men hva menes egentlig med *stabilitet*, og hva er de grunnleggende årsakene til at barn og unge fortsetter å være deprimerte over tid, eller får tilbakefall? Den eksisterende forskningslitteraturen gir få svar på disse

fundamentale spørsmålene. I en nylig publisert studie (Morken et al., 2020) undersøkte vi derfor i hvilken grad pågående depresjon øker risikoen for å utvikle ny depresjon senere, og andre former for stabilitet ved depresjon.

ARR-HYPOTESEN

Depresjon er altså stabil i den forstand at den ikke bare uttrykker lidelse der og da, men gjerne vedvarer eller blir tilbakevendende. Hvorfor skjer dette? En mulig forklaring ligger

i *arr-hypotesen*: Depresjon fører til senere depresjon. Det å være deprimert kan ha konsekvenser som i seg selv bidrar til at depresjonen opprettholdes, eller øker sårbarheten for nye vansker på et senere tidspunkt (Rohde et al., 1994). Slike konsekvenser kan være vedvarende sosial tilbaketrekning (Thompson et al., 2006), eller strukturelle endringer i hjernen (Mikolas et al., 2018). Både behandlings- og forebyggingsoptimisme kan relateres til en arr-logikk. Det å forhindre eller redusere tidlig depresjon vil minske sjansen for at barnet utvikler depresjon i senere barndoms- og ungdomstid. Samtidig vet vi ikke om det er hold i arr-hypotesen. Grunnen er at det ikke har vært mulig å utelukke den andre forklaringen på stabilitet: at gjentatt depresjon kan komme av en vedvarende underliggende sårbarhet. En kunne tenke seg at *konstante bakenforliggende sårbarhetsfaktorer*, som gener eller stabil foreldrepraksis, slår ut flere ganger.

ULIKE FORMER FOR STABILITET

Innen psykologisk forskning er det underkommunisert at stabilitet har ulike betydninger. Forskjellige typer stabilitet, som undersøkes med ulike statistiske analysemetoder, gir oss svar på ulike spørsmål. Det finnes noe kunnskap om *stabilitet i form*, altså om depresjon ser likt ut gjennom livet. Studier har også fokusert på hvor vanlig det er å være deprimert i ulike aldre. Dette dreier seg om *stabilitet på gruppenivå*, det vil si prevalens.

Stort sett er forståelsen av depresjon som en tilbakevendende tilstand basert på studier som finner at depresjon i ungdomstiden øker risiko for depresjon i voksenlivet (se Johnson et al., 2018, for en metaanalyse). Disse studiene undersøker *rangorden-stabilitet*, som viser hvordan det går videre med den enkeltes depresjon sammenlignet med jevnaldrendes grad av depresjon. Altså om ungdommen beholder sin relative «plassering» i depresjonsnivå over tid. Vi argumenterer for at det – klinisk sett – er vel så viktig å vite hvordan det går med det enkelte barns depresjon sammenlignet med *seg selv*, altså *absolutt stabilitet*. Det vil si: «Hvilken risiko har dette barnet for å fortsette å være deprimert?»

Vi mener også at det er uheldig å bruke rangorden-stabilitet som argument for arr-hypotesen, som angir at tidligere depresjon har en kausal rolle i utvikling av senere depresjon. Det er nemlig mulig at rangorden-stabiliteten først og fremst kommer av andre stabile egenskaper ved personene som måles gjentatte ganger. Det å finne stabilitet selv etter å ha tatt høyde for umålte konstante sårbarhetsfaktorer, gir mer robust støtte til arr-hypotesen.

Vi bygger videre på eksisterende forskning om stabilitet i form, stabilitet på gruppenivå (prevalens) og rangorden-stabilitet, men er de første som også undersøker absolutt stabilitet og effekten av depresjon på senere depresjon. Med relevante statistiske analysemetoder undersøkte vi disse formene for stabilitet i aldersspennet 4 til 14 år, og viser hvordan de har ulike forebyggende og kliniske implikasjoner. Datagrunnlaget er hentet fra den populasjonsbaserte studien *Tidlig trygg i Trondheim* (Steinsbekk & Wichstrøm, 2018), der rundt 1000 barn og unge med deres foreldre følges opp annethvert år, blant annet med kliniske intervjuer.

STØTTE TIL ARR-HYPOTHESEN

Vår studie fant at depresjon er vanligst hos ungdom, men at det også forekommer i førskolealder, og i noen grad er et stabilt fenomen gjennom aldersspennet 4 til 14 år. Vi fant beskjeden til moderat *rangorden-stabilitet*; «høy-skårere» fortsetter å ha det verst i senere alder sammen-

Om studiens design

- Populasjonsbasert utvalg fra forskningsprosjektet *Tidlig trygg i Trondheim*
- n = 1042 barn og deres foreldre fulgt hvert andre år fra alder 4 til 14
- Depresjon (alvorlig depressiv lidelse og dystymi) ble målt ved kliniske intervju
- Analysemetoder: frekvens, vekstkurver, bekreftende faktoranalyse, Pearson korrelasjonskoeffisient (r), intraklasskorrelasjon (ICC), *random intercept cross-lagged panel model* (RI-CLPM).

Hovedresultater

- De fleste depresjonssymptomer blir mer typiske med økende alder
- Det som måles i de ulike aldersgruppene, er det samme depresjonskonstruktet
- Beskjeden til moderat rangordenstabilitet, absolutt stabilitet er noe sterkere
- Selv etter å utelukke effekter av stabile bakenforliggende faktorer gir depresjon sårbarhet for senere depresjon. Studien gjør at vi nå har sterkere forskningsmessig støtte for at depresjon spiller en medvirkende rolle i utvikling av senere depresjon.

lignet med sine jevnaldrende. Vi fant også en høyere *absolutt stabilitet*; «høy-skårere» har det like ille senere sammenlignet med sitt tidligere depresjonsnivå. Dette betyr at sannsynligheten for at et barn beholder sitt absolutte depresjonsnivå, og fortsetter å ha det slik det har det nå, er høyere enn tidligere antatt.

Aller viktigst – vi så at endring i depresjon predikerte tilsvarende endring i depresjon to år senere, selv når vi kontrollerte for stabile, umålte og bakenforliggende faktorer. Med andre ord gjør en tidlig forverring i depresjon det mer sannsynlig at vanskene blir tilbakevendende. Dette funnet er i tråd med arr-hypotesen og bekrefter langt på vei det man tidligere har antatt, men faktisk ikke analysert: Depresjonen kan i seg selv føre til vedvarende eller gjentakende depresjon.

Det virker altså som at symptomer på depresjon, også i førskole- og tidlig skolealder, øker sårbarheten for, eller har effekt på, senere depresjon. Dette innebærer at behandling eller forebygging som fører til bedring, selv uten endring i bakenforliggende sårbarhetsfaktorer som genetikkk eller stabile personlighetstrekk, kan bidra til å motvirke vedvarende symptomer eller tilbakefall. Dette er godt nytt, og et sterkt argument for å bruke ressurser på tidlig forebygging og behandling, ikke bare i den sårbare ungdomsperioden, men også ned i barnehage- og barneskolealder. ✕

REFERANSER

- Johnson, D., Dupuis, G., Piche, J., Clayborne, Z. & Colman, I. (2018). Adult mental health outcomes of adolescent depression: A systematic review. *Depression and anxiety*, 35(8), 700–716.
- Kovacs, M., Obrosky, S. & George, C. (2016). The course of major depressive disorder from childhood to young adulthood: Recovery and recurrence in a longitudinal observational study. *Journal of affective disorders*, 203, 374–381.
- Lavigne, J. V., LeBailly, S. A., Hopkins, J., Gouze, K. R. & Binns, H. J. (2009). The prevalence of ADHD, ODD, depression, and anxiety in a community sample of 4-year-olds. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 38(3), 315–328.
- Mikolas, P., Tozzi, L., Doolin, K., Farrell, C., O'Keane, V. & Frodl, T. (2018). Hippocampal subfields volumes, endocrine stress axis and early life stress in major depressive disorder. *European Neuropsychopharmacology*, 28, S71–S72.
- Morken, I. S., Viddal, K. R., Ranum, B. & Wichstrøm, L. (2020). Depression from preschool to adolescence – five faces of stability. *Journal of child psychology and psychiatry*.
- Rohde, P., Lewinsohn, P. M. & Seeley, J. R. (1994). Are adolescents changed by an episode of major depression? *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 33(9), 1289–1298.
- Steinsbekk, S., & Wichstrøm, L. (2018). Cohort Profile: The Trondheim Early Secure Study (TESS)—a study of mental health, psychosocial development and health behaviour from preschool to adolescence. *International journal of epidemiology*, 47(5), 1401–1401i.
- Thompson, R. A., Flood, M. F. & Goodvin, R. (2006). Social support and developmental psychopathology. *Developmental psychopathology*, 3(2), 1–37.
- World Health Organization. (2019). *Adolescent mental health*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-mental-health>

Lovisenbergmodellen for systematisk tilbakemelding

Lovisenbergmodellen for systematisk innhenting av tilbakemeldinger fra pasientene kan gi bedre behandling, bedre organisering av tjenestene og økt brukermedvirkning.

I mange år har det vært fokusert mye på ulike kvalitetsindikatorer innen psykisk helsevern. Det handler som regel om at frister må holdes, aktivitet må telles, prosedyrer må kodes, dokumenter må være på plass, og forskrifter og lover må følges. Med innføring av pakkeforløpene ønsker også myndighetene å sette en kvalitativ standard for tjenesten, blant annet for å sikre et mest mulig likeverdig behandlingstilbud i hele landet. Felles for flere av disse kvalitetsindikatorerne er imidlertid at de er initiert ovenfra, med begrenset forankring hos de som gir eller mottar behandlingen. De omhandler også som regel administrative og organisatoriske forhold rundt tjenesten, og ikke kvaliteten på behandlingen per se.

Som representanter for tjenesten og behandlere savner vi kvalitetsindikatorer som dreier seg om *kvaliteten på innholdet* i behandlingen: Opplever pasienten tillit til sin behandler? Er pasienten enig i målet med behandlingen og måten å jobbe med problemene på? Er symptomene på psykiske plager og problemer endret? Opplever pasienten bedre relasjoner, meningsfulle aktiviteter og mer mestring?

Vi mener at kvalitet må undersøkes på andre måter enn vi gjør i dag, for å få svar på

om vi gir god behandling til pasientene våre. Det er på tide å spørre pasienten på en systematisk måte hvordan de har det, og hvordan de opplever behandlingen. Det er også på tide å undersøke på gruppenivå om behandlingen faktisk virker. Eller mer presist: Hva virker for hvem? Hvem klarer vi ikke å hjelpe? Hva påvirker våre behandlingsresultater? Har endringer eller mangel på endring sammenheng med hvordan vi tilbyr og organiserer tjenestene?

PASIENTENE KAN LÆRE OSS

På Lovisenberg DPS har vi forsøkt å besvare disse spørsmålene ved å invitere pasientene våre til å rutinemessig ved hjelp av elektroniske spørreskjema fortelle oss hvordan de har det, og hvordan de opplever behandlingen. Pasientenes svar går direkte inn i journal som en rapport, og denne rapporten kan den enkelte behandler bruke til å planlegge og justere behandlingen underveis. Pasientenes svar på gruppenivå legges også inn i et kvalitetsregister som kan gi informasjon til ledelsen om hvordan tjenesten bør organiseres for å nå flere med god behandling.

Tilbakemeldingssystemer har et stort potensial for hvert enkelt pasientforløp. I tillegg er det viktig å se på hvordan tjenesten er

TEKST Even Halland¹, Harald Aasen¹, Mattias Victor¹, Pål Nystuen¹, Per Arne Holman¹ og Ole André Solbakken²

¹ Lovisenberg DPS, Lovisenberg Diakonale Sykehus AS
² Psykologisk institutt, Universitetet i Oslo

KONTAKT

Even.Halland@lds.no

MERKNAD Ingen av forfatterne har oppgitt interessekonflikter.



organisert. Forskning på satsingen Improving Access to Psychological Therapies (IAPT) i Storbritannia viser at 33 prosent av behandlingsutbytte kan tilskrives organiseringen (Clark et al., 2018). Studien løftet frem organisatoriske forhold som er assosiert med positivt behandlingsutbytte:

- antall konsultasjoner
- behandlingsintensitet
- færre ikke-møtt timer
- kort ventetid
- vellykket identifisering av pasientens tilstand

Dersom sentrene forbedret disse faktorene, var det potensial for økt bedring hos pasienten. IAPT-studien viser at ved å spørre pasienter i ordinær behandling om hvordan de har det på flere tidspunkt i løpet av behandlingen, og sammenstille svarene med organisatoriske data, så finner vi ut hva som påvirker behandlingsresultatet på gruppenivå. Noe vet vi allerede fra psykoterapiforskning (Lambert, 2013), men å bygge opp lokal kunnskap om dette vil gjøre det lettere å få gjennomslag for forbedringstiltak og tilpasse behandlingen til egen pasientpopulasjon.

Ved Lovisenberg DPS bruker vi blant annet data fra kvalitetsregisteret til å utforske sammenhengen mellom behandlingsintensitet og behandlingsresultat. Det foreligger forskning som viser et årsaksforhold mellom høyere timehyppighet og bedre utfall i psykoterapi for depresjon (Brujniks et al., 2020). I tråd med denne forskningen og vår kliniske erfaring ser vi i vårt kvalitetsregister at pasienter som møter til 1–2 konsultasjoner per uke, oppnår bedre resultater enn pasienter som kun møter annenhver uke. Det vil alltid være et press på helsetjenesten når det gjelder økonomiske rammer og hvor mye tid og penger vi kan bruke på hver pasient. Derfor er det viktig å utforske hvilke organisatoriske rammer som gir god behandling. Hovedbudskapet vårt er at informasjon fra pasientene opplyser og lærer oss behandlere og ledere mer om det vi gjør, og sørger for at vi aldri slutter å lære. Denne praksisen kan over tid bidra til at flere og flere klinikker blir lærende organisasjoner som stadig utvikler seg ut ifra resultatene som oppnås og de tilbakemeldingene pasientene gir.

FEM PRINSIPPER FOR Å LYKKES MED INNSAMLING AV TILBAKEMELDINGER

Det er gjort mange forsøk på å implementere systemer for rutinemessig innsamling av pasientrapporterte data (PROM), men mange av forsøkene feiler (Mellor-Clark et al., 2016). Det har både tekniske og økonomiske grunner. Vi tror imidlertid hovedgrunnen er at hverken kliniker eller pasient ser noen umiddelbar klinisk nytteverdi av innsamlingen, og at innsamlingen ofte må administreres av klinikeren manuelt, uten noen form for integrasjon i journal eller behandlingsforløpet for øvrig. Innsamlingen blir dermed opplevd som nok en administrativ plikt som stjeler tid fra behandlingen.

Lovisenberg DPS tilbyr nå alle pasienter som starter sin behandling i vår ruspoliklinikk, i tre allmennpsykiatriske poliklinikker og ved Seksjon for Helse og arbeid, til sammen 3658 pasienter i 2020, å svare på våre spørreskjema. Ingen behandlere har ansvar for at skjema blir sendt ut eller må passe på at pasienten svarer. Alt dette er automatisert. Pasientenes svar kommer direkte inn i journal, og behandler blir varslet om at en av pasientene har besvart spørreskjema. Pasientenes svar blir også lagt inn i et lokalt kvalitetsregister. I Seksjon Helse og arbeid hvor Lovisenbergmodellen har vært lengst i bruk, har vi nå oppnådd en svarprosent på 80–90 % ved oppstart, og opptil 70 % av pasientene besvarer oppfølgingsskjema i løpet av behandlingen. De andre poliklinikkene har en svarprosent på 64 % ved oppstart og 45 % ved oppfølging. Vi jobber kontinuerlig for å øke svarprosenten, blant annet ved å tilrettelegge for svar på



Som representanter for tjenesten og behandlere savner vi kvalitetsindikatorer som dreier seg om kvaliteten på innholdet i behandlingen

nettbrett eller venterom-PC, og vi tilbyr kjerne-skjema på flere språk.

Samlet sett mener vi at vi er på god vei til å etablere et elektronisk, automatisert og klinisk nyttig system som genererer rapporter til den enkelte pasientjournal, og som utgjør et feedback- og kvalitetsregister i psykisk helsevern. Vi har kalt systemet for LOVePROM (LOVisenberg electronic Patient Reported Outcome Measures). Vår erfaring er at vi har lyktes med etableringen ved å følge fem prinsipper:

1. IKKE BRUK KLINIKERES TID PÅ DATAINNSAMLING

Det har vært fokusert mye på hvordan administrative oppgaver og krav til dokumentasjon stjeler tid fra pasientarbeid. Innhenting av tilbakemeldinger fra pasienten bør ikke komme som enda et pålegg i en allerede travel hverdag. Derfor er systemet vårt elektronisk og helautomatisert. Hverken behandlere eller merkantilt ansatte trenger å bruke tid på å registrere pasienter eller sende ut spørreskjema. Nødvendig informasjon overføres direkte fra journalsystemet til vår leverandør av elektroniske spørreskjema (CheckWare). Pasienten får spørreskjema tildelt i tråd med evalueringspunktene i pakkeforløpet:

- Hele kartleggingspakken tre dager før første oppmøte
- Hele kartleggingspakken ved milepæler for evaluering i pakkeforløpet
- Feedback-skjema i forkant av hvert oppmøte

Pasienten inviteres til å svare via SMS, og det blir purret automatisk hvis de ikke svarer. Pasienten kan besvare spørreskjema hjemmefra på sin mobil, nettbrett eller PC/Mac, alternativt på en PC i venterommet. En oppsummering av pasientens svar legges i journal etter få minutter.

I tillegg til å innhente pasientrapporter gjennom kjernebatteriet og feedback kan Lovisenberg-modellen utvides til å omfatte utsending av skreddersydde utredningspakker, eller enkelte kartleggingsskjema for undergrupper av pasientpopulasjoner, som traumepasienter eller pasienter med personlighetsforstyrrelser. For eksempel er vår gruppebehandlingsseksjon i gang med å etablere elektronisk innsamling

av data som tidligere ble samlet inn manuelt. Tabell 1 gir en oppsummering av spørsmålene i kjernebatteriet.

2. GJØR TILBAKEMELDINGENE KLINISK RELEVANTE

Flere kan ha interesse av å se på pasientenes tilbakemeldinger. De kan være interessante på et politisk nivå: Hvordan går det med pasienter som mottar behandling i psykisk helsevern i Norge? De kan være interessante for helseforetaket og for regionen: Hvor mye koster behandlingen? Hvordan står behandlingsutbytte i forhold til kostnadene?

Det er legitime spørsmål som en kan utforske ut ifra det kvalitetsregisteret dataene utgjør på gruppenivå, men det er ikke relevant for behandlingen av den enkelte pasient. Spørreskjema bør utformes slik at det

- hjelper pasienten å reflektere over sine helseutfordringer, og forplikter pasienten til sin egen behandling. Ideelt sett blir det klare for pasienten hva han eller hun ønsker å fokusere på i behandlingen, og pasienten opplever seg mer involvert
- styrker samarbeidet mellom behandler og pasient
- gjør det lettere for behandlere å utrede pasienten og planlegge behandlingen
- hjelper behandler å oppdage pasienter som ikke responderer på behandling, og justere kursen

Vi har brukt mye tid på å finne frem til spørsmål som er klinisk relevante. Vi har benyttet oss av behandlingsforskning, spurt våre klinikere hva de bruker i dag, og hva de ønsker seg, og vi har involvert brukerutvalget.

Tidlig i prosessen ble det klart at det er viktig for oss at vi både samler inn informasjon om psykiske plager og problemer, og følger med på indikatorer på helse og fungering: relasjoner, arbeidsdeltagelse, opplevelse av mening og mestring. Samtidig er det også vesentlig å unngå at spørreskjema blir for langt, da det kan føre til at mange ikke svarer. Etter hvert som vi får erfaringer med disse spørsmålene, ønsker vi å revidere spørsmålene i samarbeid med flere fagmiljø, klinikere og pasienter.

En annen måte å gjøre tilbakemeldingene klinisk relevante på er å fremstille pasientens



TABELL 1 Kjernebatteri LOVEPROM psykisk helsevern voksne poliklinikk

Navn	Antall spørsmål	Tidspunkt
Kartlegging av helse og livssituasjon	14	Kun før oppstart av behandling
Spørreskjema psykisk helse og rusmiddelbruk	15	Før oppstart av behandling + underveis i behandling
Psykiske plager og problemer (CORE-OM)	34	Før oppstart av behandling + underveis i behandling
Livskvalitet (EQ5D + VAS)	6	Før oppstart av behandling + underveis i behandling
Funksjon i arbeid og sosialt (WSAS)	5	Før oppstart av behandling + underveis i behandling
Identifisering av problemfylt bruk av alkohol (AUDIT)	10	Hvis spørreskjema trigges av screeningsspørsmål i «Spørreskjema psykisk helse og rusmiddelbruk»
Identifisering av problemer med illegale rusmidler og/eller legemidler (DUDIT)	11	Hvis spørreskjema trigges av screeningsspørsmål i «Spørreskjema psykisk helse og rusmiddelbruk»
Kartlegging av brukererfaringer (PasOpp)	11	Etter avsluttet behandling

Merknad. Kjernebatteriet består av 76 spørsmål og tar omtrent 15–20 minutter å fylle ut. CORE-OM: Clinical Outcomes in Routine Evaluation Outcome Measure; EQ5D: EuroQol-5D; VAS: Visuell analog skala; WSAS: Work and Social Adjustment Scale; AUDIT: Alcohol Use Disorder Identification Test; Drug Use Disorder Identification Test; PasOpp: PasientOpplevelser.

svar på en logisk og anvendbar måte i journal, se figur 1.

3. BRUK PASIENTRAPPORTERTE DATA

En tilnærming til å besvare spørsmålet om hvordan det går med pasientene, vil være å spørre behandlerne. Vi snakker med pasientene, og vi er opptatt av at pasienten har utbytte av behandlingen. Det er imidlertid flere utfordringer med å kun vektlegge denne tilnærmingen. For det første vil det lett medføre enda mer registreringsansvar enn hva behandlerne allerede er forpliktet til. For det andre stemmer ikke alltid vår kliniske vurdering overens med hva pasienten selv opplever, eller hva en kollega ville mene om den samme utviklingen. Pasientenes vurdering av egen utvikling og relasjonen til terapeuten henger langt sterkere sammen med positivt utfall i terapi enn terapeutens vurderinger av det samme (Lambert, 2013). Vi mener derfor at feedback og kvalitetsregister bør basere seg mer direkte på pasientens vurdering av egen helse og utvikling over tid. Dette betyr ikke at vi skal forkaste vårt kliniske skjønn, men at vi får enda en informasjonskilde når vi skal følge med på pasientens tilstand.

Pasienten fyller ut spørreskjemaet og får også mulighet til å beskrive med egne ord i et åpent felt hva de selv ønsker at behandlingen skal føre til. Dette setter brukermedvirkning i sentrum og utfordrer pasienten helt fra begyn-

nelsen til å etablere et eierskap til behandlingen og bedringsprosjektet.

Våre klinikere har delt følgende fra sine erfaringer med pasientrapporterte data:

Jeg synes det er ganske stor forskjell på det å ha et sånt grunnlag som vi får gjennom bruk av spørreskjemaene, i forhold til det å ikke ha det. Når jeg møter en pasient første gang, har jeg allerede en del informasjon om pasienten. Jeg vet hvordan pasientens hverdag ser ut, slik den er beskrevet via svarene på spørsmålene. Jeg starter dermed behandlingen med en informasjonsbase jeg ellers ikke ville hatt.

Hvis det er noe pasienten har svart som jeg ønsker å finne litt mer ut av, legger jeg litt ekstra fokus på det i samtalene. Jeg viser til at jeg så det personen svarte, og setter søkelys på at det med nedstemthet og depresjon virker mest aktuelt nå.

4. MÅLING UNDERVEIS I BEHANDLINGEN

Lovisenberg DPS har besluttet at systematisk tilbakemelding fra pasientene skal brukes etter hver time i alle polikliniske behandlingsløp. Dette kommer i tillegg til innhenting av pasientrapportert informasjon før oppstart og ved faste målepunkter i tråd med pakkeforløpene. Feedback-informert terapi (FIT) anses som det kanskje mest lovende tiltaket man kan innføre for å heve kvaliteten i psykologisk behandling (Lambert, 2013). Hovedpoenget er å fange opp pasi-

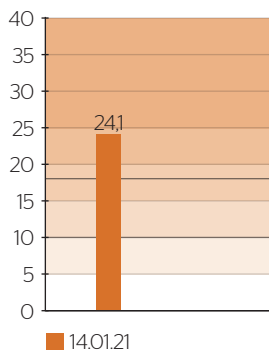
FIGUR 1 Svarrapport i DIPS

Oppstartsrapport

Pasient: kari.nordmann

Rapport generert 14.01.21 14:32

CORE-OM totalskåre



Alvorlighetsgrad (1-6):
5. Moderat alvorlig

Økonomi og bolig:

Økonomi

Bekymret for bolig?

Vanligste bosituasjon siste 6 mnd.

Risiko:

Har jeg lagt planer om å gjøre slutt på livet mitt?

Har du en mestringsplan/kriseplan?

Har du vært fysisk voldelig eller truet et annet menneske?

Bruk av alkohol og andre rusmidler:

Hvor ofte drikker du seks alkoholenheter eller mer?

Sjelden

Hvor ofte bruker du andre rusmidler enn alkohol?

