

TIDSSKRIFT FOR NORSK PSYKOLOGFORENING

PSYKOL OGI

Vol.58 nr.12 2021

Nordanger et al.:

Nytt mål på traume- kompetanse

Vitenskapelig artikkel

ANTISOSIAL TIL BEHANDLING

*Aktuelt
Oppsummert
Forskningsintervju*

Psykologisering av smerte- problematikk

Meninger

Grønnerød et al.:

Innføring av strukturert utredning ved psykoseseksjon

Fra praksis

PSY KOL OGI

Vol. 58 **nr. 12** 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

Teknisk redaktør Christian von Schack,

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

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

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

Redaksjonssekretær Nora Skjerdingsstad, nora@psykologtidsskriftet.no

Redaksjonen redaksjonen@psykologtidsskriftet.no

Debatt meninger@psykologtidsskriftet.no

Markedskoordinator 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 24.11.2021

Omslagsillustrasjon Øivind Hovland

Form Bøk Oslo AS

Trykk 07 Gruppen AS

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

er et redaksjonelt uavhengig organ som redigeres etter Fagpressens redaktørplakat,

Tekstreklameplakaten og Vær varsom-plakaten, samt Lov om redaksjonell

fridom i media. Psykologtidsskriftet eies av Norsk psykologforening.

© Tidsskrift for Norsk psykologforening



Krevende, men nødvendige endringer

Da medlemsbladet for Norsk psykologforening, *Psykologen*, endret profil i 1973 og ble omdøpt til *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, var målet at norske psykologer skulle ha muligheten til å publisere sine artikler i eget fagtidsskrift. I årene som fulgte, ble det gjort en stor innsats for å bygge opp et tidsskrift der psykologer kunne holde seg faglig oppdatert og få tilgang på den stadig voksende forsknings- og fagutviklingen som skjer innenfor det norske fagfeltet. Etter hvert ble status som nivå 1-tidsskrift oppnådd, og grunnlaget for et profesjonelt, akademisk fagtidsskrift med fulle lisenser for publisering av vitenskapelige artikler ble lagt. Fra 2004 økte antall publiseringspoeng tildelt artikler publisert i Psykologtidsskriftet hvert år. Fra 2013 begynte imidlertid denne utviklingen å snu, og i 2018 gikk indekseringen i PsycInfo tapt. Dette representerer et stort tilbakeslag, fordi indeksering er et nødvendig premiss for at Psykologtidsskriftet skal oppfylle kravene som stilles for å anerkjennes som vitenskapelig utgiver. Uten indeksering vil heller ikke publisering av artikler gi forfatterne de meritterende poengene de trenger til sin forskningsaktivitet. Det er altså tungtveiende grunner til at Psykologtidsskriftet bør være indeksert i en aktuell søkedatabase, hvorav det finnes flere (f.eks. PsycInfo, Scopus, PubMed). Felles for disse databasene er at det stilles krav om at publisering av fagartikler utgjør kjerneaktiviteten for tidsskriftet. Oppsummert er konsekvensen av dette, kombinert med foreningens ønske om en mer vitenskapelig dreining, at det er blitt nødvendig å gjennomføre en omorganisering av redaksjonen.

Disse endringene innebærer imidlertid ikke at Psykologtidsskriftet skal oppgi journalistikk. Journalistikk utgjør en helt sentral del av Psykologtidsskriftets publiseringsvirksomhet. Dette er fagstoff som gir leserne tilgang på informasjon om fagpolitiske prosesser og saker som de ellers ikke ville hatt. Journalistikken i Psykologtidsskriftet har i mange av sine saker lyktes å belyse fagstoff på en måte en fagartik-

kel aldri vil kunne gjøre, blant annet ved å gi kontekster og påpeke faglige kontroverser. Den redaksjonelle håndteringen av debattinnlegg krever journalistkompetanse. For å nevne noe. Endringsprosessen redaksjonen står midt oppe i, er svært krevende, og en reorientering vil ta tid. Målet er å gjenopprette Psykologtidsskriftets tidligere akademiske status, ikke å bryte ned. Situasjonen for vitenskapelige utgivere anno 2021 gjør det imidlertid umulig å unngå en endret drift.