1 gang i måneden eller sjeldnere

Merknad. Rød linje representerer klinisk cut-off. Blå linje representerer gjennomsnitt ved oppstart av behandling ved voksenpsykiatrisk poliklinikk på Lovisenberg Diakonale Sykehus.

enter som ikke har nytte av behandlingen, tidlig i behandlingsforløpet, slik at behandler og pasient kan bli enige om eventuelle justeringer. Tilbakemeldingssystemer øker nytten av behandling vesentlig (Amble et al., 2014). Ved bruk av denne typen systemer ligger det dessuten en tillit til oss som behandlere. I stedet for å standardisere behandlingen åpner systemet for faglig autonomi, der den enkelte behandler bruker sin ekspertise til å tilpasse behandlingen til hver enkelt pasient.

Ved å måle endringer underveis i behandlingen kan vi identifisere og forsterke tiltak som hjelper, og vi får mulighet til å justere og endre behandlingsopplegget hvis vi oppdager at pasienten

enten ikke blir bedre. Å begynne med feedback er uvant for mange, og det krever at behandlere fokuserer på å få det integrert i sin terapeutiske praksis. En slik omstilling kan være krevende og inspirerende. Det er spennende når behandlere begynner å se endringer i symptom bildet, og kan drøfte endringene sammen med pasienten som et utgangspunkt for et bedre og utvidet samarbeid.

Våre klinikere har delt sine erfaringer med feedback:

Det er veldig viktig å fange opp når det står stille. Kanskje jeg overdriver bedringen pasienten har? Når det ikke er noen endring, så kan jeg stoppe opp, reflektere sammen med pasienten og endre kurs.

Det er viktig at det finnes arenaer for å dele erfaringer og ta opp spørsmål rundt bruken av feedback. Sett av tid i klinikkene til at behandlere kan drøfte enkelt-saker der behandlingen ikke gir forventet effekt.

”

Pasientenes vurdering av egen utvikling og relasjonen til terapeuten henger langt sterkere sammen med positivt utfall i terapi enn terapeutens vurderinger av det samme

5. LÆRING, UTVIKLING OG TILLIT I IMPLEMENTERINGEN

Sitatet over illustrerer hvor sentralt det er å etablere en læringskultur for bruk av pasientrapporterte data i klinikken. For å bygge en slik kultur må læring og utvikling komme langt

»

frem i fagmiljøet og være godt forankret i ledelsen. I dette ligger det også en forpliktelse fra ledelsen til å satse på kompetanseutvikling, fagutviklingsprosjekter, ferdighetstrening og veiledning knyttet til implementeringen.

Erfaringer fra over 600 klinikker i England som har innført feedback-systemer, tyder på at behandlere er bekymret for hvordan informasjonen vil bli brukt (Mellor-Clark et al., 2016). Typiske spørsmål som behandlere stiller i forbindelse med implementering av feedback, er: Hva vil skje med data? Hvordan vil data bli brukt og lagret? Vil mine resultater bli sammenlignet med andre behandlere? Vil jeg bli «tatt» om jeg ikke følger opp skårer på riktig måte?

Ledelsen på steder som skal i gang med PROM og feedback, bør tenke gjennom disse spørsmålene og være åpne og tydelige på hvordan dataene skal brukes. Det er avgjørende for at behandlere skal ha tillit til at resultatene ikke misbrukes. I vår implementering av Lovisenberg-modellen har vi vært tydelige på at vi ikke ønsker at data skal samles inn med mål om å kontrollere og overvåke behandling. Vekten skal være på læring og utvikling.

Vi erfarte også tidlig i implementeringsprosessen at behandlerne fryktet at de kunne bli ansvarliggjort for ikke å ha fulgt opp viktig informasjon om sine pasienter. For å imøtekomme bekymringen ble det gjennomført en forsvarlighetsvurdering med tanke på varsling av leder og behandler. Denne inkluderte tilhørende vurdering av responstid for vurdering og dokumentasjonsplikt når pasienten svarer over en forhåndsdefinert terskel på risikospørsmålene om selvmord. Alminnelige forsvarlighetsprinsipper for behandling i psykisk helsevern og nasjonale retningslinjer er lagt til grunn for prosedyren. Foreløpige tilbakemeldinger fra våre klinikere tyder på at en god ledelsesforankring av slike prosedyrer er viktig for å unngå at behandlere opplever det som en merbelastning at man får automatisert og økt tilgang til risikoinformasjon om pasientene.

Sikker datahåndtering og åpenhet om hvordan en lagrer og bruker dataene, er svært viktig for at både pasienter og behandlere skal ha tillit til elektronisk innsamling av pasientdata. Vi har hatt god erfaring med å følge Normen for informasjonssikkerhet og personvern i helse- og omsorgssektoren utarbeidet av Direktoratet for e-helse (Normen, 2020). For å møte kravene i normen er det etablert en sikker pålogging på



Ved å måle endringer underveis i behandlingen kan vi identifisere og forsterke tiltak som hjelper

sikkerhetsnivå 4 for LOVePROM. Det er også gjort en ROS-analyse av løsningen i tett samarbeid med IKT-kompetanse, og sentrale personvernforhold er vurdert i en personvernkonsekvensutredning.

REGIONALT SAMARBEID OG KLINIKKNÆR FORSKNING

Vi ønsker å dele og videreutvikle den tekniske løsningen, våre erfaringer, analyser og prosedyrer i Lovisenberg-modellen med andre sykehus og institusjoner. Vi har allerede etablert et samarbeid om klinisk anvendelse, analyser og kvalitetsutvikling med de fleste helseforetak i Helse Sør-Øst RHF og med Psykologisk institutt på Universitetet i Oslo. Det er etablert en styringsgruppe for samarbeidet, og det er nedsatt arbeidsgrupper på tvers av institusjonene som jobber med ulike fokusområder. En arbeidsgruppe skal revidere innholdet i kjernebatteriet, og vi har også arbeidsgrupper som jobber med forskning, kvalitetsregister, tilbakemeldings-systemer og teknisk infrastruktur.

ITillegg til samarbeid om utsending av skjema, kvalitetsanalyser og implementering kan det regionale samarbeidet om innsamling av pasientdata gi en god mulighet for klinikk-nær forskning på tvers av sykehusområdene. Vi planlegger en mest mulig forskningsvennlig organisering av Lovisenberg-modellen, blant annet med digital innhenting av bredt samtykke. Det er også etablert et eget forskningsutvalg med deltakere fra institusjonene som har inngått avtale om å implementere modellen. Utvalget ledes av Psykologisk institutt, Universitetet i Oslo. Det primære målet til utvalget er å legge til rette for og bidra til forskning på tvers av de deltakende institusjonene. Forskningen skal være i kunnskapsfronten på behandling og forståelse av psykiske plager og samtidig mest mulig relevant for å heve kvaliteten av tjenestene i de deltakende institusjonene.

AVSLUTNING

Det er på høy tid å tenke nytt om kvalitet i psykisk helsevern og å etablere en bedre måte å følge opp kvalitet på enn det som har vært begrenset til dagens kvalitetsindikatorer, prosedyrer og retningslinjer. Lovisenberg-modellen (LOVePROM) er et elektronisk, automatisert system for innhenting av pasientrapportering som kan brukes til utredning, planlegging av behandling, evalu-

ering og feedback, og kvalitetsregister og forskning. Vi har erfart at det er mulig å lykkes med innføring av systemet, fordi implementeringen er basert på fem prinsipper som har klinisk nytteverdi som utgangspunkt, og hvor man ikke bruker av klinikernes tid til innsamling. Vi ønsker å dele og videreutvikle modellen og det faglige innholdet i samspill med andre sykehus og institusjoner, og ser frem til videre samarbeid. ✕

REFERANSER

- Amble, I. Gude, T., Stubdal, S., Just Andersen, B. & Wampold, B. E. (2014). The effect of implementing the Outcome Questionnaire-45.2 feedback system in Norway: A multisite randomized clinical trial in a naturalistic setting. *Psychotherapy Research*, 25(6), 669–677, <https://doi.org/10.1080/10503307.2014.928756>
- Brujniks, S., Lemmens, L., Hollon, S., Peeters, F., Cuijpers, P., Arntz, A. & Huibers, M. (2020). The effects of once- versus twice-weekly sessions on psychotherapy outcomes in depressed patients. *The British Journal of Psychiatry*, 216(4), 222–230. <https://doi.org/10.1192/bjp.2019.265>
- Clark, D. M., Canvin, L., Green, J., Layard, R., Piling, S. & Janecka, M. (2018). Transparency about the outcomes of mental health services (IAPT approach): an analysis of public data. *Lancet*, 391, 679–686.
- Lambert, M. J. (2013). The efficacy and effectiveness of psychotherapy. I *Bergin and Garfields Handbook of psychotherapy and behavior change* (6. utg., s. 169–219). Wiley.
- Mellor-Clark, J., Cross, S., Macdonald, J. & Skjulsvik, T. (2016). Leading horses to water: Lessons from a decade of helping psychological therapy services use routine outcome measurement to improve practice. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 43(3), 279–285.
- Normen. (2020). *Norm for informasjonssikkerhet og personvern i helse- og omsorgssektoren*. Direktoratet for e-helse.

Den underliggende strukturen til fellesfaktorer i psykoterapi

Psykoterapeutisk forskning trenger et felles rammeverk for hvordan man skal studere og klassifisere fellesfaktorer, påpeker forskerne av en nylig publisert studie i tidsskriftet *Psychotherapy Research*. Ingvild Finsrud har sammen med forskere ved Universitetet i Oslo, Modum bad og Universitetet i Wisconsin-Madison sett på den underliggende strukturen til fellesfaktorer. Fellesfaktorer i psykoterapi refererer til generelle terapeutisk komponenter som eksisterer uavhengig av terapeutisk modell og intervensjoner, slik som empati, forventninger, eller enighet om målsetting for terapien. De siste tiårene har det vært en oppblomstring i forskning som har sett på slike faktorer og hvordan de predikerer utfall og bedring i terapi. Problemet med mye av denne forskningen er imidlertid at disse faktorene gjerne studeres isolert, og at mange av begrepene og faktorene overlapper betydelig. Det blir derfor vanskelig å skille effektene av det ene eller det andre på det terapeutiske utfallet, samt hvordan de interagerer over tid. Basert på responser fra 332 pasienter, undersøkte de den latente strukturen til ulike fellesfak-

torer ved bruk av faktoranalyse. Resultatene avdekket en to-faktor-struktur, som ble navngitt som henholdsvis «Confidence in the therapist» og «Confidence in the treatment». Resultatene viser at et betydelig overlapp mellom tidligere etablerte relasjonsfaktorer som blir benyttet i terapiforskning.

REFERANSE

- Finsrud, I., Nissen-Lie, H. A., Vrabell, K., Høstmælingen, A., Wampold, B. E., & Ulvenes, P. G. (2021). It's the therapist and the treatment: The structure of common therapeutic relationship factors. *Psychotherapy Research*, 1-12.

Målbevisst ferdighetstrening for psykoterapeuter

Vi må tenke nytt om hvordan vi lærer.

TEKST Vidar M. Husby¹ og Alexandre Magalhães Vaz²

¹ Favne, ² Deliberate Practice Institute

KONTAKT
vidar@favne.no

MERKNAD
Forfatterne tilbyr veiledning og utdanning i målbevisst ferdighetstrening for terapeuter og veiledere. Forfatterne legger også til rette for bruk av metoden gjennom tilgjengeliggjøring av gratis ressurser for klinikere, etablering av et fakultet, utgivelse av en bokserie (APA i 2021) og via utvikling av en sertifiseringsordning som kvalitetssikrer målbevisst ferdighetstrening.

PSYKOLOGER HAR UTVIKLET sterk kultur for læring. Men får vi bedre terapieresultater? Forskningen viser svak, inkonsistent eller ingen sammenheng mellom tradisjonelle metoder for læring, ferdigheter i psykoterapi og terapieresultater. Det finnes imidlertid kunnskap om virksom ferdighetsbygging vi kan se til. Denne kunnskapen løfter fram «deliberate practice», eller målbevisst ferdighetstrening, som en lovende metode. La oss ta den i bruk og se hva vi kan hente.

HVORDAN LÆRER PSYKOLOGER?

I psykoterapifeltet er veiledning, kurs, workshops, lesning av faglitteratur og trening i terapimodeller utbredte måter å bygge kompetanse på. I tillegg er lang arbeidserfaring generelt antatt å øke kliniske ferdigheter og dermed terapiutfall. Imidlertid trekker tiår med forskning disse antakelsene i tvil (Castonguay & Hill, 2017; Rousmaniere, 2016).

Psykologer og arbeidsgivere setter av store ressurser til disse anerkjente læringsaktivitetene. Det er ikke uvanlig at en psykolog tar spesialistutdanning samtidig med utdanning i en terapimodell. I sum blir dette 24 dager med fravær fra jobb og 50 000–70 000 kroner i kursavgifter i året per psykolog. Læring har eksepsjonell anseelse og prioritet i faget vårt. Da er det viktig at vi bruker ressursene på en måte som gir terapeutene best mulig læring, pasientene størst mulig utbytte, og klinikkene mest mulig hjelp med sine ventelister og re-henvisninger.

Når det gjelder læring og klinisk ekspertise, er psykologer mer enige med hverandre enn ellers om to antakelser:

- 1) Man blir en mer hjelpsom kliniker med erfaring.
- 2) Veiledning er en avgjørende del av psykoterapeutisk praksis.

Er dette myter eller sannheter?

TRADISJONELLE METODER FOR LÆRING

Finnes det noen som tviler på disse oppfatningene? Faktisk gjør psykoterapi- og veiledningsforskerne det. De er ikke like sterke i troen som resten av oss, men de er sterkere i empirien, den skal de ha. La oss se på tre eksempler:

Blir vi bedre med erfaring? En utpreget grundig studie som tok for seg terapieresultater hos klienter av 170 klinikere over en periode på opptil 18 år, gjorde et uventet funn. Noen terapeuter blir bedre med tiden, mange blir det ikke, og gjennomsnittsterapeuten har en liten, men signifikant *forverring* i effektivitet over tid (Goldberg et al., 2016). Andre studier har kommet til samme konklusjon: at mange års erfaring ikke nødvendigvis korrelerer med terapieresultat (Atkins & Christensen, 2001; Rønnestad & Ladany, 2006). Dette er overraskende funn for oss klinikere, men de samme funnene er demonstrert gjentatte ganger av ekspertiseforskere på tvers av et bredt spekter av ferdighetsområder (Ericsson, 2006).

Det andre eksemplet handler om veiledning. Veiledning har en rekke formål, men det som har vært beskrevet som «syretesten», er hvorvidt det til syvende og sist bidrar til bedre terapieresultat (Ellis & Ladany, 1997; Lambert & Arnold, 1987). En omfattende oversiktsartikkel (Watkins, 2011) konkluderer slik etter en gjennomgang av veiledningslitteraturen:



ØVINGSKUNST Psykologer kan lære av tiår med forskning på ferdighetstrening for å øke ekspertisen, argumenter Vidar Huseby. Her fra en danseøving i New York i 1947. Foto: William P. Gottlieb/Ira and Leonore S. Gershwin Fund Collection, Music Division, Library of Congress.

We do not seem any more able to say now (as opposed to 30-years ago) that psychotherapy supervision contributes to patient outcome. (s. 235)

Terapeuter som ikke får veiledning, tenderer til å ha like gode allianser og terapieresultater som terapeuter som får veiledning (Hill & Knox, 2013). Sammenhengen mellom veiledning og terapieresultat viser seg rett og slett ikke konsistent i forskningen.

Dette er provoserende funn om metoder vi fester lit til. Men de betyr ikke at tradisjonelle læringsmetoder i psykoterapi er unyttige og må erstattes. *Funnene peker i stedet på at en kritisk komponent mangler i pedagogikken.* Vi må se på hvordan terapilæring kan forbedres og suppleres for å oppnå bedre læring av terapiferdigheter og terapiutfall.

Denne teksten står ikke for devaluering av tradisjonelle læringsaktiviteter i psyko-terapifeltet. Vi ønsker, sannsynligvis i likhet med leseren, å bidra til å forbedre dem, og å begrunne hvorfor dette er viktig for fagets videre utvikling.

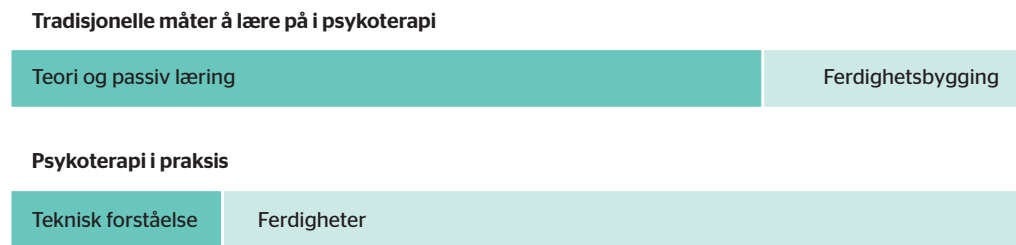
FORSTÅELSE ER IKKE FERDIGHETER

Så hvorfor er tradisjonelle læringsmetoder så begrensede når det gjelder å forbedre det kliniske utfallet? Et sannsynlig svar er at *hvordan* vi lærer, ikke passer til *hva* vi trenger å lære.

Tradisjonelle læringsformer fokuserer ofte på forståelse av pasienter, kliniske fenomener og teoretiske begreper, eller instruktiv gjennomgang av terapeutiske grep og prinsipper. Det er ofte mulig å delta på veiledning, workshops og psykoterapitrening innenfor terapimodeller uten å måtte øve på ferdighe-



FIGUR 1 Uoverensstemmelsen mellom hva vi lærer og hvordan vi lærer



Tradisjonelle måter å lære psykoterapi på er hovedsakelig teoretiske og passive læringsformater, med bare en liten andel ferdighetstrening, hvis noen. På den annen side er faktisk psykoterapi et håndverk med høy bruk av praktisk kompetanse. Vi antar at denne uoverensstemmelsen bidrar til redusert effektivitet i psykoterapiopplæring, og redusert anvendelighet av det som blir lært.

ter aktivt. Det finnes hederlige unntak til denne tendensen, men det store bildet er preget av passiv konseptuell teoretisk læring.

Teoretisk og passiv læring kan være egnet til å utvikle *teoretisk forståelse*, men ikke til å forbedre *ferdigheter* – altså hvordan klinikerne faktisk ter seg i terapirommet. Jeg kan for eksempel *forstå* hva distansering er hos en pasient som i utviklingstraumer har lært at kontakt er truende, og at han er tryggest når han er distansert. Jeg kan snakke, skrive, gi og få veiledning om det. Men dette konverterer ikke automatisk til at jeg i terapirommet har en tilgjengelig, anvendelig, godt innlært *ferdighet* i å arbeide med dette. Passiv og konseptuell læring kan være bra for å forbedre *forståelsen*, men ikke for å forbedre hva vi faktisk *gjør* i terapi.

VI ER AVANSERTE HÅNDVERKERE

Psykoterapi krever mer enn teoretisk forståelse. Alle modeller har sine ferdighetssett.

Uavhengig av teoretisk ståsted må terapeuter trygt og fleksibelt anvende ferdigheter som bidrar til ønskelige kliniske resultater. Psykoterapi krever spesifikke mellommenneskelige ferdigheter som er så automatiserte at de uten problemer kan hentes fra langtidsminnet, tilpasses dialogen og brukes når det er nødvendig under terapi.

Vi er veldig avanserte håndverkere. Lorna Smith Benjamin (2015) skriver dette mange tiår ut i karrieren:

If psychotherapy is a craft, then we should train therapists as craftspeople. It is not the case that if trainees learn the science, such as it may be, then they will know how to deliver the treatment effectively. (s. 1074)

Teoretiske læringsformater viser begrenset effekt på tilegnelse av ferdigheter, spesielt sammenlignet med praktisk ferdighetstrening. Studier av «helping skills training» er et eksempel. I slik trening får man opplæring i spesifikke og konkretiserte nøkkelferdigheter, for eksempel empatiske intervensjoner. Hovedfunnet er svært illustrerende. Når treningen innebærer modellering av en målferdighet, etterfulgt av gjentatt øving, er den mer effektiv for ferdighetsbygging enn instruksjonslæring (Hill & Lent, 2006). Når det gjelder instruksjonslæring, fant man ved en gjennomgang av 55 studier om effekter av klinisk trening at lesing og å delta på workshops ikke med sikkerhet førte til positive treningsresultater (Herschell et al., 2010). Tradisjonelle passive læringsaktiviteter er ineffektive for å endre atferd (Beidas & Kendall, 2010; Farmer et al., 2008), mens aktive og praktiske læringsprosedyrer er gjennomgående mer effektive i ferdighetsbygging (Cook et al., 2013; Cross et al., 2011; McGaghie et al., 2011; Milne et al., 2008). Kort sagt: Hvis vi forsøker å lære oss et *håndverk*, altså prosedurale ferdigheter og teoretisk kompetanse integrert i mentale representasjoner, hovedsakelig med *forståelse*, altså teoretisk kunnskap, så er dette sannsynligvis ikke effektivt. Metodene man bruker i læring, må passe til den spesifikke kunnskapen og de ferdighetene som skal formidles (Shulman, 1987).

HVA ER IMPLIKASJONEN?

Vi bør tenke nytt om hvordan en psykoterapeut skal utvikle seg for å bli mer virksom. Vi kan ta inn over oss at konseptuell læring trenger et praktisk tillegg for å kunne bli til økte kliniske

ferdigheter. Implikasjonen er at vi må ha et større innslag av aktiv ferdighetstrening i læringsmetodene våre.

BEDRE HJELP

Ekspertiseforskningen har studert hvordan sjakkspillere, matematikere, piloter, kirurger, idrettsutøvere og musikere greier å flytte grensen for egne ferdigheter, og fortsette å utvikle seg forbi gjennomsnittlig prestasjon, tidligere personlige rekorder og det man trodde var fysisk mulig. Den svenske psykologen K. Anders Ericsson har forsket på dette siden slutten av 80-tallet (for samlet fremstilling, se Ericsson et al., 2018). Han har forsøkt å forstå hvordan dette går an. Er det talent? Er det treningen? Hva kan vi lære om hvordan utøvere går fram for å bedre sine ferdigheter?

Dette feltet har utviklet en kunnskap om ferdighetsutvikling som kan være en gavepakke til oss psykoterapeuter. «Kan man generalisere fra sjakk til terapi?» hører vi noen spørre. Det er et rimelig, godt og viktig spørsmål – ferdighetsområdene ekspertiseforskningen har tatt for seg, skiller seg på mange måter fra psykoterapi (Clements-Hickman & Reese, 2020). Det er likevel interessant at til tross for at feltene som er studert i ekspertiseforskningen er svært ulike, så har de dette til felles: En utøver skal oppøve ferdigheter. Og siden virksom metode for ferdighetsutvikling følger et konsistent mønster på tvers av disse feltene, peker dette i retning av mulig generaliserbarhet. Det er derfor interessant å undersøke om metodene lar seg anvende også på psykoterapifeltet. Det kommer vi straks tilbake til.

Men før vi går videre inn i ekspertiseforskningen, må vi presisere: Uttrykket «høyere prestasjon» kan gi negative assosiasjoner. I klinikken er det ofte forbundet med selvkritikk, selvsabotasje og selvstraffende atferd og tenkning, både hos pasient og terapeut. Eller det kan være forbundet med konkurranse, der målet er å kåre en individuell vinner. I vår sammenheng betyr «høyere prestasjon» noe helt annet. Vi ser ikke «høyere prestasjon» fra utøverens perspektiv, som i idrett. Vi ser det fra pasientens: Det betyr «Jeg får bedre hjelp». «Jeg trenger færre timer». Eller klinikkens perspektiv: «Vi kan hjelpe flere». «Vi får færre re-henvisninger». Det er et sterkt og lite kontroversielt funn i psykoterapiforskningen at til tross for at psykoterapi er en virksom behandling, så er det omtrent halvparten av pasientene som profitterer lite på terapi (Swift & Greenberg, 2015). Noen stagnerer, noen dropper ut, noen blir dårligere enn de var. Denne statistikken vil vi forbedre. Det er bedre terapiutfall som er hovedmålet. Som Goodyear og kollegaer (2017) sier:

Psychotherapy expertise should mean superior outcomes and demonstrable improvement over time. (s. 54)

FERDIGHETSBYGGING I ANDRE FELT

Flere tiårs forskning på ekspertise (Ericsson & Pool, 2016; Ericsson et al., 2018) løfter fram følgende kjerneprinsipper. Effektiv ferdighetsbygging

- opprettholder konsistent prosedural trening, til forskjell fra i vårt felt hvor læringsaktivitetene ofte er passive og teoretiske
- innebærer en høy grad av egeninnsats, det vil si øving på egen hånd, til forskjell fra i vårt felt hvor vi ikke har kultur for å trene og terpe på intervensjoner alene – treningen vi får, kommer gjennom erfaring på jobb, som en fiolinist som kun tar i fiolinen når hun skal framføre noe foran et publikum



Implikasjonen er at vi må ha et større innslag av aktiv ferdighetstrening i læringsmetodene våre





Et sannsynlig svar er at *hvordan* vi lærer, ikke passer til *hva* vi trenger å lære

- er informert av en veileder eller trener med spesiell kompetanse til å lære bort ferdigheter på feltet, til forskjell fra psykoterapifeltet hvor vi har kultur for å anta at det å være erfaren kliniker kvalifiserer til å virke som veileder
- innebærer en meget nøyaktig skreddersøm av intensitet i treningsbelastning, til forskjell fra vårt felt hvor vi inkonsistent eller ikke i det hele tatt monitorerer vanskelighet i veiledning og trening, og risikerer at veilanden er for lite eller for mye utfordret og dermed får redusert læringsutbytte
- innebærer svært konkret ekspert-tilbakemelding som det går an å handle på. Det er for eksempel vanskelig for meg å bruke informasjonen hvis min veileder sier «Kontakten er litt off her, Vidar». Det er lettere for meg å bruke det om veilederen sier: «Du er litt distansert her, Vidar. Legg merke til at du ser vekk når pasienten avbryter deg. La oss rollespille at jeg avbryter deg, og så er jobben din å 1) holde blikkontakten med meg og 2) forsøke deg fram med ulike formuleringer på påpekning av avbrytelse til du finner en som føles ok for deg – og så looper vi på den når vi finner den sammen.»

Her har vi som felt en vei å gå – en gyllen mulighet til å oppgradere praksis. Vi bør legge til en aktiv, praktisk og fokusert komponent, assistert av en presist utfordrende, aksepterende og støttende veileder som har kompetanse i å hjelpe veilanden med å tilbringe mest mulig tid i sin nærmeste utviklingszone. Hvor kan vi lete etter en slik måte å lære på?

FERDIGHETSTRENING I PSYKOTERAPI

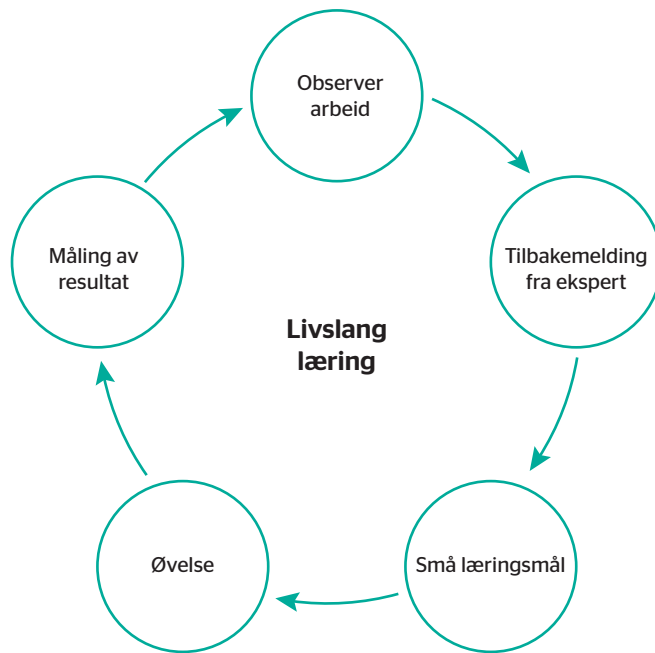
Ekspertiseforskningen løfter fram et sett av treningsaktiviteter som inngår i effektiv ferdighetsbygging, og samler disse under begrepet «deliberate practice», eller målbevisst ferdighetstrening. En måte å fremstille målbevisst ferdighetstrening på er som en syklus med fem komponenter, illustrert i figur 2 (Rousmaniere, 2016; Vaz & Rousmaniere, 2021).

Anvendt på vårt felt vil dette se slik ut. Veilanden tar med materiale til veiledning. Det kan være en utfordrende pasientsak, en bestemt ferdighet hen vil forbedre, eller et tilbakevendende klinisk tema eller utfordring. Først studerer veileder og veiland illustrerende segmenter av video eller lydopptak fra timen, eller forsøker å gjenskape fokuset gjennom rollespill. Det andre er at veileder hjelper til med å sirkle inn et utviklingsområde som ligger *akkurat* utenfor veilandens nåværende ferdighetsnivå, og gir tilbakemelding på dette. Det tredje er at veiland og veileder sammen utvikler små læringsmål basert på observasjonene av veilandens arbeid, for å hjelpe veilanden inn i sin sone for nærmeste utvikling (Vygotsky, 1978, s. 86). Det fjerde er at man modellerer og øver på de kliniske ferdighetene veilanden trenger å tilegne seg – repetitivt, i flere runder, mens reaksjoner og vanskelighetsgrad møysommelig monitoreres og justeres. Det femte er at man går tilbake til pasienten og fanger opp pasientens opplevelse av timen og utvikling i symptombelastning – som igjen informerer om hvilke problemstillinger man kan ha nytte av å jobbe med i neste veiledning. Og slik fortsetter syklusen, karrieren gjennom. Dette er livslang læring.

INTERESSANTE RESULTATER

Hvis du har lært deg å spille piano eller en idrett, så kjenner du igjen denne syklusen. Ferdighetstrening for disse utøverne kan hente «teknologi» fra en flere hundre år gammel pedagogisk tradisjon. Bruken av målbevisst

FIGUR 2 Hovedkomponentene i målbevisst ferdighetstrening



Målbevisst ferdighetstrening er et system av læringsaktiviteter som sikter mot å konkretisere veiledning for å muliggjøre tilpasset, praktisk og aktiv trening på ferdigheter. Denne måten å lære på opprettholdes karrieren gjennom. Deliberate practice-begrepet stammer fra ekspertiseforskningen (oppsummert i Ericsson et al., 2018), og figurens fremstilling er basert på Rousmaniere (2016).

ferdighetstrening i psykoterapifeltet er til sammenligning i sin spede barndom. Imidlertid er nå fremtredende psykoterapiforskere og forfattere enige om at målbevisst ferdighetstrening er et av de mest lovende bidragene til framtiden for psykoterapitruening og veiledning (Anderson & Perlman, 2020; Miller, Hubble & Chow, 2020; Norcross & Karpiak, 2017; Rousmaniere et al., 2017; Wampold et al., 2019).

De siste årene har man sett et tilfang av studier som antyder at målbevisst ferdighetstrening kan ha fornuftig anvendelse i psykoterapifeltet. Et typisk forskningsdesign har vært å undersøke tilegnelse av definerte nøkkelferdigheter hos sammenlignbare grupper. Den ene får målbevisst ferdighetstrening som beskrevet over, den andre et mer tradisjonelt læringsformat som instruksjonslæring eller formidling av teori. En av disse studiene (Westra et al., 2020) fokuserte på ferdigheter knyttet til hvordan terapeuten håndterte pasientens ambivalens og motstand mot terapi. De fant at deltakere i begge betingelsene hadde likt

selvrapportert ferdighetsutbytte og tilfredshet med workshopen. Det oppsiktsvekkende var at målbevisst ferdighetstrening-gruppen hadde bedre observatør-vurderte ferdigheter på alle prestasjonsmål enn den andre gruppen. Denne relative forskjellen i ferdighetsnivå mellom gruppene var lik fire måneder senere (Westra et al., 2020). I en annen studie fant Di Bartolomeo et al. (2021) at gruppen som brukte målbevisst ferdighetstrening, tilegnet seg faktiske ferdigheter innenfor motive-rende intervju bedre. To andre studier fant at en gruppe som fikk målbevisst ferdighetstrening i fasiliterende interpersonlige ferdigheter, som empati og brudd-reparasjons-responsivitet, ble signifikant bedre i disse spesifikke ferdighetene enn kontrollgruppen (Anderson, Perlman, McCarrick & McClintock, 2019; Perlman et al., 2020). En annen studie (Chow et al., 2015) tok for seg psykoterapeuter med spesielt gode terapieresultater, litt i samme ånd som i ekspertiseforskningen vi så på tidligere. De oppsummerte:



Consistent with the literature on expertise and expert performance, the amount of time spent targeted at improving therapeutic skills was a significant predictor of client outcomes. Further, highly effective therapists indicated requiring more effort in reviewing therapy recordings alone than did the rest of the cohort. (s. 337)

Disse foreløpige funnene antyder at prinsippene i målbevisst ferdighetstrening med hell kan implementeres innen psykoterapifeltet, og at dette kan føre til pålitelig bedre tilegnelse av ferdigheter og terapieresultatet. Vi har utviklet omfattende ressurser som vi tilbyr gratis til terapeuter, veiledere og lærere, slik at de skal kunne implementere målbevisst ferdighetstrening i sitt arbeid. Fremtidig forskning vil raffinere disse og forhåpentligvis føre til stadig mer effektive treningsmetoder.

OPPSUMMERING

Klinikker, klinikere, veiledere og pasienter ønsker alle så gode terapieresultater som mulig. Men ser vi på hvordan vi oftest lærer psyko-

terapi, ser vi en pedagogikk som fremmer klinisk forståelse, på bekostning av kliniske ferdigheter og pasientens terapiutfall. Imidlertid er terapeuten på mange måter en utøver av et håndverk. Vi ønsker ikke å redusere terapi til atferd og teknikk. Vi peker simpelthen på at terapi har en større prosedural komponent enn det som vektlegges i vår signaturpedagogikk. Uoverensstemmelsen mellom hvordan vi lærer og hva vi trenger, bidrar til redusert effektivitet i psykoterapiopplæring, og redusert anvendelighet av det som blir lært. Denne vissheten tvinger fram et ansvar i feltet for å utvikle en ny kultur for læring av psykoterapiferdigheter. Det finnes solid tilgjengelig forskning som løfter fram metoder som pålitelig fremmer ferdighetsbygging og profesjonell ekspertise. Vi er godt i gang med å modifisere og tilpasse denne læringsmetodikken til vårt felt. Arbeidet er befengt med diskusjonspunkter og er i en tidlig fase, men det er ikke lenger kontroversielt å påstå dette: Det er fullt mulig å trene opp viktige nøkkelferdigheter i psykoterapi ved hjelp av målbevisst ferdighetstrening. ✕

REFERANSER

- Anderson, T. & Perlman, M. R. (2020). Therapeutic interpersonal skills for facilitating the working alliance. I J. N. Fuertes (red.), *Working alliance skills for mental health professionals*. Oxford.
- Anderson, T., Perlman, M. R., McCarrick, S. M. & McClintock, A. S. (2019). Modeling therapist responses with structured practice enhances facilitative interpersonal skills. *Journal of Clinical Psychology*, 76, 659–675.
- Atkins, D. C. & Christensen, A. (2001). Is professional training worth the bother? A review of the impact of psychotherapy training on client outcome. *Australian Psychologist*, 36(2), 122–130.
- Beidas, R. S. & Kendall, P. C. (2010). Training therapists in evidence-based practice: A critical review of studies from a systems-contextual perspective. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 17(1), 1–30.
- Benjamin, L. S. (2015). The arts, crafts, and sciences of psychotherapy. *Journal of Clinical Psychology*, 71(11), 1070–1082.
- Castonguay, L. G. & Hill, C. E. (2017). *How and why are some therapists better than others?: Understanding therapist effects* (s. xv–356). American Psychological Association.
- Chow, D. L., Miller, S. D., Seidel, J. A., Kane, R. T., Thornton, J. A. & Andrews, W. P. (2015). The role of deliberate practice in the development of highly effective psychotherapists. *Psychotherapy*, 52(3), 337.
- Clements-Hickman, A. L. & Reese, R. J. (2020). Improving Therapists' Effectiveness: Can Deliberate Practice Help? *Professional Psychology: Research and Practice*. Advance online publication. <http://dx.doi.org/10.1037/pro0000318>

- Cook, D. A., Brydges, R., Zendejas, B., Hamstra, S. J. & Hatala, R. (2013). Mastery learning for health professionals using technology-enhanced simulation: a systematic review and meta-analysis. *Academic medicine*, 88(8), 1178–1186.
- Cross, W. F., Seaburn, D., Gibbs, D., Schmelk-Cone, K., White, A. M. & Caine, E. D. (2011). Does practice make perfect? A randomized control trial of behavioral rehearsal on suicide prevention gatekeeper skills. *The journal of primary prevention*, 32(3–4), 195.
- Di Bartolomeo, A., Shukla, S., Westra, H., Ghashghaei, N. & Olson, D. (2021). Rolling with resistance: A client language analysis of deliberate practice in continuing education for psychotherapists. *Counselling and Psychotherapy Research*, 21(2), 433–441.
- Ellis, M. V. & Ladany, N. (1997). Inferences concerning supervisees and clients in clinical supervision: An integrative review. I C. E. Watkins, Jr. (red.), *Handbook of psychotherapy supervision* (s. 447–507). Wiley.
- Ericsson, K. A. (2006). The influence of experience and deliberate practice on the development of superior expert performance. I Ericsson, K. A., Charness, N., Feltovich, P. J., Hoffman, R. R. (red.), *The Cambridge handbook of expertise and expert performance*, (s. 685–705). Cambridge: Cambridge University press
- Ericsson, K. A., Hoffman, R. R. & Kozbelt, A. (red.). (2018). *The Cambridge handbook of expertise and expert performance*. Cambridge University Press.
- Ericsson, A. & Pool, R. (2016). *Peak: Secrets from the new science of expertise*. Houghton Mifflin Harcourt.
- Farmer, A. P., Légaré, F., Turcot, L., Grimshaw, J., Harvey, E., McGowan, J. L., & Wolf, F. Printed educational materials: effects on professional practice and health care outcomes. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2008 Jul 16;(3): CD004398. doi: 10.1002/14651858.CD004398.pub2. Opp-dater i: Cochrane Database Syst Rev. 2012;10:CD004398. PMID: 18646106.
- Goldberg, S. B., Rousmaniere, T., Miller, S. D., Whipple, J., Nielsen, S. L., Hoyt, W. T. & Wampold, B. E. (2016). Do psychotherapists improve with time and experience? A longitudinal analysis of outcomes in a clinical setting. *Journal of Counseling Psychology*, 63(1), 1–11.
- Goodyear, R. K., Wampold, B. E., Tracey, T. J. & Lichtenberg, J. W. (2017). Psychotherapy expertise should mean superior outcomes and demonstrable improvement over time. *The Counseling Psychologist*, 45(1), 54–65.
- Herschell, A. D., Kolko, D. J., Baumann, B. L. & Davis, A. C. (2010). The role of the rapist training in the implementation of psychosocial treatments: A review and critique with recommendations. *Clinical psychology review*, 30(4), 448–466.
- Hill, C. E. & Knox, S. (2013). Training and supervision in psychotherapy: Evidence for effective practice. I M. J. Lambert (red.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (6. utg., s. 775–811). John Wiley.
- Hill, C. E. & Lent, R. W. (2006). A narrative and meta-analytic review of helping skills training: Time to revive a dormant area of inquiry. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 43(2), 154.
- Lambert, M. & Arnold, R. (1987). Research and the supervisory process. *Professional Psychology, Research and Practice*, 18, 217–224.
- McGaghie, W. C., Issenberg, S. B., Cohen, M. E. R., Barsuk, J. H. & Wayne, D. B. (2011). Does simulation-based medical education with deliberate practice yield better results than traditional clinical education? A meta-analytic comparative review of the evidence. *Academic medicine: journal of the Association of American Medical Colleges*, 86(6), 706.
- Miller, S. D., Hubble, M. A. & Chow, D. (2020). *Better results: Using deliberate practice to improve therapeutic effectiveness*. American Psychological Association.
- Milne, D., Aylott, H., Fitzpatrick, H. & Ellis, M. V. (2008). How does clinical supervision work? Using a «best evidence synthesis» approach to construct a basic model of supervision. *The clinical supervisor*, 27(2), 170–190.
- Norcross, J. C. & Karpiak, C. P. (2017). Our best selves: Defining and actualizing expertise in psychotherapy. *The Counseling Psychologist*, 45(1), 66–75.
- Perlman, M. R., Anderson, T., Foley, V. K., Mimnaugh, S. & Safran, J. D. (2020). The impact of alliance-focused and facilitative interpersonal relationship training on therapist skills: An RCT of brief training. *Psychotherapy Research*, 1–14.
- Rousmaniere, T. (2016). *Deliberate practice for psychotherapists: A guide to improving clinical effectiveness*. Taylor & Francis.
- Rousmaniere, T., Goodyear, R. K., Miller, S. D. & Wampold, B. E. (red.). (2017). *The cycle of excellence: Using deliberate practice to improve supervision and training*. John Wiley & Sons.
- Rønnestad, M. & Ladany, N. (2006). The impact of psychotherapy training: Introduction to the special section. *Psychotherapy Research*, 16(03), 261–267.
- Shulman, L. (1987). Knowledge and teaching: Foundations of the new reform. *Harvard educational review*, 57(1), 1–22.
- Swift, J. K. & Greenberg, R. P. (2015). *Premature termination in psychotherapy: Strategies for engaging clients and improving outcomes*. American Psychological Association.
- Vaz, A. & Rousmaniere, T. (2021). *Reaching for Expertise: A Primer on Deliberate practice for Psychotherapists*. Deliberate practice Institute.
- Vygotsky, L. (1978). *Mind in Society: The Development of Higher Psychological Processes*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Wampold, B. E., Lichtenberg, J. W., Goodyear, R. K. & Tracey, T. J. (2019). Clinical Expertise. I S. Dimidjian (red.), *Evidence-Based Practice in Action: Bridging Clinical Science and Intervention* (s. 152–166). Guilford Publications.
- Watkins, C. E. (2011). Does psychotherapy supervision contribute to patient outcomes? Considering thirty years of research. *Clinical Supervisor*, 30, 235–56.
- Watkins, C. E. & Milne, D. L. (2014). *The Wiley International Handbook of Clinical Supervision*. Wiley Blackwell.
- Westra, H. A., Norouzian, N., Poulin, L., Coyne, A., Constantino, M. J., Hara, K. & Antony, M. M. (2020). Testing a deliberate practice workshop for developing appropriate responsiveness to resistance markers. *Psychotherapy*. Advance online publication, <https://doi.org/10.1037/pst0000311>

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: STUDIO 1 FOTOGRAFENE



METTE GARMANNSLUND er nestleder for Fagetisk råd (FER) i Norsk psykologforening og spesialist i klinisk barne- og ungdomspsykologi.

Er mediefokus rundt psykologers overgrep mot klienter relevant for min egen faglige praksis?

Den senere tids mediefokus på psykologer og psykiatere som har utnyttet og begått overgrep mot pasienter, har engasjert svært mange og satt problemstillingen på samfunnsagendaen. Det som beskrives, utløser sterke reaksjoner og kolliderer med den allmenne oppfatning av hva som er rett, galt og moralsk «innenfor». Det er ikke vanskelig å bli rystet av historiene, slutte seg til kritikken, og ønske velkommen et vurderende blikk på hvordan befolkningen kan beskyttes. Men kan sakene også gi oss en viktig fagetisk påminner? Hvilke utfordringer og dilemma kan vi møte når vi daglig opererer i et landskap av asymmetriske relasjoner, og hvordan kan vi håndtere dem?

I arbeidet vårt benytter vi oss av kunnskap og ferdigheter som klientene våre ikke har, og som vi i større grad enn dem har forutsetninger for å forstå virkningen og rekkevidden av. Denne forskjellen skaper ubalanse i maktforhold, og gir rom for maktmisbruk. Seksuelle overgrep forkledt som behandling vil heldigvis være en svært sjelden ekstremvariant, men vi kan alle havne i situasjoner der vi risikerer å trå feil. Med kunnskap og innsikt følger også et økt ansvar som vi må ivareta alene, og som ikke kan deles med eller plasseres hos dem vi skal hjelpe. Klientene våre har ikke samme grunnlag for å vurdere når våre handlinger er «innenfor» og solid faglig funderte, og når vi beveger oss i usikkert landskap.

Når det gjelder rollekonflikt og utnytting understreker prinsippene at psykologen skal tilstrebe bevissthet om egne behov, holdninger, vurderinger og roller i relasjoner. Psykologen skal ikke misbruke sin makt, og unngå utenomprofesjonelle relasjoner til klienter. Psykologen skal unngå

privatisering og seksualisering av klientrelasjoner, og seksuell omgang mellom klient og psykolog skal *ikke* forekomme.

Dette kan høres klart og tydelig ut, men er ikke nødvendigvis like enkelt i praksis. Noen ganger kan fagetikken kolliderer med hva som anses som moralsk «innenfor» i befolkningen, og klienten kan oppleve å bli fratatt råderett over områder som anses som private. Seksuelle overgrep er langt over grensen for hva som er lovlig og akseptabelt. Men vil befolkningen se like strengt på et parforhold mellom den kvinnelige kommunepsykologen og faren til et barn hun har hatt kortvarig kontakt med? Har faren også vært hennes klient? Og hvor lenge etter avsluttet kontakt varer egentlig klientrelasjonen? Befolkningen kan mene at den er avsluttet etter siste avtale, mens fagetikken anser den som uten utløpsdato.

Jeg håper at dagens mediefokus stimulerer til økt bevissthet rundt asymmetriske relasjoner, rollekonflikt og psykologens meransvar. Jeg håper ikke at debatten medvirker til at psykologer grunnet skam, skyld eller redsel for å bli misforstått tildekker prosesser og følelser som



er viktig å ha et bevisst, åpent og reflekterende forhold til. Dersom du kjenner at du gleder deg litt for mye til neste terapitime, får lyst til å hjelpe med mer enn det rollen tilsier, eller kjenner deg ekstra smigret av positiv oppmerksomhet og beundring, er dette prosesser som er menneskelige. Det forventes at vi håndterer det på en god måte, og ikke privatiserer relasjonen til klienten. Ikke bare for å beskytte klienten, men også for å beskytte oss selv og befolkningens tillit til psykologstanden. Noen ganger kan dette være krevende, spesielt i perioder der livet er vanskelig, når man kanskje har økt behov for å bli sett og beundret, lengter etter tilknytning, eller strever med å sette grenser overfor seg selv eller andre.

Når vi møter på utfordringer og dilemma, kan det være godt å få støtte og hjelp til å finne gode løsninger. La oss si at du blir betatt av klienten din. Hvordan er det for deg å erkjenne og reflektere over dette? Og hvordan ville det være å dele det med en veileder eller kollega? Kjenner det skamfullt, eller like naturlig som å ta opp andre faglige problemstillinger? Hvor lett ville det være å be en kollega om å ta over terapien, og hva ville du gitt som begrunnelse?

Når psykologer skal tilstrebe bevissthet om egne behov, holdninger, vurderinger og roller i relasjoner, er det fordi det også er et faglig anliggende, og dermed relevant for både utdanning, kurs, veiledning, behandlingsmøter og andre fora. Men er temaet tilstrekkelig ivare tatt og prioritert, eller trengs det økt bevissthet og endringer?

I vår egen daglige praksis kan vi starte med å stille oss noen nyttige spørsmål: Stoler jeg for blindt på mine gode intensjoner overfor klientene, eller reflekterer jeg tilstrekkelig over egne interesser, motiver, behov, roller og handlinger? Har jeg tilgang til et rom der jeg kan ta opp slike problemstillinger, og benytter jeg meg av det? Kan jeg være trygg på å bli møtt med en åpen, validerende, raus og ikke-dømmende holdning? Makter jeg å møte mine psykologkolleger på en god måte? Er de ytre rammene gode nok?

Det å stille seg slike spørsmål og arbeide med de endringer som eventuelt trengs, er etter min mening et viktig første steg for å kunne forebygge eller stoppe uheldige prosesser og sikre god etisk praksis. ✕

”

Noen ganger kan fagetikken kollidere med hva som anses som moralsk «innenfor» i befolkningen

Meninger



DEBATT
Valg 2021



Høyre er partiet for en bedre psykisk helse- og ruspolitikk

Å styrke tilbudet til de som sliter med rus og psykisk helse, har vært en av Høyres viktigste prioriteringer. Vi må forebygge at psykiske problemer oppstår og vokser seg store, og vi må gjennomføre rusreformen.



TEKST Erna Solberg,
statsminister

VALG 2021

GOD PSYKISK HELSE er viktig for å ha god livskvalitet, og for å klare å mestre hverdag, skole og jobb. Vi ser at koronapandemien har ført til økt ensomhet, og at flere har opplevd utfordringer som følge av den sosiale nedstengningen av samfunnet. For de aller fleste vil disse problemene gå over når samfunnet kommer tilbake til normalen. Noen vil derimot stå igjen med konsekvensene av pandemien lenger. For Høyre er det viktig at ingen skal bli stående igjen alene.

For at små problemer ikke skal rekke å vokse seg store, er det viktig at mennesker med psykiske helseutfordringer og rusproblemer får tidlig hjelp. Det har stor betydning både for den enkelte og for samfunnet. For å få til dette har Høyre i regjering styrket lavterskeltilbudene. Det er nå rundt 2600 flere årsverk i kommunalt psykisk helse- og rusarbeid enn det var i 2016. Det gjør en forskjell i nærmiljøene og for de som trenger hjelpen. I tillegg har vi stilt krav om at alle kommuner skal ha psykologkompetanse, noe 93,8 % av kommunene hadde ved utgangen av 2019. De neste fire årene skal vi fortsette å sikre lett tilgjengelig hjelp for de som opplever psykiske helseproblemer, og jobbe for at spesielt flere unge skal lære å håndtere utfordringer bedre i hverdagen. Da må alle kommuner ha et synlig og tilgjengelig lavterskeltilbud.

Økningen i antall unge som melder om psykiske plager, er bekymringsfull. Derfor har vi laget en opptrappingsplan for barn og unges psykiske helse. Det må bli enklere å få hjelp, og hjelpen må gjøres lett tilgjengelig: i familien, i barnehagen og på skolen. Derfor har vi styrket bevilgningen til helsestasjons- og skolehelsetjenesten med om lag 1,3 milliarder kroner siden 2013. Det gjør en forskjell.

Vi trenger også et solid tilbud til de som må ha mer spesialisert hjelp. Selv om vi har redusert ventetidene i psykisk helsevern for barn og unge, er det fortsatt behov for å øke behandlingsskapiteten. Høyre går til valg på å legge til rette for et tilstrekkelig antall døgnplasser for barn og unge med alvorlige psykiske lidelser. Vi vil også gi raskere psykisk helsehjelp ved å innføre rett til vurdering og møte med fagperson innen tre uker ved henvisning til BUP eller DPS.