Journalistikk som er interessant, viktig og som leseren kan feste lit til, må være utarbeidet på et redaksjonelt uavhengig grunnlag. Et grunnleggende vilkår for redaksjonell uavhengighet er at eierne ikke prøver å øve innflytelse på redaksjonens virke eller publiseringer. I perioden jeg har vært sjefredaktør, har ikke eierne gjort noen forsøk på å påvirke den redaksjonelle driften, hverken direkte eller indirekte. Rolledelingen mellom eier og sjefredaktør er og har vært klar hele veien. Sjefredaktørens mandat er redegjort for i Redaktørplakaten og er vidt, men omfatter ikke å definere hvilken type utgivelse Psykologtidsskriftet skal være. Gjennom formålsparagrafen har eierne gjennom demokratiske prosesser besluttet at publisering av vitenskapelige artikler skal utgjøre Psykologtidsskriftets kjernevirksomhet.

Dette er en beslutning som harmonerer med leserundersøkelser som ble gjennomført både i 2017 og 2020, der ønsket om flere vitenskapelige artikler og et høyere faglig nivå går igjen i tilbakemeldingene fra leserne. Fagartikler er blant det redaksjonelle stoffet som leses og brukes mest av det vi publiserer på våre nettsider.

Et fagtidsskrift for norske profesjonspsykologer trenger å være et organ for psykologfaglig vedlikehold og oppdatering, bidra til å stimulere til psykologisk forskning og ikke minst: fremme viktig debatt. Til det trenger vi å styrke redaksjonen psykologfaglig. ✕



Katharine Cecilia Williams

Sjefredaktør
katharine@
psykologtidsskriftet.no



Målet er å gjenopprette Psykologtidsskriftets tidligere akademiske status, ikke å bryte ned

1032



FOTO: PRIVAT

SKAM OG PSYKOPATI

Forsker og kliniker Aina Sundt Gullhaugen vil redefinere psykopatibegrepet. Hun har utviklet en modell som gir utgangspunkt for behandling, men møter det hun mener er fastlåste holdninger blant fagfolk.

*Forskningsintervju
Oppsummert*

1046

ILLUSTRASJON: KRISTIAN UTRIMARK



PSYKOLOG I VITNEBOKSEN

Den umiddelbare skamfølelsen over mitt første vitnemål har etter hvert blitt erstattet av en noe rausere forståelse av den uvante og krevende situasjonen jeg stod i den gangen, skriver nestleder i fagetisk råd Mette Garmannslund.

Etikkpanelet

1072



SORG I HUS

Barn og voksnes sorg er ulik, og det er vanskelig å vite hva man skal si og gjøre når sorgen rammer familien.

At det kommer en egen bok om barn og sorg, skrevet av noen av de fremste ekspertene vi har, er derfor velkomment, skriver Kristin Frisch Moe. Hun har anmeldt to ferske fagbøker om kompleks sorg.