PASIENTENE FØRST

Det viktigste i helsetjenesten er pasienten. Særlig innenfor rus og psykisk helse vil ulike behandlingsmetoder være nødvendig for at ulike mennesker skal få et bedre liv. Lange ventetider kan forsterke problemene. Fra Høyre tok over og frem til koronapandemien, sørget vi for at pasi-



PAKKEFORLØP Det gjenstår en god del før vi har oppnådd målsettingen om økt brukermedvirkning og mer sammenhengende og koordinerte tjenester, mener statsminister, Erna Solberg. Foto: Hans Kristian Thorbjørnsen

entene sto to uker kortere i helsekø. En av hovedgrunnene til at vi klarte å redusere ventetiden, er fritt behandlingsvalg. Det gir pasienten større frihet til å velge den behandlingen som er best for seg, uavhengig av størrelsen på lommeboken. Høyre vil benytte ledig kapasitet i helsetjenesten slik at færre må stå i helsekø, ventetiden blir kortere og flere pasienter kan få behandling.

Et offentlig monopol, slik venstresiden ønsker, tvinger frem en todeling av helsetjenesten. Uten fritt behandlingsvalg er det bare de med god råd som kan kjøpe seg ut av køen. Venstresidens politikk vil bety valgfrihet kun for de rike.

Å innføre pakkeforløp for psykisk helse og rus er en stor reform. Da er det klart at det tar lengre tid å omstille oss for å få pakkeforløpene til å fungere innenfor psykisk helse. Pakkeforløpene er til for pasienten. Pasienten skal få vite hva som skal skje, når det skal skje, og hvem som har ansvaret. Pakkeforløp handler om kunnskap, kvalitet og frister. Det er ikke slik at tilbudet til alle psykisk syke skal være likt, men målet er at det skal være like godt. For pasientene og pårørende gir dette mer forutsigbarhet og trygghet i en situasjon som ellers er preget av mye usikkerhet og uro.

Evalueringen viser at det er bred enighet blant pasienter, brukere og fagfolk om at de overordnede målsettingene og intensjonene i

pakkeforløp psykisk helse og rus er gode. Det er jeg glad for. Siden oppstarten i 2019 er 362 000 pasienter henvist til pakkeforløp (pr. mai 2021). Samtidig gjenstår en god del for å oppnå målsettinger som økt brukermedvirkning og mer sammenhengende og koordinerte tjenester. Det har jeg tro på at pakkeforløpene på lengre sikt også vil føre til for pasienter innenfor psykisk helse og rusbehandling, slik de i dag gjør på kreftområdet. Og med Høyre i regjering skal vi videreutvikle pakkeforløp for psykisk helse for å sikre bedre pasientbehandling.

Mennesket er menneskets beste medisin. Vi trenger hverandre for å føle tilhørighet og mening. Derfor vil Høyre fortsette å legge til rette for at frivillige organisasjoner skal ha mulighet til å skape møteplasser mellom oss. Vi går til valg på å samarbeide med frivillige organisasjoner som tilbyr hjelp og støtte til mennesker som sliter med psykiske utfordringer.

FORTSATT KAMP FOR RUSREFORMEN

Til sist vil jeg si noe om rusreformen. I dag opplever fortsatt rusavhengige å få straff i stedet for den hjelpen de trenger. Vi trenger en rusreform, slik at ansvaret for samfunnets reaksjon på bruk og besittelse av illegale rusmidler til egen bruk overføres fra justissektoren til helsetjenestene. Høyre vil fortsette kampen for at personer som tas for bruk og besittelse av narkotika til eget bruk, møtes med hjelp, behandling og oppfølging istedenfor straff.

Samtidig skal styrkingen av rusomsorgen fortsette. Vi skal redusere ventetiden ytterligere og sørge for en bedre overgang fra avsluttet behandling til oppfølging. For å få til det må vi også ha et bedre tverrfaglig samarbeid om behandling og ettervern mellom psykisk helsevern, rusbehandling og somatisk helsetjeneste. Felles for Høyres ruspolitikk er at den skal være kunnskapsbasert både for forebygging, behandling og ettervern. ✘

FOR MYE KONTROLL

AP-leder Jonas Gahr Støre mener dokumentasjons- og kartleggingskraven har gått for langt i psykisk helsevern. Foto: Pål Laukli



Fem tiltak for å ruste opp psykisk helsevern

Jeg fraskriver ikke høyresiden engasjement for psykisk helse, men valgløfter om at veksten i budsjettene til psykisk helse skulle overstige veksten i somatisk helsehjelp, er brutt gang på gang.



TEKST Jonas Gahr Støre, leder i Arbeiderpartiet

VALG 2021

KORONAKRISEN HAR VÆRT et forstørrelsesglass på mange av de viktigste utfordringene i samfunnet. Store, uløste oppgaver innenfor psykisk helse har vokst seg enda større. Derfor har Arbeiderpartiet det siste året søkt kunnskap fra fagfolk og pasienter, vi har kjempet for økte bevilgninger i Stortinget i flere runder, og vi har skrevet et nytt partiprogram hvor psykisk helse er et hovedtema. For oss sosialdemokrater er det grunnleggende at fellesskapet skal stille opp for mennesker som trenger det. Noen kaller det nestekjærlighet, vi kaller det solidaritet. Takk for anledningen til å si litt om hva vi har lært, og hva vi vil gjøre med det.

Rett før sommeren kom Riksrevisjonen med en svært kritisk rapport som slår fast at mange

med psykiske lidelser må vente lenge på helsehjelp, og at helsehjelpen de får, avhenger av hvor de bor. Det stemmer med det jeg har hørt fra mange de siste årene; når det offentlige tilbudet kneler, kjøper stadig flere, ikke minst i sentrale strøk, hjelp i et raskt voksende privat marked. Særlig alvorlig er det at altfor mange unge mennesker blir avvist av barne- og ungdomspsykiatrien, blir skrevet ut for tidlig eller møter en lukket dør hos helsesykepleieren. Den sosiale nedstengningen under pandemien har gjort mange av de mest sårbare enda mer utsatt. Derfor har vi lenge advart mot «pandemien etter pandemien».

Så er det alltid politikkenes oppgave å stille spørsmålet: Hva må gjøres?

1. FLERE ANSATTE OG BEDRE ØKONOMI

Vi må lykkes med varige løft. Jeg fraskriver ikke høyresiden engasjement for psykisk helse. Men det blanke valgløftet de ga om at veksten i budsjettene til psykisk helse skulle overstige veksten i somatisk helsehjelp, er brutt gang på gang. Kommunene og sykehusene har også vært kronisk underfinansiert. De siste åtte årene har Arbeiderpartiet hvert eneste år ligget over høyre-regjeringens budsjetter for kommunene og sykehusene, ikke minst fordi vi *ikke* bruker 36 milliarder kroner på skattecutt slik Solberg-regjeringene har gjort. I hvert av disse årene monner noen milliarder kroner ekstra. Over mange år er forskjellen stor. Jeg tror mange av dere som jobber i sektoren, vet det. Mer penger er ikke alene nok, men vi trenger nå en politikk som setter velferd fremfor skattecutt.

2. TILLITSREFORM

Et tilbakevendende tema i mine møter med ansatte er ønske om mer tid til å hjelpe gjennom mindre rapportering, stoppeklokke og skjema-velde. Vi skal selvsagt ha mål for hva slags hjelp helsetjenesten skal gi, men kontrollrutiner og dokumentasjons- og kartleggingskrav har gått for langt. Ansatte forteller at de føler seg fanget i systemer som ikke virker. Derfor vil vi gjennomføre en tillitsreform, i nær dialog med de som jobber i sektoren, med mål om å frigjøre tid og gi større rom for ansatte i hverdagen til å utøve faget sitt. Vi trenger flere spesialister i front, som bruker tiden sin i direkte møte med pasientene. Derfor er jeg også skeptisk til pakkeforløp innenfor psykisk helse. Jeg er urolig for at det skjærer ulike pasienter over én kam og bare bidrar til enda større oppmerksomhet om frister, krav, rettigheter og dokumentasjon – når vi heller burde gå i motsatt retning.

3. TIDLIG INNSATS FOR DE UNGE

Der det er mulig, skal hjelpen til mennesker som sliter med rus eller psykisk sykdom, gis tidligere og uten krav om diagnose. Her sitter kommunene på nøkkelen, men bare én av ti kommuner tilbyr behandling av barn og unge med psykiske plager og lidelser utover den behandlingen fastlegene tilbyr. Veldokumenterte lavterskeltilbud som rask psykisk helsehjelp er tilbud vi trenger i *alle* kommuner, ikke bare i noen. Vi må også fortsette satsingen på skolehelsetjenesten, og det trengs økt kapasitet i barne- og ungdomspsykiatrien. Ambulante tilbud og desentraliserte tjenester må videreutvikles for å gi barn og unge hjelp tidlig og nærmest mulig der de bor.

4. FLERE DØGNPLASSER

Av og til blir jeg bedt om å prioritere mellom lavterskeltilbud og hjelp til de med alvorlig psykisk sykdom. Jeg nekter alltid. Vi kan, dersom vi finansierer og organiserer tjenestene godt, gjøre mer på begge fronter. Og siden Psykologtidsskriftet spør, la meg gi et klart svar: Ja, nedbyggingen av døgnplasser innenfor det psykiske helsevernet har gått for langt. Derfor fikk vi i februar et flertall i Stortinget med på et viktig vedtak hvor helseministeren instrueres om å «umiddelbart stanse» nedbyggingen av døgnplasser i psykisk helsevern. Det blir en viktig oppgave for en ny helseminister å følge opp dette vedtaket og snu utviklingen de neste årene.

5. BEDRE BEHANDLING OG ETTERVERN FOR RUSAVHENGIGE

Det aller viktigste for å virkelig hjelpe ruspasienter bedre enn i dag handler om å gjøre helsetilbudet for denne sammensatte gruppen bedre. Det

VALG 2021

- Hva vil statsminister-kandidatene for de to største partiene på Stortinget med psykisk helse- og rusfeltet i neste stortingsperiode?
- Psykologtidsskriftet inviterte Erna Solberg og Jonas Gahr Støre til å tone flagg, her kan du lese resultatet.
- De to kronikkene er andre del av vår serie VALG 2021. Første del stod å lese i juniutgaven der vi kartla noen av de viktigste utfordringene på psykisk helsefeltet.

har Arbeiderpartiet ivret for i mange år, og det var ikke en del av rusreformen Høyre og Venstre la frem. Helsehjelp må ses i sammenheng med bolig, jobb og andre viktige forhold for å få orden på et rusfritt liv. Livet etter gjennomført behandling må fylles med mer enn rusfrihet. I vår behandlingsreform for rusavhengige foreslår vi en rekke tiltak som vil gjøre helsetilbudet til rusavhengige bedre og mer helhetlig.

På disse – og mange andre områder – må helsehjelpen til mennesker med rusproblemer eller psykiske lidelser bli bedre. Det er viktig. Det er solidaritet i praksis. Men la meg til slutt få legge til: Vi kan ikke bare behandle oss til god mental helse. Vi mennesker er først og fremst sosiale vesen. Vi sa ofte i min tid i Røde Kors at det fineste man kan gi et annet menneske, er et annet menneske. Å investere i god folkehelse, fysisk og psykisk, krever at vi hver dag jobber for å gjøre det store fellesskapet vårt – og alle de små – sterkere og mer inkluderende. Det handler om familier med tid i en travel hverdag, en mer praktisk skole hvor alle barn kan lykkes, et arbeidsliv med plass også til de som ikke kan yte for fullt fra første dag, idrett som er åpen og til for alle, lokalsamfunn som ikke stadig tappes for folk og fremtidstro, og mer til. Gjør vi fellesskapene våre sterkere, skaper vi mer enn noe annet grunnlag for gode liv – og god psykisk helse.

Godt valg!





En debatt om alt og ingenting

Etter fem år har de medisinfrie tilbudene ikke blitt det mange trodde de skulle bli. Vi ser trolig allerede slutten på tiltakene.

FÅ DEBATTER HAR vært så innholdsrike som den om medisinfrie tiltak. Det er vel ikke den ting som ikke har blitt diskutert: psykofarmaka, tvang, diagnoser, autonomi, paternalisme, psykososiale behandlingstilnæringer, forhånds-erklæringer, kunnskapsvidens, den medisinske modellen, brukermedvirkning, medisinfri søyle i akutt psykisk helsevern, pasientens helsetjeneste, om en minister kan bestemme hva spesialisthelsetjenesten skal tilby av behandling, og en profesjonskamp mellom psykiatere og psykologer.

Det mest påfallende med debatten er imidlertid ikke alle temaene den har berørt, men alle de ulike definisjonene av hva medisinfrie tiltak egentlig er. Det er spesielt at alle helseforetakene har laget sine egne og helt forskjellige medisinfrie tiltak. Enda mer spesielt er det at alle som skriver om emnet, har sin egen definisjon av hva det egentlig er (inkludert undertegnede). Dette er vel et uttrykk for at tiltaket ikke er særlig gjennomtenkt. Men det er kanskje ikke så farlig, siden dette *bare* gjelder behandlingen av personer med psykiske lidelser?

Etter fem års virksomhet er jeg ikke så bekymret for behandlingen pasientene får i disse enhetene. Slik jeg kjenner tiltakene, er det lite som tyder på at noen tilbyr uforsvarlig behandling. De medisinfrie tiltakene ble nemlig ikke medisinfrie, og tar ikke imot pasienter med akutte psykoser. Jeg er imidlertid mer i tvil om hvor lurt det er for fagfeltet å bygge opp slike enheter, og hvilke signaler det sender ut. Vi har en lang og brokete historie i psykisk helsevern når det gjelder egne spesielle enheter (Soteria House, Kingsley Hall, Terapeutisk samfunn, Chestnut Lodge) som er blitt bygget opp, gjerne på ideologisk grunnlag, som sviner hen og er borte etter en 10 års tid. Så hvorfor er det fortsatt en dårlig idé med disse tiltakene?

Ingen vet for hvem eller hva medisinfrie tiltak egentlig er. Skal det være for personer med depressive lidelser, psykoselidelser eller personlighetsforstyrrelser? Skal det være for polikliniske pasienter, eller skal det tilbys på egne sengeposter? Skal det tilbys medisiner eller ikke? Den manglende innholdsbeskrivelsen i medisinfrie tiltak er i stor diskrepans til de stringente pakkeforløpene som definerer flyt og innhold i behandlingen. Vi kan ikke innføre et tiltak i det offentlige helsevesen som ikke er definert, og der de enkelte helseforetakene har opprettet sine helt egne og ulike versjoner.

Medisinfrie tiltak – et navn uten innhold.

Opprettelsen av et tiltak i det offentlige helsevesen som ikke innebærer det navnet tilsier, er spesielt. Er det en ting som er sikkert, er det at de medisinfrie tiltakene IKKE er medisinfrie. Det som også er sikkert, er at under halvparten av pasientene i spesialisthelsetjenesten/psykisk helsevern bruker medisiner. Mange pasienter i spesialisthelsetjenesten tilbys altså allerede ekte medisinfrie tiltak. Paradoksalt nok er det sannsynligvis flere pasienter som bruker medisiner i de medisinfrie tiltakene enn i det vanlige offentlige helsevesenet. Vi kan ikke opprette behandlingsintervensjoner som tilbyr noe annet enn det de utgir seg som i offentlig psykisk helsevern. Det er å holde brukerne for narr.

Et behandlingstiltak basert på hva behandling ikke skal inneholde.

I helsevesenet utvikler vi behandlingsintervensjoner vanligvis med tanke på hva de bør inneholde, og ikke hva de *ikke* skal inneholde. Ville ikke debatten bli mer nyansert om vi drøftet hva behandling i psykisk helsevern skal inneholde og være, istedenfor hva den ikke skal være (f.eks. kunnskaps-



TEKST Jan Ivar Røssberg, professor og overlege, Universitetet i Oslo

ILLUSTRASJON
Hilde Thomsen

**MEDISINFRI
BEHANDLING**



baserte psykososiale intervensjoner). Dette ville ha skapt en langt mer fruktbar debatt.

Medisinfrie tiltak – begrepet er i seg selv polariserende. Enten man er for eller mot medisinfrie tiltak, kommer man ikke utenom at begrepet åpenbart polariserer ved at en konkret behandlingsform utelukkes. Dette gir et inntrykk av en enten eller-behandling og ikke en både og-behandling. De aller fleste studier viser at både og-behandling er det beste for personer med psykiske lidelser. Fagfeltet må hele tiden forholde seg til ulike biologiske, psykologiske og sosiale behandlingsformer.

Ikke la historien gjenta seg! Mange studier undersøkte psykososiale behandlingsintervensjoner (spesielt miljøterapi og psykodynamisk terapi) med og uten bruk av medisiner på 1970–1980-tallet [1–4]. Oppsummert kom de psykososiale behandlingsmetodene dårlig ut [5]. Konsekvensene ble dramatiske etter at den berømte lederen til Mueser og Berenbaum ble publisert i *Psychological Medicine* i 1990 [6]. Den henviste psykodynamisk terapi ved psykoselidelser til historiens skraphaug. Dermed gikk mye kunnskap om psykososiale intervensjoner tapt – altfor tidlig etter min mening. Vi ser akkurat den samme polariseringen med de medisinfrie tiltakenes inntog og enten eller-behandling i dag [7]. Psykologiske intervensjonsstudier mangler medikamentstudienes metodologiske stringens, og resultatet av denne sammenligningen har blitt en økende kritisk holdning til blant annet kognitiv atferdsterapi (KAT) ved psykoselidelser. KAT er den best undersøkte psykososiale intervensjonen ved psykoselidelser. Likevel ser vi nå at effekten har falt dramatisk (gjennom korrigerende for alle mulige feilkilder som ved medikamentstudier). Publiserte systematiske studier blir trukket tilbake, eller effekten blir kraftig nedjustert i korrigerende analyser [8–10]. Blir det en tilsvarende gjennomgang av andre etablerte psykososiale metoder (tidlig intervensjon, familiearbeid, miljøterapi), vil effekten være enda mer dramatisk. Vi må ikke gjenta historiens feiltrinn ved å bidra til en polarisering som vil føre til at metoder som kan være virksomme, blir forkastet for tidlig og på for dårlig grunnlag. La oss heller fortsette å forske på og videreutvikle de psykososiale metodene. Medikamenter alene er aldri nok til at en person med en psykoselidelse skal få tilbake optimal funksjon og livskvalitet.

Ekstreme holdninger blant mange som er for medisinfrie tiltak, vil forhindre at mer moderate stemmer blir hørt. Som de ekstreme holdningene som fulgte med deler av den antipsykiatriske bølgen på 1960- og 1970-tallet ødela for mye av det gode den ville oppnå, ser det ut til at ekstreme holdninger på ny kan ødelegge for kunnskapsbaserte psykososiale behandlingsmetoder. I sosiale medier (og på «medisinfrie nettsteder») er det en uttalt negativ holdning til medisiner og forfremmelse av alternative behandlingsmetoder. Noen er så spesielle at selv «vanlige» alternative behandlere som homeopater og akupunktører reagerer. Det er sjamanisme, healing og en idyllisering av psykiske lidelser som utelukkende en personlig vekstfaktor som kan sammenlignes med de ekstreme holdningene på 1970-tallet. Disse ekstreme holdningene kan fort ødelegge for de psykososiale kunnskapsbaserte metodene som møysommelig er utviklet de siste 20–25 årene.

Antipsykotika dreper, og antidepressiva virker ikke. I debatten om medisinfrie tiltak har holdninger til medisiner vært i fokus. Mye kan sies om antipsykotika, antidepressiva og legemiddelindustrien. At legemidler ikke er noe vidundermiddel, er hevet over enhver tvil. Vi har ingen metoder verken i psykisk helsevern eller i medisinen generelt som virker for alt og alle. Men er de så farlige og uheldige som det er blitt hevdet i denne debatten, må vi slutte å bruke de overalt. Ingen må da få tilbud om disse medisinene. Dessverre er det slik at personer med psykiske lidelser blir feilmedisinert, overmedisinert og står på medisiner for lenge før man trapper ned. Dette må unngås for enhver pris. Fordelene med å bruke medisiner må alltid overveie de negative konsekvensene. Dette må være klar kunnskap blant behandlere og håndteres i det vanlige helsetesenet, ikke ved små, spesielle enheter.

Samvalg og medisinfrie tiltak. Sammen med pasientene i psykisk helsevern må vi ta valg ut fra hva som er dokumentert, og hva som ikke er dokumentert av behandling. Deretter må pasienten selv velge hva han/hun ønsker av behandling. Det er ikke rom for egeninteresser eller ideologisk tenkning. Klarer vi det? I den forbindelse synes Psykologforeningen å være i tydelig utakt med hva som anses som kunnskapsbasert behandling av psykoselidelser. På spørsmål om hvordan vi skal informere om hva vi vet om kunnskapsbasert psykosebehandling til en pasient som er blitt psykotisk for første gang, svarte Tor Levin Hofgaard, daværende president i Psykologforeningen, 31. mai 2016: «Vi skal informere om til dels alvorlige bivirkninger av medisiner og om effekt av terapi, og så la folk velge selv.» Jeg tror de fleste som er oppdatert på psykosebehandling, vil se at dette blir feil og kan bidra til mer lidelse for personer med psykoselidelser og deres familier. Reelt samvalg må være basert på oppdatert kunnskap og best mulig informasjon om behandling for psykiske lidelser.

Fritt behandlingsvalg er en rettighet. Autonomi er viktig i all behandling, og det er selvsagt at den enkelte selv, forutsatt samtykkekompetanse, skal velge behandlingen vedkommende tror vil føre frem. Slik bør og skal det være i hele det offentlige helsevesenet. Ønsker en person med psykiske lidelser healing, NADA-akupunktur, urtemedisiner eller fotsoneterapi, skal dette selvsagt kunne oppsøkes for videre behandling. Spørsmålet er om det skal være en del av det offentlige helsevesenet, eller om dette må gjøres privat. Vi ser i dag at befolkningen generelt sett

bruker mindre alternativ medisin. Samtidig øker bruken av udokumenterte behandlingsmetoder i det offentlige helsevesen. Det er ingen tvil om at effekten av mange av de mer etablerte alternative behandlingsmetodene har bedre dokumentasjon (ikke minst på skadelige effekter) enn det medisinfrie sengeposter for personer med psykoselidelser har. Skal knappe ressurser og få plasser i psykisk helsevern brukes på udokumenterte metoder eller godt dokumenterte metoder? Vi kan ikke bruke sårt tiltrengte midler i psykisk helsevern på metoder som ikke er dokumentert på noen som helst måte, og som vi ikke kjenner de negative effektene av.

De medisinfrie tiltakene har etter fem år ikke blitt det mange trodde de skulle bli. Det eneste som er sikkert, er at de ikke er blitt medisinfrie. I det minste burde de bytte navn. Mer sannsynlig er det at vi allerede ser slutten på tiltakene. Vi har gjennom historien sett dette mange ganger før. Egne enheter med en spesiell «faglig» tilnærming vil leve sine egne liv på siden av andre enheter i psykisk helsevern – uten noen form for ytre korrektiv. Sjelden opplever de sin 10-årsdag. Da er de igjen en integrert del av psykisk helsevern. Håpet er imidlertid at polariseringen dette begrepet har skapt, ikke ødelegger for videre forskning og utvikling av de psykososiale tiltakene som flere av oss ønsker mer av. ✕

REFERANSER

- McGlashan, T.H. (1984). The Chestnut Lodge follow-up study: II. Long-term outcome of schizophrenia and the affective disorders. *Archives of General Psychiatry*, 41(6), 586–601. doi: 10.1001/archpsyc.1984.01790170060007
- Stone, M.H. (1986). Exploratory psychotherapy in schizophrenia-spectrum patients: A reevaluation in the light of long-term follow-up of schizophrenic and borderline patients. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 50(3), 287–306
- Gunderson, J.G., Frank, A. F., Katz, H.M. Vannicelli, M. L..., Frosch, J. P., Knapp, P. H. (1984). Effects of Psychotherapy in Schizophrenia: II. Comparative Outcome of Two Forms of Treatment. *Schizophrenia Bulletin*, 10(4), 564–598. doi: 10.1093/schbul/10.4.564
- Hogarty, G.E., Goldberg, S.C., Schooler, N.R., Ulrich, R.F. (1974). Drug and Sociotherapy in the Aftercare of Schizophrenic Patients II. Two-Year Relapse Rates *Arch Gen Psychiatry*, 31(5):603–608. doi:10.1001/archpsyc.1974.01760170005001
- Fenton, W.S. (2000). Evolving perspectives on individual psychotherapy for schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 26(1), 47–72. doi: 10.1093/oxfordjournals.schbul.a033445.
- Mueser, K.T., Berenbaum, H. (1990). Psychodynamic treatment of schizophrenia: is there a future? *Psychological Medicine*, 20(2) 25, 3–262. doi: https://doi.org/10.1017/S003329170001758X
- Bighelli, I., Leucht, C., Huhn, M., Reitmeir, C., Schwermann, F., Wallis, S., Davis, J. M., Leucht, S. (2020). Are randomized controlled trials on pharmacotherapy and psychotherapy for positive symptoms of schizophrenia comparable? A systematic review of patient and study characteristics. *Schizophrenia Bulletin*, 46(3), 496–504. doi: 10.1093/schbul/sbz090
- Guo, Z.H. et al. (2017). Brief cognitive-behavioural therapy for patients in the community with schizophrenia: randomised controlled trial in Beijing, China. *Br J Psychiatry*, 210(3), 223–229. doi: 10.1192/bjp.bp.116.183285
- Baandrup, L. et al. (2016). Treatment of adult patients with schizophrenia and complex mental health needs—A national clinical guideline. *Nordic journal of psychiatry*, 70(3), 231–240. doi: 10.3109/08039488.2015.1074285
- Jauhar, S., McKenna, P.J..., Rauda, J., Fung, E., Salvador, R., Laws, K.R. (2014). Cognitive-behavioural therapy for the symptoms of schizophrenia: systematic review and meta-analysis with examination of potential bias. *Br J Psychiatry*, 204(1), 20–9. doi: 10.1192/bjp.bp.112.116285



Det er spesielt at alle helseforetakene har laget sine egne og helt forskjellige medisinfrie tiltak

DEBATT OM MEDISINFRI BEHANDLING

Tidligere innlegg:

Nr. 06 - 2021 Forskning først, behandling etterpå (Jone Bjørnstad, Wenche ten Velden Hegelstad)

Nr. 05 - 2021 Lar brukernes rettigheter komme i annen rekke (Mikael Julius Sømhovd, Aina Fraas-Johansen)

Retten til medisinfrie tilbud

Det er ikke psykoseforskere som bestemmer hvordan de faktiske helsetjenestene skal se ut, eller som vurderer forsvarlighet.

TEKST Mikael Julius Sømhovd, ph.d., spesialrådgiver, sekretær i Testpolitisk utvalg og Forskningspolitisk utvalg i Norsk psykologforening og Aina Fraas-Johansen, psykologspesialist, spesialrådgiver, Norsk psykologforening

MEDISINFRI BEHANDLING

VI BLE UMIDDELBART glade da det så ut som Jone Bjørnstad og Wenche ten Velden ville debattere vårt innlegg i aprilutgaven av TNPF. Problemstillingen i vårt innlegg var at pasienters rett til å velge medisinfri behandling ser ut til å brytes når fagfolk vegrer seg for å henvise til slik behandling, jf. funn dokumentert i rapporten Legemiddelfri behandling – mitt liv, mitt valg! (KBT Midt, 2020). Ofte vil de dreie seg om pasienter med psykoselidelser.

Ikke desto mindre ble skuffelsen da vi oppdaget at Bjørnstad og ten Velden dessverre ikke berører problemstillingen vi brakte opp.

ELEMENTÆR FORSKNINGSMETODE

Vi diskuterte om vi faktisk skulle svare på et innlegg av denne typen. Spekket med det vi oppfatter som hersketeknikker, merkelapper, påstander om lemfeldig referansebruk, og annet. Omkring 70 prosent av teksten leser vi som dosering i elementær forskningsmetode, noe vi opplever som lite relevant. Det fristet å la innlegget passere.

Men nettopp siden Bjørnstad og ten Velden ikke vil diskutere temaet, sammen med deres tilsynelatende oppfatning av dette som en forskningsteknisk problemstilling, gjør at

vi mener det er riktig å utdype noen nye «selvfølgeligheter».

Som nevnt berører ikke Bjørnstad og ten Velden rettighetsspørsmålet. Da blir det vanskelig å forstå utsagn som: «Hvorfor skal vi da akseptere en slik praksis i psykisk helsevesen [*sic*]?», som annet enn at de synes å leve godt med at pasientrettigheter i de omtalte tilfellene ikke blir innfridd. Teksten er også et lite fordekt forsøk på å kapre en definisjonsmakt for psykisk helsevern, som ikke ligger til forfatterens yrkesmandat som forskere. Det er derfor nærliggende å tenke at de kan ha misforstått sin rolle.

VURDERINGSGRUNNLAGET

Det er ikke psykoseforskere som bestemmer hvordan de faktiske helsetjenestene skal se ut, eller som vurderer forsvarlighet. Dette delegeres gjerne til fagdirektoratene, som sånn får en instruerende myndighet. Tjenesteutvikling i psykisk helsevern inkluderer betydelig bredere vurderinger enn enkle forskningsspørsmål som effekt versus ikke effekt, god effekt eller dårlig effekt. Når faglige retningslinjer og veiledere utformes, utredes både rettslige, økonomiske og fag-

MER ENN EFFEKT Tjenesteutvikling i psykisk helsevern inkluderer betydelig bredere vurderinger enn enkle forsknings spørsmål som effekt versus ikke effekt, skriver Sømhovd og Fraas-Johansen. Det handler blant annet om menneske- og pasientrettigheter. Foto:



lige komponenter. Menneske- og pasientrettigheter veies også opp mot blant annet forsvarlighet. Forskning er altså bare én del av vurderingsgrunnlaget.

Satt helt på spissen er eksempelet med lungekreft, brakt på bane av Bjørnestad og ten Velden, ironisk nok heller til støtte for vårt syn på medisinfrie tilbud. Nettopp på grunn av menneskerettigheter, pasientrettigheter, retten til personlig integritet og til medvirkning i egen behandling kan man godt velge bort en cellegiftkur, og heller velge å dø. Når tiden kommer, får man like fullt palliativ behandling. Eksempelet er likevel fjernt fra problemstillingen.

Et annet og mer nærliggende eksempel er at vi i Norge, med ytterst få unntak, ikke tilbyr legemiddelasistert rehabilitering som *eneste* alternativ til mennesker med en opioidavhengighet. Selv om substitusjonsbehandling er internasjonalt anerkjent som «Best Practice», nekter vi altså ikke ruspasienter å forsøke medisinfrie behandlingsmetoder. På samme måte har pasienter med psykosetilstander rett til å velge sin behandling. Retten til å prøve noe som kan vise seg å være ubehagelig, og sågar føre til at sykdomssymptomer kommer tilbake. Og på samme vis som andre pasienter skal de kunne ombestemme seg og velge standard behandling dersom det viser seg bedre.

I stedet for videre polemikk inviterer vi heller Bjørnestad og ten Velden på wienerbrød og kaffe så snart pandemien tillater det. Forhåpentligvis kan vi da ha en mer fruktbar diskusjon om dette viktige temaet.

Vi kan gjerne også diskutere forskningsmetode. Men la oss holde det til pausene, eller helst en annen anledning, for det er ikke det dette handler om. ✕



Som nevnt berører ikke Bjørnestad og ten Velden rettighetsspørsmålet

Lønnsomt å spre profesjonsutdanningen

Til forskjell fra psykologiprofessor Anne-Kari Torgalsbøen, mener vi det vil være god samfunnsøkonomi å utdanne psykologer ved Universitetet i Agder. Mye er allerede på plass.

TEKST Anders Johan W. Andersen, dekan, Fakultet for helse og idrettsvitenskap, UiA, og Sunniva Whittaker, rektor, UiA

PROFESJONS- UTDANNINGEN

PROFESSOR ANNE-KARI TORGALSBØEN mener det vil være samfunnsøkonomisk lite klokt å spre ressursene og etablere flere studiesteder for profesjonsutdanning i psykologi. Vi er enig i at en økning av antall studieplasser vil koste penger, og vi er helt avhengig av tildeling av nye studieplasser for å få dette til. Men vi er uenig i at dette er samfunnsøkonomisk uklokt, og vil oppfordre til å se et litt større bilde.

Sørlandet er et godt sted å leve og bo, men landsdelen har levekårsutfordringer som har vist seg å vare over tid. Særlig foruroligende er utviklingen som viser at stadig flere yngre mennesker blir uføretrygdet grunnet psykiske lidelser. Dette spiller blant annet inn på evnen til å gjennomføre utdanning og å komme seg i arbeid, noe som igjen koster samfunnet dyrt.

Agder har færre kvinner med høyere utdanning enn landsgjennomsnittet, flere kvinner i deltidsstillinger og færre fedre som tar ut hele fedrekvoten eller mer. Antall mennesker mellom 18 og 24 år som trenger sosialstønad, er stabilt høyt. Landsdelen har en høyere andel mennesker som får innvilget varig uførepensjon mellom 18 og 66 år. Agder ligger også høyt på utskrivning av resepter på avhengighetsskappende legemidler. Tall fra 2020 viser at det er til dels betydelig flere mennesker som tar kontakt med fastlege/legevakt for psykiske symptomer og lidelser enn ellers i Norge.

Etablering av et profesjonsstudium i psykologi ved UiA blir et tiltak for å bedre på dette i

dobbel forstand. Det bidrar til å sikre nødvendig kompetanse for å møte disse levekårsutfordringene, og bidrar samtidig til å øke utdanningsmulighetene for unge kvinner og menn i Agder. Dette er bakgrunnen for at Universitetet i Agder satte i gang dette prosjektet, og ønsker å få profesjonsstudiet i psykologi i den fremtidige studieporteføljen. Vi mener dette rett og slett er en klok investering sett fra et samfunnsøkonomisk perspektiv.

KAPASITET OG REKRUTTERING

De fire universitetene som per i dag tilbyr profesjonsstudiet i psykologi, er lokalisert i hver sin helseregion. I tabellen på den andre siden er Kunnskapsdepartementets kandidatmåltall for 2021 sammenstilt med innbyggertall i hver helseregion (tall fra SSB).

Som det kommer frem av denne tabellen, er det en underkapasitet i utdanningen av psykologer i Helse Sør-Øst sammenlignet med andre helseregioner. Universitetet i Agder foreslår å bøte på det gjennom å etablere en ny psykologutdanning i Helse Sør-Øst, slik det fremgår av tabellen under. Tallet i rødt er forslag til kandidatmåltall lagt til UiA. Befolkningen i Agder samt Telemark og Vestfold, til sammen 726627 mennesker, utgjør her grunnlaget for profesjonsstudiet ved UiA.

Mange studenter har praksis i nærheten av studiestedet sitt, og finner jobber i samme region etterpå. Sørlandet er ikke en del av jobbmarke-

TABELL 1

	Innbyggertall	Antall kommuner	Kandidatmåltall for 2021	Antall innbyggere per kandidat
Helse Midt-Norge (NTNU)	733940	64	63	11650
Helse Nord (UiT)	484546	80	39	12424
Helse Sør-Øst (UiO)	3032671	146	112	27077
Helse Vest (UiB)	1116423	66	80	13955

TABELL 2

	Innbyggertall	Antall kommuner	Mulige kandidatmåltall	Antall innbyggere per kandidat
Helse Midt-Norge (NTNU)	733940	64	63	11650
Helse Nord (UiT)	484546	80	39	12424
Helse Sør-Øst (UiO)	2306044	98	112	20590
Helse Sør -Øst (UiA)	726627	48	35	20761
Helse Vest (UiB)	1116423	66	80	13955

det for uteksaminerte kandidater fra verken Oslo eller Bergen. Bildet er mer gjenkjennelig med beskrivelsene i NOU 2020: 15 «Det handler om Norge – Utredning om konsekvenser av demografiutfordringer i distriktene». Her argumenteres det for betydningen av å opprettholde og forsterke institusjoner for høyere utdanning i distriktene for å sikre rekruttering til sentrale samfunnsområder, men også for å bedre levekårene. Dette har stor gyldighet for etableringen av profesjonsstudiet i psykologi ved UiA.

FELLES SLUTTKOMPETANSE

Universitetet i Agder har lang erfaring med rammeplanstyrte utdanninger i helse- og sosialfag, og er godt kjent med ambisjonene i RETHOS. Slik det også fremkommer i intervjuet professor Torgalsbøen reagerer på, vil psykologistudiet ved UiA forankres, utvikles og gjennomføres i tråd med forskrift om nasjonal retningslinje for psykologutdanning. Selv om vi har gleden av å samarbeide med flere kjente og anerkjente fagpersoner, så vil vi også innfri kravene i studietilsynsforskriften når det gjelder kompetanse og krav til ansatte med hovedstilling på universitetet.

Som med andre helse- og sosialfaglige utdanningsprogram er det utfordrende å sikre både høy klinisk kompetanse, høy forskningskompetanse og høy kompetanse i universitets- og høyskolepedagogikk. Der er vi enige med Torgalsbøen. Denne trippelkompetansen for-

drer klarsynte ledere i akademien. For slik også Husebekk-utvalget understreker i sin rapport om en helhetlig stillingsstruktur i akademien, arbeider vi ut fra et premiss om at det er UH-institusjonene som skal oppfylle lovens formål om forskning, utdanning og samspill med samfunnet, ikke den enkelte ansatte.

Det innebærer at vi ser mulighetene for et samarbeid på tvers av fakulteter ved UiA, og i tett samarbeid med både helseforetak og kommuner. Vi anser dette som en av våre styrker. Om en ser på hvor psykologutdanningene er organisert på de fire universitetene per i dag, så understøtter det en forståelse om at psykologi har forankring både i helsevitenskap, samfunnsvitenskap og utdanningsvitenskap. Det springer ut av en generalistmodell som foredrer kunnskap fra ulike tradisjoner og perspektiver.

OPPSTART

Professor Torgalsbøen mener det er lite realistisk med oppstart i 2022. Vi er enig i at det er ambisiøst, og vårt viktigste mål er heller ikke oppstartdatoen. Vi arbeider først og fremst med å skape et solid og anerkjent studieprogram med høy kvalitet på alle nivå. Trenger vi mer tid for å få dette til, så tar vi det. Samtidig har vi hatt profesjonsstudium i psykologi som mål siden 2010, så vi har allerede mye på plass. Og da er det motiverende med et universitetsstyre som viser vilje til å sette levekår, livskvalitet og psykisk helse øverst på dagsorden. ✕



.... det er en underkapasitet i utdanningen av psykologer i Helse Sør-Øst sammenlignet med andre helse-regioner



PSYKOLOG I SØR Rektor ved Universitetet i Agder, Sunniva Whittaker, vil starte profesjonsutdanning. Det er samfunnsøkonomisk ukløkt, skrev Anne-Kari Torgalsbøen i juni, men Whittaker får uforbeholden støtte av Arne Holte i dette innlegget. Foto: Jon Petter Thorsen

Tromsø klarte det, det kan Agder også

Start psykologutdanning i Agder nå! Det er ikke samfunnsmessig ukløkt, slik Anne-Kari Torgalsbøen hevder i juniutgaven.

TEKST Arne Holte, professor emeritus i helsepsykologi, UiO

**PROFESJONS-
UTDANNINGEN**

I 1989, da noen ville arrangere OL på Lillehammer, sa statsråd Gudmund Hernes: «Det er et spørsmål om vi kan.» Det ble til OL-arrangørenes slagord: «De sa vi ikke kunne greie det, så vi gjorde det!». Ikke ulikt Hernes trodde styret ved Universitetet i Tromsø (UiT) at det var urealistisk med psykologutdanning i Tromsø. Halmstrået var at de ville utrede saken. Det gjorde de. Den 1.12.1988 vedtok

universitetsstyret å opprette fullt embetsstudium i psykologi. Høsten 1991 var det i gang.

Det var da professor Karl Halvor Teigen med OL-vri formulerte Tromsø-utdanningens slagord: «Vi sa vi kunne gjøre det, så gjorde vi det!» Slagordet bør nå overleveres Universitetet i Agder slik OL-fakkelen ble overlevert Lillehammer.

For Bertil Bjerkan, Frode Svartdal og de andre drivkreftene bak Tromsø hadde rett: I 1990 var det 21 psykologer i Nord-Norge. Nå utdanner Institutt for psykologi 45 psykologer hvert år. Hittil har det blitt 700. Tre år etter utdanning arbeider 80 % i landsdelen. Instituttet driver egen klinikk, har god tilgang på kliniske lærere, samarbeider tett med andre utdanninger, er godt bemannet på alle fagområder med til sammen 100 årsverk, noen fra utlandet, noen i vitenskapelig internasjonal toppklasse. Det har haglet med priser: UiTs undervisningspris flere ganger, Kunnskapsdepartementets undervisningspris og UiTs forskningspris flere ganger. Med 1130 søkere på 49 plasser har UiT landets mest populære psykologutdanning og er det åttende mest søkte studiet i landet.

TIMING

Gå hen og gjør likedan, Agder! Konteksten nå er mye enklere. Alle kommuner skal ha psykolog. Psykisk helse skal inn i skolen. Riksrevisjonen hudfletter regjeringen for å svikte psykisk helse. «Den gylne regel» ligger på søppelhaugen. En ny opptrappingsplan må komme. Psykologrollen er i endring. De gamle utdanningene sliter med å snu. Agder skal ikke som Tromsø konkurrere om rekruttering mot en utdanning i Trondheim som ville bygges opp samtidig. Det er en overflod av dyktige søkere til akademiske stillinger. I Europa er det økonomisk krise og kutt i universitetsbudsjettene, dyktige forskere får ikke jobb. Fra Storbritannia kan dere, som Tromsø, rekruttere Brexit-flykninger. Fra Sverige kan dere hente folk som vil tjene bedre. Norske psykologer med doktorgrad produseres hele tiden. De fleste av dem blir kliniske spesialister. De nasjonale faglige retningslinjene, RETHOS, garanterer for at dere må få tilført nødvendige midler for å holde kvalitetskrav og bredde. Regjeringen ønsker aktivt å spre utdanningene. Og vi har råd. Investering i utdanning gir liten inflasjon. Psykisk helse er på alle partiers programmer. Snart er det valg. Bedre timing blir det ikke.

Allier dere bredt, Agder, og kjør på!

MOTSTANDEN

Prinsippet om nasjonal arbeidsdeling mellom psykologutdanningene er brukt som argument mot etablering i Agder. I 1991 hadde landet fire millioner mennesker og fire psykologutdanninger. Nå har vi fem millioner. Da bør vi ha fem

utdanninger. En psykologutdanning per million mennesker er passe arbeidsdeling.

I Norge bygger psykologutdanningene på «scientist-practitioner-modellen» fra 1949, også kalt «Boulder-modellen». Boulder-modellens idé er at forskning skal være en integrert del av klinisk praksis slik at klinikerer kontinuerlig bidrar til å utvide det vitenskapelige grunnlaget for virksomheten. Den er så krevende at Agder ikke kan klare det, sier noen. Men i Norge er jo ikke forskning en integrert del av klinisk praksis. Studentene lærer heller ikke det. Boulder gjelder bare i navnet, ikke i gavnet. Agder behøver ikke bekymre seg.

Den brede kompetansen som UiO, UiB, NTNU og UiT gir, skal visst også være en utfordring for Agder. Nyutdannede psykologer skal kunne utføre selvstendig utredning, behandling – og forebygging – med alle aldersgrupper. Også det er i navnet, ikke i gavnet. Faktum er at praktisk talt alle nyutdannede psykologer skaffer seg systematisk veiledning. Mer selvstendige er de ikke. Påstanden om forebygging faller på egen grunn. De fleste norske psykologer har aldri hatt et eneste kurs i forebyggende psykisk helse.

Den brede kompetansen fra «de fire gamle» skal komme kommunene og distriktene spesielt til gode, er det sagt. I Oslo er bredden ikke større enn at organisasjonspsykologi er tatt helt ut og samfunnspsykologi holdt på et minimum i utdanningen. Skal nyutdannede kommune-psykologer gi konsultasjon til barnehager, skoler og organisasjoner uten å kunne organisasjonspsykologi og til kommuner uten å kunne samfunnspsykologi?

Om status quo er til gode for distriktene, så hvorfor holder så mange psykologer til i Oslo Vest? Hvorfor måtte det utdanning til i Tromsø for å få psykologer i nord? Hvorfor strømmer de ikke til sør?

Vi utdanner ikke psykologer til spesialiserte områder i det norske helsevesen slik det legges opp til i Agder, vi utdanner generalister, har noen påstått. I navnet kanskje, men ikke i gavnet. Åtte av ti nyutdannede psykologer har sin første jobb i spesialisthelsetjenesten. Tilfeldig? Neppe.

LOMMEBOKA TIL «DE GAMLE»

Utenforstående skjønner ikke hvor dyr og krevende psykologutdanning er, og hvor flinke vi gamle er, strutter en av motstanderne. Det gjorde de da ELTE-psykologene fra Ungarn »



... i Norge er jo ikke forskning en integrert del av klinisk praksis

skulle integreres i norsk psykologstand også. «De gamle» krevde 2 ½ års tilleggstudning til et grådig antall millioner kroner for at de skulle bli som oss. Bent Høie lot seg ikke lure og skar ned til ett år inklusive veiledet praksis. Det gikk fint.

Nå er motstandsmotivet blitt åpent: «Vi kan risikere at det blir færre midler til de eksisterende profesjonsstudiene ...» (Torgalsbøen, 2021). Her er det ikke engasjement for befolkningens psykiske helse som er drivkraften. Det er lommeboka til «de gamle».

Motstanden handler ikke om å bevare et monopol, sies det. Nå er visst bekymring for norsk samfunnsøkonomi den viktigste driveren. Men ingen har forsøkt seg på et samfunnsøkonomisk regnskap ved å etablere psykologutdanning i Agder. Det trenger vi heller ikke. Intet samfunnsregnskap kunne legitimert etableringen i Tromsø. Slik blir det i Agder også. Vedtak som dette er politiske og bør styres av befolkningens behov.

Jeg har vært med på å bygge opp flere forsknings- og utdanningsinstitusjoner, bl.a. Institutt for medisinske atferdsfag, UiO, Institutt for psykologi, UiT, og Divisjon for psykisk helse, FHI. Skal Agder få dette til, bør de fundere virksomheten lokalt, gjøre noe ikke alle andre kan gjøre like bra, finne nye måter å gjøre det på, samarbeide med naboene, være best og skinne fort. Enkleste vei dit er å begynne med å etablere en tilleggstudning for alle fra inn- og utland med relevant bachelor-/masterkombinasjon i psykologi.

Den 15. september 1988 sa IOC-president Juan Antonio Samaranch de bevingede ord: «The descision is Lillihammer». Før storingsvalget vil jeg høre statsråd Guri Melby si: «Beslutningen er Agder», og deretter Agderrektor Sunniva Whittaker: «Vi sa vi kunne gjøre det, så vi gjorde det!»

Lykke til, Universitetet i Agder! ❌

REFERANSER

- Albee, G.W. (2000). «The Boulder Model's Fatal Flaw». *American Psychologist*, 55(2), 247–248. doi:10.1037/0003-066X.55.2.247. PMID 10717973.
- Frank, G. (1984). The Boulder Model: History, rationale, and critique. *Professional Psychology: Research and Practice*, 15(3), 417–435. doi = 10.1037/0735-7028.15.3.417
- Frank G. (1986). The Boulder Model Revisited. *Psychological Reports*, 59(2), 407–413. doi:10.2466/pr0.1986.59.2.407
- Perry, N.W. (1987). The New Boulder Model: Critical element. *The Clinical Psychologist*, 40(1), 9–11.
- Shapiro, D.S. (2002). «Renewing the scientist-practitioner model». *Psychologist*, 15(5), 232.
- Torgalsbøen, A.-K. (2021). Jakten på psykologutdanningen. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 58, 516–517.

DEBATT OM PROFESJONSUTDANNINGEN

Tidligere innlegg:

Nr. 06 - 2021 Jakten på psykologutdanningen (Anne-Kari Torgalsbøen)

Bekymringsmelding om ISTDP mottatt

Psykolog og stipendiat Camilla Bärthel Flaaten tar i juniutgaven ansvar som fagperson ved å dele sin bekymring etter erfaringer med ISTDP som pasient.

FLAATENS BEKYMRINGSMELDING er rikholdig og nyansert, og jeg finner lite å være uenig i. Jeg vil trekke frem fire aspekter der mulighetene for læring er særlig store i møte med arbeid med terapimodeller.

1. Kritisk forskning på psykoterapimodeller fra personer uten nære bindinger til modellene er mangelvare. Vi kan også ha stor nytte av å studere hvilke spesifikke prosesser i terapi som leder til negative utfall.
2. Et for ensidig fokus på én modell, kan lede til at man tilsidesetter kunnskap og systemer som er ment å redusere risiko for negative utfall av behandlingen. Herunder tradisjonell diagnostikk, vurdering av medikamentell behandling og andre terapiformer.
3. Psykologen har stor definisjonsmakt i terapirommet. Det kreves derfor av psykologen

særlig sensitivitet og vektlegging av pasientens beskrivelser og forståelse av de aktuelle problemene som blir presentert. En for rigid holdning til en terapimodell kan lede til at terrenget tilpasses kartet med de alvorlige kostnader dette kan medføre for pasienten.

4. Ideen om at en kjølig og avmålt psykologrolle fremskynder terapiprosesser, er dårlig fundert i psykoterapiforskning. Det samme kan sies om å ikke endre kurs i terapien om pasienten opplever økning i symptom uten at det foreligger en fornuftig årsaksforklaring for det.