Anmeldelse

Innhold

- 1005 Krevende, men nødvendige endringer**
Leder | Katharine Cecilia Williams
- 1008 Nytt håp for antisosiale**
Reportasje | Per Halvorsen
- 1012 Tidlig avklaring: ny tilnærming for vurdering og planlegging av behandling i poliklinisk psykisk helsevern**
Originalartikkel | Katrine Høyer Holgersen et al.
- 1022 The Trauma and Development Education Monitor (TANDEM): et nytt instrument for å måle traume-kompetanse**
Originalartikkel | Dag Øystein Nordanger et al.
- 1032 Skammen bak den grandiose masken**
Forskningsintervju | Per Halvorsen
- 1034 En ny og dynamisk psykopatimodell**
Oppsummert | Aina Sundt Gullhaugen
- 1038 Innføring av HoNOS i en psykoseseksjon: erfaringer og anbefalinger**
Fra praksis | Cato Grønnerød, Jan Josef Mikaelsson & Ole Jørgen Hommeren
- 1046 *Hjelp, jeg er innkalt som vitne!***
Etikkpanelet | Mette Garmannslund
- 1048 MENINGER**
Kronikk: «Det er ikke farlig å ha vondt» | Siv Hilde Berg (s. 1057)
Debatt: MDMD-assistert terapi (s. 1048 & 1052), Obligatorisk mekling (s. 1060), Medisinfri behandling (s. 1061), ISTDP (s. 1062), Psykologtidsskriftets redaksjonelle profil (s. 1064), Basal eksponerings-terapi (s. 1067), Rorschach (s. 1068)
- 1070 INNTRYKK**
Anmeldelser: To praksisnære tilskudd til barne- og ungdomsfeltet (s. 1070), Når familien er rammet av sorg (s. 1072)
Bokessay: Psykoanalytiske innganger | Kim Larsen (s. 1076)
- 1081 Annonser**
- 1084 Stillingsannonser**

Nytt håp for antisosiale

Nytter det likevel å behandle personer med antisosial personlighetsforstyrrelse? Avdeling for rusmedisin ved Haukeland sykehus har trua. Fra august har de tilbudt mentaliseringsbasert terapi til åtte menn med diagnosen.

TEKST OG FOTO

Per Halvorsen

ILLUSTRASJON

Øivind Hovland

- HVA SKAL VI gjøre med de antisosiale?

Spørsmålet indikerer oppgittheten som lenge har preget synet på personer med diagnosen antisosial personlighetsforstyrrelse (APF). Det formuleres av førsteamanuensis Katharina Morken ved Institutt for klinisk psykologi ved Universitetet i Bergen og forsker i gruppen for psykososiale intervensjoner ved avhengighetslidelser ved Avdeling for rusmedisin.

Hun skal straks forklare oss bakteppet for at ruspoliklinikken i Kanalveien i Bergen nå gir en av de mest stigmatiserte og underdiagnostiserte pasientpopulasjonene i tverrfaglig spesialisert rusbehandling og psykisk helsevern poliklinisk tilbud om mentaliseringsbasert gruppeterapi (MBT) én gang i uken. Vi treffer henne en fredag formiddag i midten av november. Om noen timer setter åtte menn med APF seg i sirkel i terapirommet i tredje etasje. MBT-terapeutene Morten Øvrebø (psykologspesialist) og Therese Morvik (klinisk sosionom) er spente. En uke i forveien forlot en av delta-

kerne gruppen i sinne. Kommer han tilbake i dag?

Morken sier at inspirasjonen langt på vei kom fra pasientene selv.

– Vi registrerte at pasientene med APF følte seg utenfor da de inngikk i MBT-gruppen for personer med borderline PF-diagnose. De skjønte ikke helt problemstillingene som ble tatt opp i gruppen. De fremstod som mer ubekymret, men hadde også lettere for å bli sinte, forteller hun.

UTFORDRENDE PASIENTGRUPPE

For borderlinepasientene hadde MBT vist gode resultater. Ettersom det kom signaler fra England med utprøving av MBT for APF, begynte behandlere å snakke om å prøve ut denne tilnærmingen her. Istedenfor å gi opp pasientene med APF, fikk behandlerne lyst til å spise behandlingen mot denne gruppen: rette mer oppmerksomhet mot temaer som grensesetting, makthierarki, aggresjon og liknende. Alt sammen i en atmosfære av fortrolighet og innenfor felles moralske rammer som deltakerne diskuterte seg fram til i terapigruppen.

Morken beskriver personer med antisosial personlighetsforstyrrelse som en av de mest utfordrende pasientgruppene i psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling. En gruppe som kan være godt over gjennomsnittet kranglete og trigger mye motoverføring.