Ved å dele sine erfaringer bidrar Flaaten til læring hos alle psykologer som vil hjelpe folk til høyere livskvalitet. Det skal hun ha takk for. ✕

TEKST Filip Myhre, psykologspesialist, Norsk institutt for ISTDP

ISTDP

DEBATT OM ISTDP

Tidligere innlegg:

Nr. 06 - 2021

Ett år med ISTDP

- en bekymringsmelding (Camilla Bärthel Flaaten)

REPLIKK

Vi må ta hensyn i den offentlige debatten

I EN REPLIKK til Sigmund Karteruds kommentar til min kasusstudie om epistemisk mistillit tillot jeg meg å betegne deler av hans kommentar som etisk betenkelig. Som svar på dette spør Karterud hva slags offentlighet jeg ønsker meg - jeg som «drar etikk-kortet» og ikke «tåler» at han ramser opp en rekke «personlighetsproblemer» hos klienten min. Dette dreier seg imidlertid ikke om at jeg ikke tåler Karteruds kritikk, men heller om hvordan han ekstrapolerer fra en klinisk beskrivelse av en person han selv verken har møtt eller har tilstrekkelig informasjon om. «Klient med personlighetsproblemer som vedrører alle personlighetens hovedkomponenter» kan lett forstås i retning av diagnos-

tikk, og det er her hensynet til klienten og mine tilknyttede etiske betenkeligheter kommer inn - da jeg tror dette vil kunne oppleves belastende for klienten. Karterud kunne fint fremsatt sin kritikk mot min begrepsbruk uten å bruke slike karakteristikk av henne. Så, jeg ønsker meg en offentlig debatt der vi som fagpersoner reflekterer nøye over hvordan det vil oppleves for den enkelte klient å lese det vi skriver om vedkommende. Utover dette er jeg enig med Karterud i at både nyhets- og nytteverdien av begrepet epistemisk tillit kan og bør diskuteres. Litt temperatur har vi heller ikke vondt av, så lenge debatten og dens temperatur ikke går på bekostning av den enkelte klient. ✕

TEKST Kristin Alve Glad, stipendiat ved Nasjonalt kunnskaps-senter om vold og traumatisk stress (NKVTS) og privat-praktiserende psykolog

DEBATTKULTUR

Dressjakke møter allværsjakke

Hvis psykologer skal bidra inn i barnevernet, holder det ikke at barneverntjenestene vet at vi er kompetente. De må ønske å samarbeide med oss også. Da må vi snakke med dem, ikke om dem.

TEKST Heidi Svendsen Tessand, psykologspesialist og seksjonsleder, Stillasbyggerne på Akershus universitetssykehus.

PSYKOLOGER I BARNEVERNET

I JUNIUTGAVEN AV tidsskriftet demonstrerer psykologene Audun Formo Hay og Geir Skauli klokskap når de beskriver arbeid i barnevernet. Ved å fokusere på vårt felles samfunnsoppdrag og respektere hverandres roller og kompetanse kan vi unngå profesjonskamp. Deres ydmykhet er et kjærkomment avbrekk i en ellers hard tone i debatten om barnevernet.

Jeg har jobbet tett på de kommunale barneverntjenestene og institusjoner de siste ni årene. Medietrykket er høyt. Jeg abonnerer på søketjenesten Retriever. Det kan være mange hundre saker i måneden om barnevernet. I snitt ti ganger så mye som om psykisk helsevern, i tillegg til enorme mengder på nett. Innholdet er i all hovedsak kritisk. Tenk deg daglig å lese at tjenesten du jobber i, ikke fungerer, og at du har lav kompetanse. Overraskende nok er tilhiten til barnevernet høy i Norge, på tross av kritikken (Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet, 2021).

Departementene har i flere år hatt en felles satsing på barnevern, blant annet om helsehjelp og kompetanseheving. Det er bra. Det finnes utallige rapporter med grusomme historier om offentlig svikt og svik (NOU 2017:12). Svært mye av kritikken er berettiget. Min arbeidsplass har selv fått tilbakemeldinger om at vi kan oppleves som kritiske og lite bevisste på egen makt, selv om vi fungerer godt sammen

med barneverntjenestene (Mellblom og medarbeidere, 2021).

DRESSJAKKER OG ALLVÆRSJAKKER

Det er noen slagsider ved det offentlige ordskiftes harmdirrende rettferdighetssans på barns vegne. Det er for eksempel stort sett akademikere som kritiserer høyskoleutdannede. Som Mimmi Kvisvik – leder i FO – sa i forrige utgave av Psykologtidsskriftet: «Profesjonskampen er allerede i gang. Når barnevernet blir diskutert, er det oftere jurister, psykologer og økonomer enn sosionomer og barnevernspedagoger som blir spurt til råds.» Det er ikke første gang Kvisvik er oppgitt over å bli forbigått. Da Regjeringen nylig nedsatte et nytt ekspertutvalg (Rød, 2021), var utvalget blottet for folk som kunne representere de kommunale barneverntjenestene og miljøpersonale på institusjoner. Tenk deg et ekspertutvalg nedsatt for å lage en kvalitetsreform for spesialisthelsetjenesten – men uten å ha med leger eller psykologer fra innsiden av tjenestene. Det hadde vært uheurt.

Men motsatt skjer det. Akademikerne skal kvalitetsforbedre tjenestene der de høyskoleutdanna jobber. Dressjakkene inviterer ikke allværsjakkene inn i varmen, selv om de vet at allværsjakkene bokstavelig talt har vært ute flere vinternetter. Som om deres praksisnære, sosialfaglige og erfaringsbaserte kompetanse



SAMMEN FOR BARN Samarbeid er krevende fordi det er vanskelig å bygge opp og lett å bryte ned, skriver Heidi Svendsen Tessand.
Foto: David Hornback / NTB Scanpix

er veiet og funnet for lett. Dette er en uklok strategi mot et bakteppe de fleste kjenner til:

Samarbeidet mellom barnevernet og andre instanser er utfordrende. Særlig mellom spesialisthelsetjenester og barneverntjenester. Lauritzen og medarbeidernes (2017) evaluering av rundskrivet om samarbeid viste blant annet at det var manglende tillit til hverandres kompetanse, gjensidig skepsis og ulik problemforståelse. IPSOS-rapporten (2018) viser at når tjenester blir spurt om hvem de har de største samarbeidsutfordringene med, så skårer spesialisthelsetjenesten dårligst med 37 %, tett fulgt av fastlegene og barneverntjenesten.

Samarbeid er krevende fordi det er vanskelig å bygge opp og lett å bryte ned. Hvordan vi kommuniserer om og med hverandre, påvirker hva slags samarbeidsklima vi bereder grunnen for. Kommunikasjon kommer fra det greske ordet «communicare», som betyr «å gjøre felles». Fra team-teori vet vi at vellykkede samarbeid er kjennetegnet av mennesker som er gjensidig avhengig av hverandre for å nå et felles mål.

VI MÅ KRITISK ANALYSERE DET SOM GÅR BRA

Debatten handler ofte om hva andre profesjoner mangler, og hva slags ekspertise man selv besitter, uten å nevne egne tilkortkommenheter. Vil uttalt skepsis til andres yrkesutøvelse fremme samarbeidsklimaet?

Det som kjennetegner de som lykkes, som nevnte Bærum og Skien, men også Bergen kommune – blant annet takket være Ole Mikaelen, tillitsvalgt for FO i Bergen – er nettopp nysgjerrigheten og ydmykheten i å forstå hverandres perspektiver. Vi trenger flere som synliggjør det som er bra. Det betyr ikke at vi skal slutte å ha barnevernet under lupen. De forvalter enorme mengder makt over de mest utsatte. Vi skal oppdage, melde og være nådeløse på barns vegne.

Men vi må like kritisk og omfattende undersøke og analysere hva som kjennetegner prosesser som går bra, så vi kan gjøre mer av det. Hvis vi



Dressjakkene inviterer ikke allværsjakkene inn i varmen, selv om de vet at allværsjakkene bokstavelig talt har vært ute flere vinternetter



skal oppleves som relevante for barneverntjenestene, holder det ikke at de vet at vi er kompetente på for eksempel traumer og utviklingspsykologi, de må ønske å samarbeide med oss også.

Som lederen i Bærum barneverntjeneste sa: Det handler ikke om hvilke profesjoner som skal inn i barnevernet, men om hvilke oppgaver som skal løses. Nå skal det testes ulike modeller for akademikere inn i eller tilknyttet barneverntjenesten. Vi bør øve på å se hva som er vårt felles anliggende, slik at vi øker sannsynligheten for å bli ønsket velkommen. ✕

REFERANSER

- Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet (2021, 21. januar). *Tilliten til barnevernet er styrket* https://bufdir.no/aktuelt/tilliten_til_barnevernet_er_styrket2/
- Folkehelseinstituttet. (2020, 24. august). *Utbrudd av sykdommer i utlandet: Oversikt*. <https://www.fhi.no/sv/reiserad/oppdatering-om-sykdomsutbrudd>
- Folkehelseinstituttet. (2020, 24. august). *Utbrudd av sykdommer i utlandet: Oversikt*. <https://www.fhi.no/sv/reiserad/oppdatering-om-sykdomsutbrudd>
- IPSOS (2018). *Kartlegging av samhandling om utsatte barn og unge*. Forebygging.no http://tidliginnsats.forebygging.no/Documents/IPSOS-Endelig-rapport_samhandling_250118.pdf
- Lauritzen, C., Vis, S.A.M., & Fossum, S. (2017). *Samhandling mellom barnevern og psykisk helsevern for barn og unge – utfordringer og muligheter*. Psykologisk.no <https://psykologisk.no/sp/2017/11/e14/>
- Mellblom, A., Engell, T., Bergseth, J., Baardstu, S., & Helland, S.S. (2021). *Ungdommens stillas. En kartlegging og beskrivelse av tjenesten Stillasbyggerne samt ungdommers og samarbeidspartneres erfaringer*. Regionsenter for barn og unges psykiske helse.
- NOU 1998: 18. (1998). *Det er bruk for alle: Styrking av folkehelsearbeidet i kommunene*. Sosial- og helsedepartementet. NOU 2017:12 (2017). *Svikt og svikt — Gjennomgang av saker hvor barn har vært utsatt for vold, seksuelle overgrep og omsorgssvikt*. Barne- og familiedepartementet
- Rød, S. (2021). *Ekspertutvalg skal bedre barnevernet*. Fontene. <https://fontene.no/nyheter/ekspertutvalg-skal-bedre-barnevernet-jeg-beklager-sterkt-at-vi-ikke-er-tatt-med-sier-foleder-mimmi-kvis-vik-6.4776953.086c095518>

Debattert

Er det metoden eller terapeuten...?

Stort engasjement i FB-gruppa «Psykologer» i kjølvannet av Camilla Bärthel Flaaten's bekymringsmelding om ISTDP i juniutgaven.

Nennsomhet: Flott kronikk og en god påminner om farene ved å få et «religiøst» forhold til en bestemt behandlingstilnærming. Dette har ikke fratatt meg troen på at ISTDP virker, men understøtter vittigheten av nennsomhet i møte med pasientens smerte.

Fredrik Sylvester Jensen

Makt: (...) det er skremmende om pasienter opplever at vi er mer opptatt av å hevde at vi har rett enn å forstå hva som har skjedd og hvorfor pasienten føler seg krenket.

Heidi Gjerde

Sympati med terapeuten: Camilla hatt gitt tydelig beskjed om hennes opplevelse i denne terapien, og det er synd den var negativ. Uansett hva årsakene er så går min sympati også til den ukjente terapeuten som ikke kan bli hørt. Jeg sier det helt uten å plassere skyld. Denne terapeuten er selvfølgelig også et menneske med følelser.

Jørn Hokland

Menighet: Jeg har egentlig aldri helt skjønnet greia med å jobbe etter bare en metode. Hvordan kan det være mulig? Bliir også alltid skeptisk når noe fremstår som «menighet».

Hanne Naug

Skråsikkerhet: Jeg tror (...) at denne kritikken kan rettes mot enhver terapeutisk metode; det farlige er å gå seg blind i egen skråsikkerhet. Jeg er ikke så sikker på om dette er et større problem i ISTDP enn andre metoder (...).

Christian Frøysaa

Sokratisk utspørring: Etter å ha vært på noen seminarer om ISTDP har jeg inntrykk av en viktig forskjell fra en del andre tilnærminger: Der man i en del andre tradisjoner ville servert noe som et forslag, i form av en tentativ tolkning, undring, sokratiske utspørring e.l., med i det minste et mål om å være åpen for klientens syn på dette; handler man i ISTDP raskt og kontant på bakgrunn av terapeuten's fortolkning av situasjonen, f.eks. når terapeuten har definert noe som «forsvar».

Kari Standal

Egopsykologi: Når jeg leser denne artikkelen får jeg noen assosiasjoner til amerikansk egopsykologi, der terapeutene også har blitt kritisert for å være for «påståelige». Selv om terapeuten's analyse av forsvaret er korrekt, betyr det ikke nødvendigvis at det er fruktbart å forklare pasientene hvordan de er skrudd sammen for så å presse frem følelser.

Hans Petter Karstad

Sensitivitet: Som fan av ISTDP er jeg enda mer fan av motet det krever å dele slike erfaringer.

Even Rognan

Underlig tafatt fra presidentskapet

Kriser treffer oss der vi lever vårt liv. Under en pandemi hadde hovedsatsningsområdet «arbeid og utdanning» derfor fortjent en psykologforening som tok satsningen på alvor.

«**DET ER BEKLAGELIG** at pandemien har rammet kommunikasjonen og synliggjøringen rundt hovedsatsningsområdet», skriver presidentskapet i Psykologforeningen i juniutgaven. Det er altså ikke innsatsen det står på, men kommunikasjonen. Likevel handler innlegget lite om alle tiltakene de har gjennomført, men ikke rukket å formidle. I stedet gjennomsyses det av ord som dialog, referansegrupper, utvikling og forankring.

Som med andre kriser traff nedstengningen oss der vi lever vårt liv, og det er på arbeid og i utdanning. Allerede ved påske i fjor visste vi at arbeidslivet ville endres og arbeidsledigheten øke, og at slike endringer med sin sedvanlige, urettferdige kraft ville ramme de med svakest tilknytning til arbeidslivet. Og selv om offentligheten tidvis virket mer opptatt av åpne ølkraner enn av åpne skoler og barnehager, var det tidlig klart at pandemien ville skape utfordringer for mange elever og studenter.

Den politiske ledelsen burde derfor tidlig innsett at hovedsatsningen var en særskilt riktig

prioritering under en pandemi, og at dette var en anledning til å vise hvordan psykologer og psykologfaget kunne bidra til å skape et mer bærekraftig, ivaretagende arbeidsliv og en ditto opplæringssektor. Istedenfor ble anledningen skuslet bort i interne involverings-, forankrings- og utredningsprosesser. Og snipp snapp snute, der var halve landsmøteperioden ute. ✕

DEBATT OM HOVEDSATSNINGS-OMRÅDET

Tidligere innlegg:

Nr. 06 - 2021 Utdanning og arbeid for alle (Håkon Kongsrud Skard, Arnhild Lauveng, Rune Frøyland)

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



TEKST Bjørnar Olsen¹, Rudi Myrvang² og Nina Laue Næspe³

¹Spesialist i arbeids- og organisasjonspsykologi, Lysne Helse, ²spesialist i arbeids- og organisasjonspsykologi, leder av fagutvalget i organisasjonspsykologi, Norsk Psykologforening og ³psykolog, daglig leder Lysne Helse

HOVEDSATSNINGS-OMRÅDET

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.

Inntrykk

Essay, anmeldelser og forfatterintervjuer



ANMELDT: BOK

Nevro på norsk

Nevrokognitiv utviklingspsykologi gir en innføring i et sentralt fagfelt for vordende psykologer, men boken kunne med fordel satt stoffet inn i en videre kontekst.



BOK *Nevrokognitiv utviklingspsykologi*
FORFATTER Christian Krog Tamnes (red.)
FORLAG Gyldendal
ÅR 2021
ANTALL SIDER 319

ANMELDT AV

Magnus Hole Fjetland, psykologstudent ved Universitetet i Oslo

NORSKE PENSUMBØKER ER etter min mening mangelvare på de første årene i profesjonsløpet, til tross for flere fordeler: De gir nærhet til det akademiske stoffet, i tillegg til å la oss kommende psykologer tilegne oss et klart fagspråk uten anglisimer. Videre vil slike bøker potensielt kunne knytte stoffet opp mot vår spesifikke kontekst, i motsetning til de ofte håpløst amerikanske lærebøkene en vanligvis møter på innføringsemnene. Derfor er *Nevrokognitiv utviklingspsykologi*, som sikter mot å gi en tverrfaglig introduksjon til sammenhengen mellom utvikling av hjerne og kognisjon, meget spennende lesning.

Boken er en antologi med bidragsyttere fra ulike fagdisipliner, og kommer inn på de fleste grunnleggende kognitive fenomenene, som språk, hukommelse, eksekutive funksjoner og oppmerksomhet. Et gjennomgangstema er forholdet mellom utviklingen av kognisjon på den ene siden og endringer i hjernens struktur og funksjon på den andre, der hovedvekten hviler på funn fra hjerneavbildningsstudier. Disse tar ofte utgangspunkt i magnetresonanstomografi (MRI), som omfatter teknikker som måler både hjernens vev og anatomi (strukturell MRI), samt endringer i hjerneaktivitet (funksjonell MRI).

GRUNDIG OG LOGISK

Boken har en logisk struktur, der både rekkefølgen på og innholdet i kapitlene følger utviklingen fra spedbarnsalder til tidlig voksenalv. Den er for meg på sitt mest interessante når forbindelsen mellom de ulike forklaringsnivåene er tydelig, som i kapitlet om sosial kognisjon, der de samme eksperimentbetingelsene skildres i både en kognitiv og en fMRI-variant. I enkelte kapitler koples den nevrokognitive beskrivelsen av et fenomen opp mot en spesifikk problemstilling, og det er for eksempel interessant å lese om sammenhengen mellom hukommelse og tilrettelegging av barneavhør i Østby og Melinders kapittel.

Språket er gjennomgående godt og tydelig, med noe variasjon hva faglig kompleksitet angår, som er å forvente når kapitlene er skrevet av ulike bidragsyttere. Jeg får ikke helt grep om hvilke faglige forutsetninger boken antar hos leseren; kognitive konsepter forklares som regel grundig, men ikke alltid begreper knyttet til hjerneanatomi. Jeg synes det kan være forvirrende at termer som «lapp», «bark» og «korteks» tidvis brukes om hverandre, og selv om flere av kapitlene har figurer som illustrerer kognitive modeller og eksperimentbetingelser, kunne det med fordel vært viet noen sider til

en grunnleggende innføring i hjernens anatomiske utforming.

SAVNER KONTEKST

Fordelen med en pensumbok på norsk kommer frem når de enkelte forfatterne trekker veksler på egen forskning, eller ved kulturspesifikke tema som språkutvikling. Apropos det siste glimrer kultur- og samfunnsrelaterte spørsmål stort sett med sine respektive fravær, men mest av alt savner jeg et introduksjonskapittel som setter dette forskningsområdet inn i en faghistorisk kontekst. Som psykologistudent kan man fort få følelsen av å kastes inn i underdisipliner uten å få en generell innføring – for ikke å snakke om forståelse for forholdet mellom psykologien og de andre samfunnsvitenskapene. Etter å ha fullført boken sitter jeg igjen med spørsmål som: Hvordan har fagfeltet vokst frem, og hva skiller det fra de andre underdisiplinene? Hvilke vitenskapsteoretiske antakelser ligger til grunn, for eksempel med tanke på forholdet mellom kropp, psyke, kultur og samfunn? I det siste kapitlet tas riktignok flere metafaglige spørsmål som replikasjonskrisen opp, men jeg skulle også likt å få vite noe om vekselvirkningene mellom nevrovitenskap og samfunnet: Hvorfor er akkurat denne typen kunnskap i vinden, og hvordan virker det inn på samtiden?

Til tross for de nevnte forbeholdene er *Nevrokognitiv utviklingspsykologi* vel egnet til å gi studenter og andre interesserte en lettfattelig og grundig introduksjon til fagområdet. ✘



INTRO TIL NEVRO *Nevrokognitiv utviklingspsykologi* gir en lettfattelig og grundig introduksjon til fagområdet, skriver vår anmelder. Her ser vi en over 100 år gammel illustrasjon av olfaktoriske nevroner hos en hund. Illustrasjon: Camillo Golgi (1885).

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.

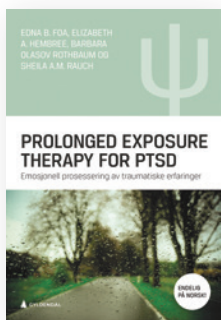
En vanlig bokanmeldelse er på 3-4000 tegn.

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

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

Det enkle er ofte det beste

Enkle og tydelige prinsipper hjelper pasienten å ta del i egen behandling.



BOK *Prolonged exposure therapy for PTSD. Emosjonell prosessering av traumatiske erfaringer.*

FORFATTERE

Edna B. Foa, Elizabeth A. Hembree, Barbara Olasov Rothbaum og Sheila A.M. Rauch

ÅR 2021

FORLAG Gyldendal

SIDER 212

ANMELDT AV

Tomas Formo
Langkaas, spesialist i
klinisk voksenpsykologi,
Vestre Viken HF

MITT FØRSTE MØTE med behandlingen *prolonged exposure* var for rundt 15 år siden. Jeg var involvert i forskning på behandling av post-traumatisk stresslidelse, og vi var på jakt etter en veldokumentert behandling vi kunne bruke som aktiv kontroll i en kontrollert studie. Valget falt på forlenget eksponering – *prolonged exposure*.

Den gang fikk vi tilgang på den interne engelske behandlingsmanualen som ble brukt i forskning. Forskningsgruppen til Edna Foa tilpasset den samme manualen for bruk i vanlig praksis og utga den i 2007. I 2019 kom det en revidert utgave. Endringene omhandler i hovedsak oppdatering av relevant forskning. Det er denne siste utgaven som nå er oversatt og utgitt på norsk for første gang.

VELDOKUMENTERT

Behandlingen er velprøvd og veldokumentert og anbefales ofte i forskningsoppsummeringer. Om man skal lære seg én traumebehandling, er dette et høyst aktuelt alternativ. Samtidig er det en behandling som har møtt mye motbør i fagfeltet. Det har på svakt grunnlag vært stilt spørsmål ved om traumepasienter tåler slik behandling. I tillegg har nok en rekke behandlere – inkludert meg selv – sett på eksponering som lite faglig interessant. Nå tenker jeg annerledes om det.

Eksponeringsbehandling er basert på enkle prinsipper. Overdreven frykt kan overvinnnes ved å oppsøke det man er overdrevent redd for, inkludert når man frykter sine egne vonde minner eller situasjoner som vekker disse minnene. Behandlingsmanualen er detaljert, her ledes behandler og pasient skritt for skritt gjennom behandlingen. Det er detaljerte tidsplaner og sjekklister for hver time, det er skjemaer og

arbeidsark for alle oppgaver, og det er forslag til instruksjoner som kan gjengis ordrett. Her er det så mye struktur at det er vanskelig å trå feil.

Det er to forhold ved denne behandlingen jeg tror er særlig egnet til å vekke motstand hos behandlere. For det første eksponerer denne behandlingsformen også behandleren i mer enn én forstand. Man blir naturlig nok utsatt for eget ubehag ved å høre om traumeminner i detalj. Men i tillegg er behandlingen basert på såpass enkle prinsipper at behandlerens basisferdigheter blir svært synlige – her må man tåle å føle seg eksponert som fagperson.

Detaljnivået i behandlingsmanualen er det andre forholdet som kan vekke motstand. Om man er en forkjemper for ubegrenset faglig autonomi og motstander av instruksjoner og manualer, er denne manualen et velegnet hatobjekt.

Oversettelsen til Elisabeth Haukeland, med bistand fra fagkonsulent Tina Haugen, fungerer godt. Det er gjennomgående valgt trygge oversettelser som ligger tett opp til de engelske begrepene. «Imaginal exposure» og «emotional processing» er oversatt med «imaginær eksponering» og «emosjonell prosessering». Om fagbegrepene virker litt tunge på norsk, kan vi trøste oss med at det gjør de på engelsk også.

EN GLIPP?

Den mest åpenbare begrensningen ved den norske utgaven er at det finnes en tilhørende arbeidsbok som ikke er oversatt (Rothbaum et al., 2019). Den engelske originalen inngår i en serie av behandlingsmanualer fra Oxford University Press – *Treatments That Work* – der arbeidsark og tilleggsmateriale utgis i en egen arbeidsbok. Det er både litt forvirrende og frustrerende når den norske oversettelsen stadig

viser til arbeidsark i arbeidsboken som ikke er tilgjengelig på norsk. Når Gyldendal først har tatt jobben med å utgi en norsk versjon, virker det litt rart å ikke tilby en komplett versjon med alt som trengs for å gjennomføre behandlingen i en norsk kontekst. Dette fremstår som en glipp som forlaget bør kunne rette opp i.

Denne begrensningen er likevel ikke til hinder for å gjennomføre behandlingen. Alt nødvendig materiale fra arbeidsboken kan fritt lastes ned fra nett i engelsk versjon og mange av disse skjemaene kan anvendes i originalspråket. Arbeidsarket om vanlige reaksjoner etter traumer er en repetisjon av det som gjennomgås i andre behandlingstimer, så det kan man egentlig klare seg uten. Min holdning til psykologisk behandling generelt har endret seg etter at jeg først ble kjent med denne manualen for 15 år siden. Jeg tenker i større grad at god behandling er basert på enkle og tydelige prinsipper som det er lett for pasienten å ta del i. Det er en klassisk og sentral behandlingsmanual som nå er gjort tilgjengelig på norsk. Om du kan akseptere at mange arbeidsark ikke er tilgjengelige i oversatt versjon, er dette en manual jeg klart vil anbefale som en del av psykoterapeuters basislitteratur. ✖

Interessekonflikter. Tomas F. Langkaas deltok i forskningssamarbeid med Elizabeth A. Hembree fra rundt 2007 til rundt 2013, noe som resulterte i en forskningspublikasjon utgitt i 2017. Langkaas har ikke vært involvert i arbeidet med å forfatte eller oversette boken som er anmeldt.

REFERANSER

- Foa, E. B., Hembree, E. A., & Rothbaum, B. O. (2007). *Prolonged exposure therapy for PTSD: Emotional processing of traumatic experiences – therapist guide*. Oxford University Press.
- Foa, E. B., Hembree, E. A., Rothbaum, B. O., & Rauch, S. A. M. (2019). *Prolonged exposure therapy for PTSD: Emotional processing of traumatic experiences – therapist guide (2. utg.)*. Oxford University Press.
- Rothbaum, B. O., Foa, E. B., Hembree, E. A., & Rauch, S. A. M. (2019). *Reclaiming your life from a traumatic experience: A prolonged exposure treatment program – workbook (2. utg.)*. Oxford University Press.