APF utgjør et betydelig helseproblem for den som har diagnosen, for deres familier og samfunnet. I befolkningen er forekomsten av APF litt under én prosent. I tverrfaglig spesialisert rusbehandling har anslagsvis mellom 16 og 34 prosent av pasientene AFP, i fengsler opp mot 60 prosent. Men behandlingsoptimismen for denne pasientgruppen har altså ikke stått i taket. Cochrane-oversikter konkluderer med at



det ikke fins RCT-studier som kan vise til behandlingstilbud som kan redusere antisosial atferd eller psykiske symptomer på en tilfredsstillende måte.

INDIKASJONER PÅ EFFEKT

– Hvis det er én gruppe som har fordommer rettet mot seg, også fra behandlere, så er det denne. Få har tro på at det nytter med behandling, opplyser Morken.

– *Hva gjør at dere likevel har trua?*

– Selv om det foreløpig ikke fins RCT-studier å støtte seg til, har vi sett antydninger til endring også hos disse pasientene, forklarer Morken.

Hun viser til arbeidet til Peter Fonagy og Anthony Bateman, som har grunnlagt og utviklet MBT. De har gjort flere RCT-studier av MBT brukt på borderline-pasienter, som metoden primært er utviklet for. Innenfor rammen av en RCT-studie gjorde de to forskerne en analyse av en subgruppe med borderline og antisosial problematikk. Også pasienter med APF i denne gruppen hadde effekt av behandlingen sammenliknet med kontrollgruppen. I tillegg har Gill McGauley og Jessica Yakeley gjort en lovende pilotstudie i samarbeid med Bateman.

– Vi har altså indikasjoner på effekt; eksempelvis at reduksjon av aggresjon og psykiske symptomer er mulig. Derfor valgte vi å sette i gang en pilot ved Avdeling for rusmedisin, sier Morken.

HANDLER PÅ IMPULS

I skrivende stund er behandlingsopplegget ikke mer enn tre måneder gammelt. Det består av ukentlig gruppeterapi-sesjoner à 75 minutter. I tillegg får deltakerne individualterapi én gang i måneden. Behandlingen skal vare ett år. Deretter skal de testes for eventuelle langtidseffekter først etter 12, deretter etter 24 måneder. Forskerne skal også gjennomføre kvalitative intervjuer med utvalgte pasienter. Terapeutene Øvrebø og Morvik jobber under veiledning av Anthony Bateman. Alle terapi-situasjonene tas opp på video.

Da gruppeterapitilbudet ble opprettet, var APF-pasientene ikke vanskelige å be. Øvrebø og Morvik opplever at pasientene har følt seg sett når de får tilbakemelding om at de lider av antisosial personlighetsforstyrrelse, og når de nå har fått tilbud om et behandlingsopplegg som er skreddersydd for deres spesielle diagnose.

Katharina Morken, som leder forskningsprosjektet, forteller at for mange av pasientene er det en helt ny erfaring å få beskjed om hva de lider av, og hvilke konsekvenser det har for hvordan de samhandler med andre.

– Denne tilbakemeldingen har de færreste fått tidligere. Det at du eksempelvis er amfetaminavhengig, er ikke en tilstrekkelig forklaring på at du misforstår andres følelser, havner i konflikt og ikke klarer å håndtere dine egne følelser. Personlighetsforstyrrelsen kan ofte være «the missing link» i forklaringen av pasientens problematikk, sier hun.

Alle som blir plukket ut til denne piloten er utredet for og diagnostisert med antisosial personlighetsforstyrrelse. I tillegg må de ha et uttalt ønske om å ville endre seg. Rusfrihet er ikke noe krav. De fleste har god kontroll på rusmisbruket sitt. I gruppen er regelen likevel klar: Du kommer ikke ruspåvirket til terapitimene. Gruppemedlemmene mener det er respektløst. Likevel kan det skje.

– Da må det selvsagt tematiseres. Det er jo en del av det å etablere en mentaliserende kultur: Hva er det som spiller seg ut her, og hvordan kan vi forstå det, forklarer prosjektkoordinator og MBT-terapeut Øvrebø. »



EFFEKT Vi har indikasjoner på at også antisosiale har effekt av MBT, sier prosjektleder Katharina Morken.

Mentaliseringsbasert terapi (MBT)

MBT er en manualbasert behandlingsmetode. Målet er å øke forståelsen for seg selv og andre, regulere egne følelser bedre og at man skal lykkes bedre i nære forhold og i samarbeid med andre. MBT ble opprinnelig etablert for å behandle borderline personlighetsforstyrrelse. RCT-studier har vist god effekt for denne pasientgruppen. Også borderline-pasienter med komorbid APF har hatt effekt av MBT, inkludert reduksjon av sinne, fiendtlighet, paranoia og forekomst av selvskading og selvmordsforsøk.

De fleste av pasientene erkjenner at de ikke bryr seg så mye om andres følelser, og de skjønner at ordinær behandling ikke er nok. De opplever at de må holde ting tilbake i de blandede MBT-gruppene fordi mange der blir veldig bekymret når de antisosiale spiller seg ut.

– *Hva er det som er så spesielt med denne pasientgruppen?*

– De handler ut fra egne følelser, men forklarer selv handlingene sine ut ifra logikk. De er lette å krenke og handler ofte på impuls. De vender ikke blikket innover mot egen psyke og har vanskelig for å ta andres følelser med i likningen. De har først og fremst et ytre fokus, forteller Øvrebø og Morvik.

ØKT FLEKSIBILITET

I gruppeterapien rettes oppmerksomheten mot hendelser de har vært utsatt for siden sist, og som har utløst sterke følelser, og hvordan de har håndtert de ulike situasjonene de har vært oppe i. Fokuspunktet er følelsene, i situasjonen.

– Vi forsøker å skape en mentaliserende kultur. Vi spør for eksempel: Hva følte du, hva tror du den andre følte? Gruppen deltar med ulike perspektiver: «Jeg tror hun blir sint.» «Jeg tror hun ble sjalu.»

– Gruppemedlemmene får ikke lov til å gi råd, påpeker de to terapeutene.

– *Hvorfor ikke?*

– Råd er ofte for enkle. De innbyr til svart-hvitt-tenkning og innbefatter ikke nødvendigvis mentale tilstander. Hvis noen forteller at det har skåret seg med dama, kan rådet fort bli: «Du må bare gå fra henne.» I stedet ønsker vi å reflektere over hva det er med damen og relasjonen som gjør at dere ikke får det til å funke. Vi vil utforske hvilke mentale tilstander forholdet til den andre utløser.

– *Hva må ha skjedd med pasientene etter ett år for at dere skal kunne si at behandlingen har vært vellykket?*

– Vi ønsker å se mer fleksibilitet i pasientenes handlingsmønster og tenkning. De forteller selv at de ønsker mindre drama i relasjonene sine; mindre sinne, mindre vold. Flere har bak seg mange år i fengsel. De har begynt å kjenne på at personlighetsforstyrrelsen gir dem trøbbel i mellommenneskelige forhold, forteller Morken.

Ved å øke mentaliseringsevnen er håpet at aggresjonen og volden skal reduseres og pasienten får mindre behov for å ruse deg.

– Kvaliteten på relasjonene dine vil da trolig øke, og summen blir bedre livskvalitet, sier hun.

De fleste deltakerne er i 30-årene. Morken mener det er vanskelig å motivere de yngste til å delta i behandling som dette. Hun mener man må være litt eldre for å kjenne på behovet for å endre kurs.

HØYT TRYKK

I gruppeterapien blir pasientene ofte irriterte og sinte. Når terapeuten problematiserer sinnet, vil pasienten ofte ikke kjenne seg igjen. Pasien-

Forskning på gruppebasert MBT

Den MBT-baserte gruppeterapien ved Avdeling for rusmedisin inngår i forskningsprosjektet A Feasibility Study of Mentalization Based Therapy for Antisocial Personality Disorder in Norway. Terapitilbudet er spisset mot antisosiale og er det første i sitt slag her til lands.