KLASSIKEREN



Vi må våge å kalle vold for vold

Per Isdal: *Meningen med Volden* (2018)

De største skadene får vi som regel av andre mennesker. Som psykolog har jeg oftest hatt kontakt med ofre for vold, men noen ganger dukker det også opp personer som erkjenner at de har et problem med hvordan de håndterer sitt eget sinne. Dette gjør nesten alltid at jeg får et slags indre dilemma, hvor hjelperen i meg og den som vil forstå, kolliderer med den som instinktivt vil fordømme. *Meningen med volden* av Per Isdal gir en sammenhengende beskrivelse av vold og maktforhold som normalfenomener både på individ- og på samfunnsnivå. Å lese boken gav meg et bedre grunnlag for å søke forståelse, som jeg tenker er en forutsetning for å kunne hjelpe. Ved å hjelpe personer som strever med sitt eget sinne, vil man også kunne hjelpe de som påvirkes av dette.

Meningen med volden gir en utførlig beskrivelse av hva vold er, og argumenterer godt for at vi må våge å kalle vold for vold, i alle dens former. Vold som fenomen forklares ut fra et makt-avmakt-forhold, der følelsen av avmakt fremstilles som underliggende for voldelige handlinger. Boken kan brukes som et oppslagsverk for å forstå vold bedre, men jeg vil anbefale å lese den i sin helhet. Blant annet er det en rekke kasuseksempler som viser hvordan man kan ha en konstruktiv samtale om vold, og jobbe for å motvirke skamfølelsen, som ofte kan være et hinder for disse samtale.

En forutsetning for endring er alltid å erkjenne et problem. Vi kan ikke gjøre noe med et problem som ikke eksisterer, og vi kan ikke endre en atferd vi ikke vedkjenner oss at vi har. Forfatteren tar for seg hvordan man kan jobbe med å forholde seg til voldsutøvelse, både egen og andres. Denne kunnskapen tenker jeg setter oss bedre i stand til å oppdage vold og å jobbe med å forebygge de skadene som vi vet at vold mellom mennesker ofte forårsaker.

Linda Læg Reid, privatpraktiserende psykolog ved Lysne Helse, utfordrer Karen Klepp Bjørndal, psykolog ved Stallen rus- og avhengighetsbehandling ung, OUS, til å ta stafettpinnen videre.

Å tørre å være det jeg er redd for

Filmen «Fucking Åmål» inviterer oss inn i ungdomstidens utforsking av selvstendighet, sosiale roller og grenser. Utfordringene kan kjennes uutholdelige, men er gjerne nødvendige for å finne og tåle seg selv.

TEKST Line Indrevoll Stänicke¹, førsteamanuensis ved Psykologisk institutt, UiO, psykologspesialist ved Nic Waals Institutt, Lovisenberg diakonale sykehus

filmen *Fucking Åmål* fra 1998, regissert av Lukas Moodysson, møter vi Agnes på 16 år og Elin på 14, som bor i en liten by i Sverige. Vi ser dem hjemme, på skolen og med venner. Filmen skildrer en kjærlighetshistorie mellom Agnes og Elin i et miljø som fordømmer kjærlighet mellom to jenter.

Filmen ble en publikumssuksess og vant en rekke priser. Da jeg så den på kino, var jeg selv blitt ung voksen, men opplevde filmen som sterk og talende til meg. Jeg hadde akkurat flyttet hjemmefra og var kanskje ikke helt ferdig med ungdomstiden. I det følgende vil jeg spesielt fremheve hvordan filmen kan illustrere psykologiske utviklingstemaer i ungdomstiden – som kan oppleves som temmelig uutholdelige utfordringer.

BRYTNINGSTID

Filmen «Fucking Åmål» er laget med enkle og hverdagslige scener. Den er full av situasjoner og samtaletemaer som kan representere en tidskoloritt og beskrivelse av å være ungdom på sent 80- og tidlig 90-tall. De henger på kiosken, smugrøyker og drikker for mye på

.....

fest. De kjeder seg og leter etter noe å finne på. Foreldrene ser på håpløse tv-programmer, og det er ingen alternative tv-kanaler. Det går rykter om rave og dop, men det skjer ingenting. De snakker i telefonen, men internett og smarttelefoner er ikke oppfunnet. Guttene er kjedelige og opptatt av helt uinteressante ting som moped og elektrofor. Jentene på skolen er tøffe og klikkete. Det er samhold, men det er skjørt. Det er mange «regler» for hva som er riktig og ikke. Om det er klærne, oppførsel, musikksmak, hvilken utdanning de skal velge, eller hvem det er riktig å forelske seg i. Filmen kan dermed gi en gjenkjennelse av en tid eller tidsånd. Men står filmen seg når jeg ser den 23 år etter? Blir scenene for parodiske og uaktuelle? På ett vis er selvsagt ikke filmen en aktuell ungdomsfilm nå. Mye er endret. Scenene som illustrerer det kjedelige og det hverdagslige, er avleggs. Samtidig er det noe med regissørens valg som gjør at det er lett å assosiere til senere ungdomsserier som «Skam», «13 Reasons Why» eller «Rådebank». Kanskje spesielt at det er ungdommens perspektiv vi følger. De voksne er ganske perifere og litt i veien. De bommer, er fraværende, håpløse eller ganske hjelpeløse.

1 Foredraget ble holdt på Cinemateket 10.09.2020.



BRYTNINGSTID Filmen *Fucking Åmål* er en kjærlighetshistorie mellom tenåringene Elin og Agnes. Filmfoto: NTB Scanpix

Filmens uttrykk er altså litt avleggs. Samtidig tilbyr portrettene av Agnes og Elin, og ikke minst relasjonen mellom dem, en psykologisk gjenkjennelse av brytningen fra å være barn i en familie til å være ung voksen der ute i verden. Agnes er ensom, uten noen nære venner – og hun liker ikke den ene vennen hun har. Agnes har flyttet fra en annen by, men det er et og et halvt år siden, og fortsatt har hun ikke blitt akseptert eller blitt en del av det nye miljøet. Og selv om moren fremstår som håpløs, bagatelliserende og invaderende – en ganske dårlig kombinasjon – oppleves faren som varm, genuin og støttende. Problemet er bare at Agnes ikke er opptatt av han. Hun er opptatt av Elin. Elin er den pene jenta mange vil være med, men som ikke opplever tilfredshet i livet eller i noen relasjoner.

I møtet mellom Agnes og Elin illustreres en nerve, en gryende lidenskap, men også hvor skummelt det er å satse på kjærlighet – det å hengi seg.

UTVIKLINGSTEMAER

Etter min mening står filmen seg fordi den på en troverdig måte illustrerer ungdomstidens psykologiske uttrykk og utviklingstemaer (Stånicke, 2019). Perioden kjennetegnes av bevegelser, endringer og en potensiell transformasjon på flere områder – følelsesmessig, biologisk, kognitivt og sosialt.

I ungdomstiden er vi i følelsenes vold. Filmen illustrerer hvor overveldende følelser kan oppleves – som håpløshet og ensomhet, nysgjerrighet og begjær. Eller frustrasjon og sinne over alt som kjennes uoppnåelig. Følel-





I ungdomstiden er vi i følelsenes vold

sene har ofte sterke ytterpunkter – skammen over å ønske seg noe som åpenbart ikke kan oppnås, eller skamløsheten ved å bare ta for seg. Filmen illustrerer hvordan sterke og dramatiske følelser, fraværet av følelser eller mer diffus nummenhet eller kjedsomhet kan fargelegge hele tilværelsen. Følelsene kan være så sterke og gjøre at verden opplevs så vond og vanskelig at det er helt umulig å se for seg at livet kan bli annerledes. Livet leves her og nå. Som Agnes sier – det hjelper jo ikke at faren fikk det bedre etter 25 år. Det er liksom 25 år til! Det uutholdelige er her og nå.

I ungdomstiden ser vi hvordan interesser, venner og kjæresten endrer seg og sosiale roller utforskes (Schore, 2001). Gjerne i opposisjon til det etablerte og forventede. Elin vil ikke bli frisør eller barne- og helsearbeider, men modell eller psykolog. Selv Elins søster er overrasket over Elins plutselige interesse for psykologi. For ikke å snakke om det å utforske sin legning og seksualitet utenfor det forventede i familien eller blant vennene. Agnes og Elins utforskning er så til de grader utenfor det forventede at når det er Agnes og ikke en gutt som kommer ut av jentedoen på slutten av filmen, blir alle så perplekse at de ikke tror sine egne øyne.

Vi ser også hvordan de jevnaldrende har hovedroller i jentenes verden (Erikson, 1968). Foreldrene er i bakgrunnen. Fra at barnets primære relasjonssøking og avhengighet er rettet mot mor og far, vender ungdommens søken seg ut mot jevnaldrende for å finne et fellesskap og en partner. Fra at grenser settes av andre, skal de internaliseres. Separasjon og løsrivelse er et av hovedtemaene i filmen – noe som også er helt sentralt i ungdomstidens utviklingsprosess. Separasjonsprosessen handler ikke om å skulle klare seg alene, men om å utvikle en økende autonomi (Gullestad, 1993) og relasjonell gjensidighet (Guldbrandsen, 2008), der ungdommen kan se egne og andres styrker og svakheter. Foreldrene har ikke lenger svaret på alt, og kan heller ikke klandres for alle vanskeligheter.

I filmen utprøver Elin og Agnes, men også de andre ungdommene, ulike former for risikoatferd. De går ut om natten, drikker, Elin vil *knarka*, og de forsøker å haik til Stockholm. Filmen illustrerer hvordan risikoatferd kan uttrykke at grenser må testes og roller utforskes for å bli kjent med egne/andres følelser og behov (Stänicke, 2019). Grensetesting og risikoatferd kan rettes ut mot etablerte lover og regler – hva er lov, og hva er mulig – men også som en eksistensiell utforskning av grenser for egen kropp – hva tåler jeg? Filmen illustrerer betydningen av å se ungdommens eget formål med handlingene – hva vil de oppnå, og hva er deres prosjekt?

Vi får også en følelse av at tilfeldigheter kan avgjøre hvordan veien går videre – hva om de fikk haik med en ikke-homofob sjåfør som tok dem med? Hvor ville de endt? Det uvisse dominerer ungdomstiden og kan gjøre foreldre (eller oss som jobber med ungdom) engstelige. Uvissheten og de åpne mulighetene kan også skape frustrasjon og utålmodighet i ungdommen selv, som venter på at noe skal skje. Eller kanskje de blir redde for at *ingenting* skjer, og at det ikke blir en endring. Som en ungdom sa til meg i en terapitime: «Men hva om det bare blir sånn resten av livet – skole, studier, jobb, oppgaver, uendelige krav og nye krav?» Som om det uutholdelige her og nå er slik fremtiden blir? Det uutholdelige er nettopp uutholdelig fordi ungdommer ikke har erfart at det går over. At stormen gir seg. At de kommer seg ut på den andre siden.

Å VÆRE UTENFOR

I forenklet form latterliggjøres ofte Ødipus som teoretisk tema i psykoanalytisk utviklingsteori. Freud (1910, 1924) var opptatt av hvordan barnet på et tidspunkt opplever seg utestengt fra foreldrenes spesielle forhold. Opplevelsen kan vekke engstelse, sjalusi og rivalisering, men også potensiell identifisering med forelderen av samme kjønn. Identifiseringen blir en potensiell vei ut av det ødipale drama: Jeg kan ikke få den jeg alltid har elsket og tatt for gitt at elsket meg – så jeg drar ut i verden og finner min egen kjæreste.

Den engelske psykoanalytiker Ronald Britton (1989) fremhever at barnet utfordres av ikke bare én, men to tapsopplevelser som bidrar til at det finner en egen posisjon i verden. For det første erfarer barnet en endring fra å være nær og kanskje føle seg utvalgt i relasjonen med mor, til å erfare at mor har en nær relasjon med en annen – for eksempel far. Tapet kan som sagt vekke engstelse og sjalusi, men også en erfaring av å være adskilt og separert fra en annen person: Jeg og mamma er forskjellige – hun vil noe annet enn meg. For det andre erfarer barnet en endring fra å føle seg i ett med mor, til at det er en forskjell og asymmetri mellom voksne og barn – mamma og pappa har andre lover og regler, og de kan ha fordeler jeg ikke er en del av. Disse grunnleggende erfaringene er nødvendige for å akseptere å ikke alltid måtte være i sentrum, at ikke alt handler om meg, og at andre kan ha noe godt sammen uten at misunnelsen blir uoverkommelig.

Hva har så dette med filmen «Fucking Åmål» å gjøre? Agnes og Elin føler seg eksistensielt utenfor det tidlige triangelet og ser sine foreldre utenfra. De er utenfor det gode selskap. Det er en opplevelse av at de andre har noe godt sammen, og kanskje misunner de dem dette fellesskapet. Samtidig føler de seg ikke hjemme blant sine egne, og de ønsker seg ikke det foreldrene har. De vil noe annet enn sine foreldre, og de føler seg ikke forstått. Filmen illustrerer det vonde i separasjonen før de forhåpentligvis lander i noe i seg selv, i verden, i sine interesser og i kjærlighet med en annen.

Britton (1989) fremhever også at barnet integrerer en modell av foreldrene som «the couple». Det handler om at kvaliteten på barnets relasjon til foreldrene som par også påvirker barnets og ungdommens opplevelse av seg selv i grupper utenfor familien. Med en slik

forståelse kan vi si at Agnes har begynt sin løsrivelse, ikke bare fra mor, som hun synes ganske distansert fra, men også fra far. Hennes blikk er vendt utover mot de andre ungdommene, og spesielt Elin. Kanskje kan hennes nærhet med faren være et grunnlag for å tørre å kjenne på forelskelsen til Elin. Samtidig synes det som at savnet hun har i forholdet til mor, gjør det vanskelig og konfliktfullt å tillate seg å kjenne på begjær og ømhetsbehov. Hun føler seg utenfor hjemme blant familien, men også blant sine jevnaldrende. Kanskje kan vi også se paralleller mellom hennes oppgitthet over moren, som bommer, og hennes opptatthet av hvor overfladiske de andre ungdommene er.

Å FÅ ET TENKNINGSROM

Britton (1989) fremhever at når barn klarer å forholde seg til at mor og far har en relasjon uavhengig av dem selv, så skapes et tenkningsrom der en kan observere relasjonen mellom to personer, eller tenke seg at man blir observert av en tredje person. Agnes er i verden og betrakter verden. Selvobservasjonens muligheter og dette tenkningsrommets tyngende kraft inntreffer gryende i tidlige ungdomsår og er en nødvendig del av utvikling av selvidentitet. Hvem er jeg? Hvordan erfarer jeg og andre meg?

Vår evne til å skape mening i egne og andres handlinger som uttrykk for mentalt innhold – det å mentalisere – er helt sentralt for å kunne regulere følelser, bli mindre overveldet, ha tro på at livet er overkommelig, og kunne vise empati og selvomsorg (Fonagy et al., 2002). Som barn tar vi mer for gitt at min og din indre og ytre verden er lik. Ungdom forstår kognitivt at mennesker kan ha ulike perspektiver: Alle vet ikke alt om meg. Samtidig kan hjernens frontale endringer, sosiale orientering og sterk følelsesmessig aktivitet gjøre det særlig vanskelig å forstå og skille mellom seg selv og andre i ungdomstiden. Når jeg skammer meg, er det hele sannheten om meg som jeg er sikker på at andre vet. Hvis jeg ikke kan dele sårbarhet, hvis selvforakten og selvkritikken er for stor, da må jeg ha vekk følelsen av det vanskelige i meg og av å være meg. Det å trene, sulte eller ruse seg, å kutte kroppen – alt kan være måter å komme vekk fra noe vanskelig i meg på, noe jeg ikke orker, noe vondt og overveldende (Stänicke, 2021).

Filmen kan således illustrere en potensiell transformerende identitetsprosess (Stänicke, »

2019). Bevegelsen fra tidlig ungdomstid – der alt handler om å være innenfor eller utenfor, være lik eller forskjellig – til en søken mer og mer inn i ens eget og et mer modent og tolerant selvforhold. Det å finne noen som er med på oppturer og nedturer, og om noen tåler meg, kan åpne for at jeg tåler meg selv bedre. Mangel på kontakt med jevnaldrende og avstand til foreldre kan gjøre denne nødvendige utforskingen ensom, smertefull og mer overveldende.

Kanskje kan vi forstå Elins initiale lek med Agnes, så avvisningen og forakten mot henne, og deretter akseptering av forelskelsen og forholdet, som uttesting og økende aksept for sider ved seg selv som hun ikke tør å forholde seg helt til. Det Elin tror ikke er akseptert, benekter hun, og vennenes negative holdning overfor Agnes bekrefter hennes egen intoleranse. Hun fordømmer Agnes, men aller mest seg selv. Kanskje vi kan si med Klein (1946) at selvdelene «splittes av». Det tapper henne for livsgnist, motivasjon og begjær. Som resultat blir verden så kjedelig. Hun utsetter seg også for risiko og gjør destruktive handlinger som kan være måter å komme vekk fra de overveldende følelsene på, men også uttrykke hennes sårbarhet, manglende selvtoleranse og relasjonelle savn (Stänicke, 2021).

Agnes på sin side synes å ha et noe mer solid fundament i seg selv. Hun er litt eldre, skriver kjærlighetsdikt, og har således et mer representert og symbolisert uttrykk for sitt begjær og livslyst i Bion (1970) forstand. Hun uttrykker med ord sine lengsler, mens Elin handler dem ut. Samtidig ser vi hvordan Agnes åpenbart har et konfliktfylt forhold til sin forelskelse. Hun kjenner seg sårbar og på vei til å gå i stykker når hun først tror noe kan gå hennes vei, men så ser det ut som en lek fra Elins side. Når avvisningen og fordømmelsen fra Elin og de andre blir mer og mer reell, er hun nær ved å ikke bare skade seg, men gjøre det slutt. Forlatt, misforstått og fordømt. Selverkjennelsen er umulig å tåle, slik Baumeister (1990) og Schneidman (2005) beskriver den selvmordstruedes indre logikk. Igjen er det tilfeldigheter som påvirker utfallet – Elin kaster sten på vinduet til Agnes den kvelden, og Agnes avbryter selvmordsforsøket. Livet går videre.

Ifølge Peter Blos (1962) kan vi se ungdomstidens utfordringer som en andre sjanse til psykologisk separasjon og løsrivelse. Barnet vil etter hvert erfare en økende fysisk selvstendig-

het og en psykologisk trygghet og adskilthet, men i ungdomstiden kan det uforløste og ubearbejdede fra tidlige relasjonssamspill komme tilbake. Både i relasjon til foreldre og med nære venner og kjærester kan vanskelige relasjonelle og følelsesmessige temaer igjen bli aktualisert og med det representert. Aktualisert og forsterket av følelsesmessige svingninger – og vi kan legge til – nevrobiologiske endringer i hjerne, kropp og sinn. Ungdommens tidlige psykologiske historie er *her og nå*. De aktualiserte temaene kan med et slikt perspektiv potensielt være en inngang til å bearbejde og håndtere tidlige utfordringer på nye måter i gamle og nye relasjoner. Således kan relasjonell utprøving, risikoatferd og grensetesting være knyttet til selvstendighetstrang og identitetsutvikling, men også være et forsøk på å uttrykke, dele og bearbejde det vanskelige ved å være meg.

Å BLI NOE EGET

Vi kan ha et klinisk blikk på jentene i filmen – det være seg depresjonssymptomer, selvmordsforsøk, personlighetsproblematikk, atferdsvansker og rusmisbruk. Det er åpenbart at de viser tegn på å være i risiko. Men filmen sier vel så mye noe om hvor utrygg ungdomstiden kan kjennes. Utryggheten er både på utsiden og innsiden. Det er så lett å bli utsatt og utstøtt, og såkalte venner kan bli ganske kjipe for å slippe å føle seg sårbare selv. Eller selvusikkerheten er så stor at det kun er de kritiske kommentarene eller situasjoner der en overses, som huskes og legges merke til. Den indre selvfurdømmelsen går opp i en ytre verden som også oppleves kun fordømmende. Det er ikke så lett å etablere en klar grense mellom den indre og ytre verden – verden og andre forstås som en forlengelse av oss selv (Landmark & Stänicke, 2016).

I møte med film og kunst tror jeg det er noe med møtets projektive potensialer som kan gjøre opplevelsen så levende, sterk og betydningsfull. De nedstrippede og hverdagslige filmscenene i «Fucking Åmål» inviterer oss som seere inn i et projektivt felt der vi kan åpne for å gjenerindre de vonde, såre og skamfulle følelsene i vår egen ungdomstid. Min ungdomstid og mine følelser får en mulighet til å bli representert i gjenkjennelsen i Agnes' historie. Ikke fordi det var likt, men fordi historien viser oss det vanskelige og det uutholdelige i ungdomstiden. Kjenne og gjenkjenne, representere og bearbejde – litt etter litt det som før var over-

veldende og uutholdelig. For ungdomsfølelsene er jo der inni oss, selv om vi liksom er blitt så mye eldre.

Filmen sier også noe om hvor krevende, men nødvendig det er å tørre å stå frem for andre og for seg selv. Ikke bare kutte, ruse og slanke vekk, bagatellisere eller benekte det en ikke tolererer ved en selv. Det å velge sin egen vei – om det gjelder musikk, fag eller seksualitet. Kaste seg modig ut, og kanskje i en periode til og med være noe andre frykter. Den ensomheten mange kjenner i ungdomstiden – det å føle seg utenfor og alene, at ingen forstår eller er som meg – ja, det er kanskje en helt nødvendig drivkraft for å tørre å bli noe eget. Tørre å være det jeg er redd for i meg selv, og det jeg er redd for at andre skal se – at jeg kan kjenne meg sårbar, liten, kraftfull, grådig og stusslig. Noen ganger kjennes det ikke som en følelse, men som slik jeg egentlig er. Likevel må jeg akseptere dette som deler av meg. Og nettopp derfor kanskje som min styrke. ✘

For ungdoms-
følelsene er jo der
inni oss, selv om
vi liksom er blitt så
mye eldre

REFERANSER

- Baumeister, R.F. (1990). Suicide as escape from self. *Psychological Review*, 97(1), 90–113.
- Bion, W. (1970). *Attention and interpretation*. Karnac.
- Blos, P. (1967). The second individuation process of adolescence. *Psychoanalytic Study of the Child*, 5(22), 162–186.
- Britton, R. (1989). The missing link: parental sexuality in the Oedipus complex. I J. Steiner (Red.), *The Oedipus complex today*, 83–102. Karnac Books.
- Erikson, E.H. (1968). *Identity: Youth and crisis*. Norton.
- Fonagy, P., Gergely, G., Jurist, E.L. & Target, M. (2002). *Affect regulation, mentalization and the development of the self*. Other Press.
- Freud, S. (1910). A special type of choice of object made by men. *Standard Edition*, XI, 165–75.
- Freud, S. (1924). The dissolution of the Oedipus complex. *Standard Edition*, Vol. 16, 172–179.
- Guldbrandsen, L.M. (2008). Utforskende samtaler med unge mennesker og foreldrene deres. I B. Puntervold Bø & B.C.R. Olsen (Red.), *Utfordrende foreldreskap – under ulike livsbetingelser og tradisjoner*. Gyldendal Akademisk.
- Gullestad, S.E. (1993). A contribution to the psychoanalytic concept of autonomy. *The Scandinavian Psychoanalytic Review*, 16, 22–34.
- Klein, M. (1946). *Notes on some schizoid mechanisms. Envy and gratitude and other works 1946–1963*. The Hogarth Press.
- Landmark, A.F. & Stånicke, L.I. (2016). *Det uforståelige barnet. Om å skape sammenheng mellom indre og ytre verden*. Hertervig forlag.
- Schneidman, E. (2005). Prediction of suicide revisited: A brief methodological note. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 35(1), 1–2.
- Schore, A.N. (2001). Minds in the making: Attachment, the self-organization brain, and developmentally oriented psychoanalytic psychotherapy. *British Journal of Psychotherapy*, 17, 299–328.
- Stånicke, L.I. (2019). Ungdomstid som utviklingsfase. I L. Øhlckers, O. Heradstveit & L. Sand, L. (Red.), *Ungdom og psykisk helse*. Fagbokforlaget.
- Stånicke, L.I. (2021). The punished self, the unknown self, and the harmed self – Toward a more nuanced understanding of self-harm among adolescent girls. *Frontiers of Psychology*, 12:543303. doi: 10.3389/fpsyg.2021.543303

Pandemiens invitasjoner

Den kollektive lidelsen pandemien bringer med seg, inviterer oss til å bli bedre kjent med oss selv, våre tilknytninger og våre verdier.

TEKST Simen M. Ekelund, psykolog

30. APRIL LEVERTE Kjøs-utvalget sin rapport om hvordan pandemien har preget landets psykiske helse. Konklusjonen var at mange har opplevd redusert livskvalitet som følge av krisen, men at som helhet har vi unngått en psykisk helsekrise. De beskriver samtidig en form for eksistensiell slitasje i befolkningen. Hvem er jeg når mine roller og aktiviteter og min hverdag snus på hodet? Hvem er jeg uten jobb eller full timeplan? Hvem er jeg uten å være på byen med vennegjengen? Og kanskje viktigst av alt – kan jeg sette pris på og lære noe av det som sitter igjen? Det er nok mange av oss som ønsker å lukke dette kapitlet i livshistorien vår uten å se oss tilbake. Men nå, i det vi håper er pandemiens slutfase, bør vi vurdere å kikke i bakspeilet og reflektere over hva vi kan lære av tider som dette.