Hypotesen er at pasientene vil oppleve mindre aggresjon og rusmisbruk under behandlingen. Videoer av terapitimene vil bli analysert ved MBT-laboratoriet ved seksjon for personlighetspsykiatri ved Oslo universitetssykehus. I tillegg til to terapeuter og en forsker er en sosionom en viktig del av prosjektet. Sosionomens oppgave er å bistå med å løse praktiske utfordringer knyttet til bolig, arbeid og økonomi.



PIONERER MBT-terapeutene Therese Morvik og Morten Øvrebø er de første til å tilby MBT-basert gruppeterapi spisset mot pasienter med antisosial personlighetsforstyrrelse.



ten vil heve stemmen, peke på terapeuten eller andre gruppemedlemmer og «trykke på» for å få disse til å endre seg, istedenfor å vende blikket mot seg selv og egen atferd.

– *Hva er den viktigste egenskapen til en terapeut som vil jobbe med denne pasientgruppen?*

– Gruppemedlemmene er veldig aktive og snakker mye. Ofte skjer det så mye at det er vanskelig å tenke samtidig. Du må tåle å stå i det trykket. Vi er helt avhengig av å være to terapeuter for å kunne gi hverandre pusterom og håndtere alt som skjer.

Øvrebø sier det ikke er normalt å tåle alle situasjoner som kan oppstå under terapisesjonene. Han mener det kan være en fallgrube for terapeuten å la seg fascinere for mye av troublemakerne – av rock'n roll-stemningen – som kan oppstå i gruppen.

– Du risikerer å få forskjøvet toleransen for hva som er akseptabel atferd, for eksempel aggresjon mot andre. Dette trenger vi et system for å håndtere, forteller Øvrebø.

Terapeutene får ukentlige videobasert veiledning, i tillegg veiledning med Anthony Bateman flere ganger i halvåret og egne månedlige statusmøter mellom forsker, behandler, teamleder og sosionom. Formålet er å sørge for at terapeutene klarer å opprettholde egen mentaliseringssevne, noe som er sentralt i arbeid med alvorlig personlighetsforstyrrelse, sier de.

Ved Avdeling for rusmedisin mener de det er naturlig at det nettopp er rusfeltet som løfter fram pasienter med antisosial personlighetsforstyrrelse og gir dem et tilbud.

– I tillegg til fengslene er det rusfeltet som har mest erfaring med denne pasientgruppen. Vi er realistiske, men håpefulle, sier Katharina Morken.

Lærer å vende blikket innover

Tre menn i 30-årsalderen har nettopp pratet seg gjennom 75 minutter med MBT-basert gruppeterapi. Alle er diagnostisert med antisosial personlighetsforstyrrelse og har ulike grader av rusproblematikk i bagasjen. Det er lettet stemning i gruppen. Fyren som forlot gruppen i sinne etter forrige time, kom heldigvis tilbake. Gruppemedlemmene liker ikke at det er tomme seter i terapirommet.

– Vi lærer av hverandre, har forpliktelser overfor hverandre. Da er det fint at alle stiller opp, bekrefter trekløveret som har sagt seg villige til å snakke med Psykologtidsskriftet.

Å stå åpent fram med diagnosen antisosial personlighetsforstyrrelse kan være belastende. Derfor har pasientene fått fiktive navn i denne reportasjen. De tre mennene forteller at de lærer av å lytte til de andre gruppemedlemmenes erfaringer og å sammenlikne dem med sine egne. Mye handler om hva som trigger sinne, og hvordan man kan takle det. Kanskje plukker de opp et handlingsalternativ de kan bruke hvis de havner i en tilsvarende situasjon som den andre i gruppen forteller om? En gang i uken i tre måneder har de holdt på. De sier de allerede kan merke resultater.