Det har blitt skrevet – neppe forsket frem – at naturens rytme varierer fra treg til medium. Vi kommer i kontakt med den rytmen når vi beveger oss i skog og mark, over fjell eller på hav – hastverket på kontoret og i byen kjennes plutselig som en fjern virkelighet. Det moderne

livet foregår allikevel hovedsakelig på motorveien mellom alt vi skal rekke å få til på veien fra krybbe til kiste. Vi pendler, småjogger og kikker på klokken. Kanskje er det som zenbuddhisten Frank Ostaseski skrev, at vi lever som om vi må dø før vi kan tillate oss selv å hvile i fred?

For mange av oss innebar pandemien derimot et mer langsomt taktskifte. Jeg husker godt stillheten tidlig om morgenen midt i fjorårets mars mens jeg fortsatt gikk til jobb. Skummelt, vakkert, foruroligende, beroligende – alt på en gang, som en frossen innsjø der man er usikker på hvor tykk isen egentlig er. Og ja, stillheten skjulte og skjuler fortsatt mye vondt. Men stillheten de første dagene minte oss også på at det finnes en verden bak eksos, støy og blinkende lys. En verden der vi, slik Chiraq og Magdi i rap-duoen Karpe oppmuntrer oss til, spiser vår syvende sans. Skuldrene sank ned noen millimeter, og alle ble litt mer like hverandre. Slik oppsummerte flere klienter jeg arbeidet med i pandemiens første periode.



NATURENS RO Pandemien har for mange vært et langsomt taktskifte, skriver Simen M. Ekelund. Foto: Anders Beer Wilse / Nasjonalbiblioteket

SELVETS INNHOLD

Det kan bli for mye av det gode, og med tiden har tiltakene gradvis begynt å slite ned på ulike deler av selvet vårt. Sinnet vårt bygger tross alt opp en idé av hvem vi er basert på de erfaringene vi gjør oss, handlingene vi utfører, aktivitetene vi er engasjert i og ikke minst menneskene vi omgir oss med. Dette blir roller, tilstander og handlinger vi identifiserer oss med og knytter oss opp mot. Vi kan kalle det selvets innhold, og vi tilskriver verdi, vurderinger og holdninger til dette innholdet: Hvor bra er jeg? Hvor mye er jeg verdt? Hva duger jeg til? På denne måten knytter vi oss til selvets innhold. Om det virkelig betyr noe, knuger vi det gjerne til oss til knokene blir hvite.

Mange av disse rollene, tilstandene og handlingene har allikevel ikke kunnet blitt vedlike-

holdt i løpet av året som har gått. Om det gjelder bildet av oss selv som rolig forelder, ekstrovert lykkejeger eller arbeidsnarkoman, har mange av oss mistet både ramme og lerret for disse ideene, ideer som ellers fremstår som stabile og trygge kilder til identitet og verdi. Vi mister tålmodigheten med dem vi er glad i etter flere dager i karantene, finner det vanskelig å motivere oss for hjemmetrening og glemmer hvordan det var å danse bort vonde tanker og følelser med venner under nattelivets ikke-dømmende slør.

En vanlig terapeutisk øvelse er å tilskrive én rolle til hver finger på hånden din, og så gradvis velge bort en og en finger som om du gir slipp på en og en rolle. Tommelen er kanskje rollen som ektefelle, pekefingeren rollen som ansatt, langfingeren rollen som fotballspiller, og så videre. »



Pandemien inviterer oss til å kunne gi slipp på rigide ideer og forventninger om stabilitet

Hvilken velger du bort først? Hvordan kjennes dette? Hvilken finger er neste? Øvelsen skal minne oss på hva som betyr noe for oss, men viser oss også hvor tilknyttet vi er ulike deler av oss selv, og smerten i det å gi slipp.

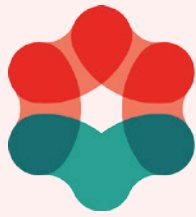
For mange har pandemien og tiltakene fungert som denne øvelsen i stor skala. Vi har måttet gi slipp, igjen og igjen, på ulike roller og forventninger med hver nye smittebølge. Pandemien har invitert oss til å innse hvor flytende og dynamisk livet er, og hvor raskt hverdagen kan snus på hodet. Dette er en lærdom mange tilegner seg gjennom tapsopplevelser – tap av nære relasjoner, tap av kroppslige funksjoner, tap av trygghet i hverdagen. Andre tilegner seg den gjennom akutte kriser, som terror eller naturkatastrofer. I virkeligheten er det med andre ord livets uforutsigbarhet som velger for oss hvilke fingre som faller når. Pandemien har gitt oss en form for kollektiv demonstrasjon av smerten ved tilknytning, smerten ved å binde verdien og nytten av selvet opp mot ustabile faktorer som jobb, kropp, helse og nettverk når disse går tapt eller havner utenfor vår kontroll.

Å GI SLIPP ER IKKE Å GI OPP

Å leve uten tilknytning til slike faktorer er verken ønskelig eller mulig. Samtidig inviterer pandemien oss til å holde disse tilknytningene litt mykere enn vi vanligvis gjør. Det betyr å *kunne* identifisere seg med ulike roller og tilstander, men *samtidig* åpne opp for at disse er forbigående og i kontinuerlig endring. Binder vi vårt selv for tett opp mot det som er positivt, blir vi knust når det uansett endrer seg. Binder vi oss for tett opp mot det som er negativt, mister vi håp og tro på livets iboende dynamikk. Ting blir verre, ting blir bedre. Og som man sier, handler det ikke om å be til høyere makter etter evig sol, men om å kunne danse i regnet, finne et krypinn når det stormer, fly drager i vinden og nyte solen når den er der.

Pandemien inviterer oss til å kunne gi slipp på rigide ideer og forventninger om stabilitet. Å gi slipp er noe annet enn å gi opp. Sistnevnte innebærer en slags resignasjon og passivitet, mens å gi slipp innebærer å aktivt akseptere tingenes tilstand med hensikt om å kunne gripe de mulighetene som ligger foran oss. Det trenger ikke å være store muligheter, som en ny jobb, et nytt forhold eller en eller annen form for identitetsmarkør. Det kan bare være muligheten til å oppdage at du har en verdi og kan finne fred også *uten* et tydelig svar på «Hva driver du med?», eller et tydelig svar på om hva andre tenker eller mener om oss. Det kan også være muligheten til aktivt å motarbeide vilkår og politiske styringslinjer som skaper urettferdige betingelser. Pandemien inviterer oss tross alt også til å åpne øynene for hvordan ulykker og kriser treffer skjevt, der de med minst ressurser og størst utfordringer rammes hardest. Kjøs-utvalget peker også på dette i sin rapport.

Pandemien inviterer oss altså til å utforske hva som virkelig betyr noe for oss, og hvordan det kjennes når det ikke er lett å leve i tråd med disse verdiene. Vi oppdager at det virkelig er viktig for oss å være gode foreldre når minnet om utålmodige ord ytret i affekt holder oss våkne gjennom karantenenettene. Vi oppdager at det virkelig er viktig for oss å holde kroppen i aktivitet når vi kjenner oss direkte uvel etter ikke å ha utfordret kroppen på ukesvis. Vi oppdager at vi har et politisk engasjement når vi ser hvordan krisen rammer skjevt. Disse verdiene, som vi i sannhet kommer i kontakt med gjennom lidelse, kan vise vei til hvem vi ønsker å være både under og etter pandemien. ❌



psykbase

Norges ledende
journalssystem for
privatpraktiserende
psykologer i over 20 år.

Utvikles i tett samarbeid
med psykologer for å
gjøre din arbeidsdag
enkler.



Les mer på aspit.no



aspit



Regionsenter for barn og
unges psykiske helse
Øst og Sør

r-bup.no

Ønsker du påfyll i din terapeutrolle til høsten?

Fra høsten tilbyr RBUP valgfritt program i utviklingsrettet intersubjektiv terapi. For første gang tilbyr vi også fordypningsprogram i samme metode.

I tilbakemeldingene fremhever tidligere deltakere personlig vekst i tillegg til økt forståelse og økte ferdigheter.

Aktuelle forelesere er Unni Johns, Ingeborg Egebjerg, Heidi Brautaset, Marianne Haugvik mfl.

Se vår hjemmeside r-bup.no for mer informasjon og påmelding.

Skal du flytte eller bytte arbeidssted?



Registrer ny adresse på
www.psykologforeningen.no
Min medlemsside

eller send e-post til
medlemsservice@psykologforeningen.no

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 medlemsservice, på www.psykologtidsskriftet.no/stillingsannonser

Nr	Materiellfrist	Utgivelse
8	19.07	02.08
9	19.08	01.09

ANNONSEFORMATER

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

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.



Kurs for spesialister i voksen og barn/ungdom som ønsker vedtakskompetanse

Lovkurs; Tvangsvedtak i psykisk helsevern

Kurset retter seg mot psykologspesialister som jobber med barn/unge eller voksne, og som skal fatte tvangsvedtak. Kurset egner seg også som vedlikehold for spesialister som fatter vedtak.

Kurset tilfredsstillende kravene til lovkunnskap hos den faglig ansvarlige for vedtak innen psykisk helsevern. Det vil være innlegg fra aktører med ulike perspektiv på psykisk helsefeltet. Økt vektlegging på brukermedvirkning og medbestemmelsesrett medfører en styrket bevissthet. Kurset gir en god innføring i de fire helselovene.

Aktuelle tema:

- Tvangens etikk
- Oversikt over grunnprinsippene i norsk helserett og helselovgivning
- Psykisk helsevernloven
- Psykologspesialistens rolle i forvaltning av Psykisk helsevernloven, ansvarlig for tvangsvedtak
- Erfaringer med behandling og tvang i psykisk helsevern
- Psykologspesialistens møte med Kontrollkomisjonen
- Endringer i Psykisk helsevernlov, erfaringer og praksis. Samtykkekompetanse
- Hvilken betydning har nevropsykologiske svekkelser for pasienters samtykke?

Kurset er godkjent som 16 timers vedlikeholdsaktivitet.

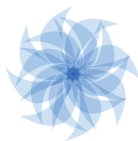
Sted og dato: Oslo, 11.-12. oktober 2021

Påmeldingsfrist: 6. september 2021

Medlemspris: kr 7 300

Kursnr.: 115-21

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



Valgfritt program i

Psykologfaglig arbeid med barn og unges omsorgsbetingelser (barnevern)

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

Målgruppe

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

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

Målsetting

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

Kursleder

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

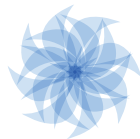
Sted og dato: Oslo, 23.-24. september 2021 (1. samling)

Påmeldingsfrist: 19. august 2021

Medlemspris: kr 7300 per samling

Kursnr.: 120-21

Påmelding og ytterligere informasjon <https://www.psykologforeningen.no/medlem/kurs-og-utdanning>



Norsk psykologforening – utdanningsavdelingen
Pb 419 Sentrum, N-0103 Oslo
Tlf: 23 10 31 30



Arbeidspsykologi

Obligatorisk kurs til spesialiteten

*Har du tro på at arbeid er en viktig mestringsarena for å fremme helse og livskvalitet?
Ønsker du å jobbe med forebygging, behandling og systemrettet arbeid?
I så fall er spesialiteten i arbeidspsykologi noe for deg.*

Spesialiteten i arbeidspsykologi svarer på befolkningens og samfunnets behov for et inkluderende og helsefremmende arbeidsliv, og et effektivt og koordinert behandlings- og hjelpeapparat.

Målgruppe

Psykologer som ønsker å jobbe med:

- Forebygge sykefravær og frafall fra arbeidslivet
- Bidra til inntreden og tilbakeføring til arbeidslivet
- Bidra til helsefremmende arbeidsplasser

De fleste spesialister i arbeidspsykologi arbeider i helsetjenesten eller NAV. Andre arenaer vil være arbeidsrettet rehabilitering, «Raskere tilbake prosjekter», bedriftshelsetjeneste, kommunale helse og arbeidslivstjenester, konsultasjon overfor virksomheter og i virksomheters HR avdelinger.

Innhold – tema på de 6 kursene

- Introduksjon til arbeidspsykologi som fagfelt
- Psykiske lidelser: Utredning, behandling og andre tiltak – 2 deler – totalt 4 kursdager
- Modeller og metoder for å fremme godt arbeidsmiljø og arbeidshelse
- Arbeidspsykologisk utredning og veiledning
- Konflikter og mobbing i arbeidslivet

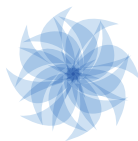
Sted og dato: Oslo, 2.-3. september 2021

Påmeldingsfrist: 29.07.2021

Medlemspris: kr 7 300,-

Kursnr.: 521-21

Påmelding via www.psykologforeningen.no/Kurs og utdanning



Norsk psykologforening – utdanningsavdelingen
Pb 419 Sentrum, N-0103 Oslo
Tlf: 23 10 31 30



Veilederutdanning for psykologer

Norsk psykologforening planlegger oppstart av et nytt veilederutdanningsprogram 18.–19. november 2021. Målgruppen er psykologspesialister som gir psykoterapiveiledning og annen praksisorientert veiledning til psykologer. Hensikten med programmet er å styrke og fordype deltakernes veilederkompetanse, og derigjennom også bidra til en styrking av spesialistutdanningen. Psykologer som veileder andre yrkesgrupper kan også ha stort utbytte av veilederutdanningen. Bjarthe Kyte og Hilde Pentzen leder programmet og er ansvarlige for det faglige innholdet.

Veilederutdanningen består av fire todagers fellessamlinger og ni gruppesamlinger. Underviserne på fellessamlingene bidrar med relevant forskning, teori og systematisering av erfaringer fra veiledningsarbeid. Fellessamlingene inneholder også gruppearbeid og faglige diskusjoner.

Deltakerne vil bli delt inn i veiledningsgrupper med gruppeleder og 5–6 deltakere som møtes ni ganger à én dag mellom fellessamlingene. I veiledningsgruppene vil deltakerne få veiledning på sitt eget veiledningsarbeid. Arbeidet i veiledningsgruppene er en sentral del av utdanningen, og det er viktig at alle deltakerne er tilstede på og bidrar aktivt til hver gruppesamling. Alle deltakerne må gi veiledning til andre under hele utdanningsforløpet og være villige til å filme veiledningsarbeidet.

Deltakeravgift

Prisen for deltakelse i programmet er kr 20 500 per semester (fire semestre). I prisen er det inkludert ni gruppesamlinger med gruppeleder, fire fellessamlinger og en overnatting per fellessamling og måltider. Alle gruppesamlingene vil finne sted i Oslo. Prisen forutsetter minimum 15 deltakere.

Det er først når vi har bekreftet din deltakelse at du er tatt opp i programmet. Påmeldingen er bindende til hele programmet, og en må delta på alle felles- og gruppesamlingene for å få utdanningen godkjent.

Spørsmål om praktiske forhold kan rettes til Norsk psykologforening ved kurskonsulent Liv K. Håkonsen, tlf.: 23 10 31 61. Spørsmål om faglige forhold kan rettes til de faglig ansvarlige eller spesialrådgiver Eva Danielsen, tlf.: 23 10 31 30.

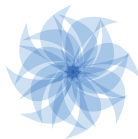
Datoer for fellessamlingene

18.–19. november 2021, 12.–13. mai 2022, 17.–18. november 2022 og 11.–12. mai 2023

Påmeldingsfrist 7. oktober 2021

Kursnr.: 901-21

Mer informasjon og påmelding via www.psykologforeningen.no/kurs og utdanning



Norsk psykologforening – utdanningsavdelingen
Pb 419 Sentrum, N-0103 Oslo
Tlf: 23 10 31 30

Divisjon psykisk helsevern

Psykologspesialist / Psykolog til ny ROP eining

Vil du vere med og forme eit nytt behandlingstilbod?

Vi søker deg som har eit sterkt engasjement for pasientar med alvorlege psykiske vanskar og samtidig rusproblematikk. ROP- pasientane fell ofte mellom to stolar i behandlingssystemet. Denne utfordringa vil vi gjere noko med og vi inviterer deg med til å bygge opp eit nytt tilbod til denne pasientgruppa. Her får du ein unik sjanse til å vere med på å utforme den framtidige behandlinga.

Helse Bergen, Divisjon psykisk helsevern og avdeling for rusmedisin har ei stor satsing på å gi eit betre behandlingstilbod til ROP-pasientane. Etableringa av ROP-eininga er eit viktig tiltak i denne satsinga.

Til den nye einga søker vi deg, psykologspesialist eller psykolog med erfaring frå psykisk helsevern og rus, som ser på denne stillinga som ein sjanse til å gi pasientgruppa eit meir heilskapleg tilbod.

Tiltaket er i samsvarar med både nasjonale og internasjonale retningslinjer, lokale brukarperspektiv og er nedfelt i Helse Bergen sin strategiplan.

Vi inviterer deg som er den engasjerte spesialisten til å ta samarbeidet mellom psykisk helsevern, rusmedisin, DPS-a og dei kommunale tenestene eit viktig steg vidare. Du ønskjer å ta aktiv del i oppbygginga av dette nye tilbodet i lag med andre gode kolleger og vil bidra med eit engasjert blikk og konstruktive innspel. Saman med psykiater og leiar av ROP-eininga vil du utgjere kjerneteamet i arbeidet. Her får du sjansen til å arbeide både direkte med pasientane i heilskapelege pasientforløp, samt å arbeide meir utoverretta med rettleiing og samarbeid med interne og eksterne samarbeidspartnarar.

Kontakt: Prosjektleder Roger Atle Wæhle Kårstad, telefon 41701350 eller rådgivar Elisabeth Vikøren, telefon 48091686

Referansenr.: 4376216973 - **Søknadsfrist:** 29.08.2021



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

Helse Vest RHF

3 stk. 100 % avtaleheimlar i klinisk psykologi i Stavangerområdet

3 stk. 100 % avtaleheimlar for godkjende spesialistar i klinisk psykologi i Stavangerområdet er ledig frå **01.01.2022**.

Sentrale moment i vurdering av søkjarane vil mellom anna vere:

- Erfaring frå klinisk verksemd, herunder gruppeterapi
- Planar for innretning av praksisen
- Kompetanse
- Evne og vilje til samarbeid
- Eigenskapar for heimelen

Dersom to eller fleire søkjarar blir vurdert å vere like godt kvalifiserte vil søkjarar med erfaring frå gruppeterapi bli føretrekt.

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

Avtalespesialistane skal bidra til å oppfylle «sørge for»-ansvaret til Helse Vest. Det inneber mellom anna at avtalespesialistane foretar undersøkingar, diagnostikk og behandling i medhald av regionale og nasjonale mål og prioriteringar og lovgiving, jf. punkt 4.1 i rammeavtalen.

Helse Vest RHF skal gjennom 2021 legge til rette for at helseforetaka etablerer ei ordning der alle tilvisingar av pasientar til psykisk helsevern skal sendast til tilvisingsmottak ved helseforetaket («ein-veg-inn»).

Avtalespesialistane skal ha eit nært fagleg og forpliktande samarbeid med Helse Stavanger HF om oppgåvefordeling og for å sikre rett prioritering og gode pasientforløp.

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

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

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

Søknadsfrist er tre veker etter utlysing.



Vi søker etter en engasjert psykologspesialist/psykolog til Ettervernspoliklinikken og Ambulant akutteam ved Stavanger DPS!

Vi styrker laget og er på utkikk etter deg som er engasjert og faglig sterk! Det er ledig en 100 prosent stilling som psykologspesialist/psykolog ved Ettervernspoliklinikken (EVP) – som er et satsingsområde ved Stavanger distrikts-psykiatriske senter (DPS). Hit kommer pasienter med sammensatt og alvorlig psykisk lidelse, ofte med rusproblematikk. En stor andel av pasientene er underlagt tvungent psykisk helsevern.

Her får du muligheten til å være med på å forme og bygge opp et viktig tilbud. Vi har nylig fått midler til et forprosjekt for etablering av FACT-team (Flexible Assertive Community Treatment). I tillegg har vi nylig startet IMR-grupper.

EVP samarbeider tett med Ambulant akutteam! Det kan være aktuelt for psykologspesialisten å bidra inn i samtaler ved AAT ved behov. Dette er særlig aktuelt ved behov for vurdering av suicidalitet og psykose hos pasienter i akutt krise.

Sjekk ut sus.no/takeover for å bli bedre kjent med oss! Vi disponerte SUS sin Instagram konto og la ut mye innhold både fra EVP/AAT og fra Stavanger DPS forøvrig.

Se også sus.no/byen for å se hva Stavanger-regionen har å by på!

Kontaktinformasjon: Steinar Apeland, leder/fagleder/psykologspesialist, tlf 51 51 45 37, e-post steinar.apeland@sus.no

Vil du lese mer og søke på stilling? Se <https://helse-stavanger.no/om-oss/jobb-pa-sus>

Søknadsfrist: **12.08.2021** | www.helse-stavanger.no

 **HELSE STAVANGER**
Stavanger universitetssjukehus

HelseArbeid-senteret ved UNN Harstad skal ansette psykolog i 100 % fast stilling

Oppstart snarest mulig

Vi søker en dyktig psykolog med interesse for fagområdet arbeid og helse. HelseArbeid-senteret er en del av en regional og nasjonal satsing der helsetjenesten og arbeids- og velferdssektoren jobber sammen for å bedre tilbudet for mennesker med muskel-/skjelett og psykiske helseplager. Hos oss kan du bruke og utvikle dine kliniske ferdigheter i pasientrettet arbeid i et tverrfaglig miljø. Samtidig får du bidra til utviklingen av et nytt og spennende fagområde med fokus på tjenestesamhandling til beste for befolkningen. HelseArbeid har et meget kompetent psykologfaglig miljø, hvor det pr tiden jobber 5/6 psykologer i Tromsø. Som vår psykolog i Harstad blir du en integrert del av dette miljøet. Vi kan også tilby veiledning i forbindelse med spesialisering.

For hel stillingsannonse: se www.nav.no

For å lese om HelseArbeid: se unn.no/behandlinger/helseiarbeid

Søknadsfrist 01.08.21

 **UNIVERSITETSSYKEHUSET NORD-NORGE** | 
DAWMI-NORCGA UNIVERSITEHTABUOHCCVEIYSSU

**PSYK
KOL
OGI**

SØKER DU JOBB?

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

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





Bufetat

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. Tilgjengelighet er kompensert gjennom eige lønnstillegg.

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 08.08.2021.

Se fullstendig utlysning og søk stillinga på www.bufdir.no

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

Helse Vest RHF

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

Sambandet med tog til Bergensområdet er bra, pendling er altså fullt mogeleg.

Sentrale moment i vurdering av søkjarane vil mellom anna vere:

- Erfaring frå klinisk verksemd, herunder gruppeterapi
- Planar for innretning av praksisen
- Kompetanse
- Evne og vilje til samarbeid
- Eigenskapar for heimelen

Dersom to eller fleire søkjarar blir vurdert å vere like godt kvalifiserte vil søkjarar med erfaring frå gruppeterapi bli føretrekt.

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

Avtalespesialistane skal bidra til å oppfylle «sørge for»-ansvaret til Helse Vest. Det inneber mellom anna at avtalespesialistane foretar undersøkingar, diagnostikk og behandling i medhald av regionale og nasjonale mål og prioriteringar og lovgiving, jf. punkt 4.1 i rammeavtalen.

Helse Vest RHF skal gjennom 2021 legge til rette for at helseføretaka etablerer ei ordning der alle tilvisingar av pasientar til psykisk helsevern skal sendast til tilvisingsmottak ved helseføretaket («ein-veg-inn»).

Avtalespesialistane skal ha eit nært fagleg og forpliktande samarbeid med Helse Bergen HF / Voss DPS NKS Bjørkeli om oppgåvefordeling og for å sikre rett prioritering og gode pasientforløp.

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

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

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

Søknadsfrist er tre veker etter utlysning.

NORSK PSYKOLOGFORENING

SENTRALSTYRET

President

Håkon Kongsrud Skard
23 10 31 30
hakon@psykologforeningen.no

Visepresidenter

Rune Frøyland
rfroey@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
Birgitte Nørve Brunvoll
birgitte.brunvoll@icloud.com
911 25 104

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

Nordland
Miriam Ryssdal
miriam.ryssdal@gmail.com
926 53 473

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

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

Rogaland
Marie Tonette Solhaug Hansen
marietsh@yahoo.no
977 34 812

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 Lindø
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 Øvrebo, 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 rfroey@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 larsravnhlckers@
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 evakarinoevaas@
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
Lars Jørgen Berglund,
nestleder og spesialrådgiver
e-post lars@
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, Univer-
sitetetsforskning Bergen
Anders Martin Fjell,
Universitetet i Oslo
Magne Arve Flaten,
Universitetet i Tromsø
Rolf W. Gråwe, St. Olavs
hospital
Siri Erika Gullestad,
Universitetet i Oslo
Roger Hagen, Norges
teknisk-naturvitenskapelige
universitet
Odd E. Havik, Universitetet
i Bergen
Anthony Hawke, Familie-
vernkontoret i Stavanger
Asle Hoffart, Modum Bad
Arne Holte, Nasjonalt
folkehelseinstitutt
Hanne Haavind,
Universitetet i Oslo
Reidun Ingebretsen, Norsk
institutt for forskning om
oppvekst, velferd og aldring
Tine K. Jensen, Nasjonalt
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
Arlid 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-naturviten-
skapelige 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:
19.07, 19.08, 17.09, 18.10, 18.11