– Jeg har lært meg å holde igjen de ti ekstra sekundene som skal til for å roe meg ned før jeg lar meg fyre opp av en situasjon som egentlig bare er en bagatell. Jeg trenger jo ikke å gå rundt og være sur hele tiden. Folk er bare folk. Det de sier og gjør, handler jo stort sett ikke om meg, forteller Arne.

Åge sier han har lært seg å vende blikket litt mer innover:

– Jeg prøver å ikke være så skråsikker når noe skjer som trigger meg. Jeg prøver å se ting fra andre vinkler. Spør for eksempel meg selv: Hvorfor reagerte jeg så voldsomt bare fordi hun sa det hun sa?

Geir er opptatt av ideene og inspirasjonen han kan hente fra de andre gruppemedlemmene.

– Vi trenger flere folk med 'issues', med litt sinne, i gruppen. Noen faller jo fra i starten, og vi må ikke bli for få, sier han.

Selv har han vært flere perioder på døgnbehandling på grunn av rusproblemer. Det savner han ikke.

– Det ble mye alenetid uten at det skjedde noe som kunne bringe meg videre. Gruppeterapien er mer konkret. Forhåpentligvis blir jeg bedre til å tenke mer objektivt og handle mindre impulsivt fremover. Til å gi meg selv den ekstra tiden som gjør at jeg ikke handler på en måte som går ut over andre og meg selv. Det er det jeg håper på skal skje etter 12 måneder med denne gruppeterapien, sier han. ✕

ORIGINALARTIKKEL

TIDSSKRIFT FOR NORSK PSYKOLOGFORENING 2021 VOL. 58 NR. 12 S. 1012-1020 DOI: <https://doi.org/10.52734/8z2J79Bn>

Tidlig avklaring: ny tilnærming for vurdering og planlegging av behandling i poliklinisk psykisk helsevern

Katrine Høyer Holgersen¹, Ingvild Rønneberg Holte¹, Eva Gluppe¹, Øyvind Watne¹, Wenche Kojan Meisingset¹, Maja Rostad¹, Marianne Arentz¹, Anne Marit Arctander Rosenlund¹ og Heidi Brattland¹

¹ Nidelv DPS, Tiller, Klinikkk psykisk helsevern – allmenn, rehabilitering og sikkerhet, St. Olavs hospital

KONTAKT

katrine.hoyer.
holgersen@stolav.no

MERKNAD Forfatterne oppgir ingen interessekonflikter. Vi takker ledelsen ved avdelings-sjef Anne-Lise Løvaas, Nidelv DPS, St. Olavs hospital, for å ha lagt til rette for studien. Videre takker vi førsteamanuensis i medisinsk statistikk Turid Follestad, Klinisk forskningsenhet Midt-Norge, Det medisinske fakultet, NTNU, for bistand med statistiske analyser.

FAGFELLEVDERT

Sammendrag

Bakgrunn: Antallet henvisninger til psykisk helsevern øker, og pasienter som henvises til distriktpsikiatriske sentre (DPS), har ofte sammensatt problematikk. Formålet med artikkelen er å beskrive en ny tilnærming for inntaksvurderinger i poliklinisk psykisk helsevern. Et Tidlig avklaringsteam (TA) møter pasienter kort tid etter at henvisningen er mottatt på DPS. TA vurderer og planlegger om pasienten skal få videre utredning og behandling i allmennpoliklinikk, om andre hjelpetiltak kan være hensiktsmessige, og kan eventuelt gi bistand for å koble på disse tiltakene.

Metode: I de to første driftsårene av TA ble 1034 saker inkludert i en kvalitetssikringsstudie. Pasientpopulasjonen, arbeidsform, rehenvvisninger og pasienttilfredshet ble undersøkt.

Resultater: Etter kontakt med TA ble to tredjedeler av pasientene vurdert å være uten behov for videre oppfølging i allmennpsykiatrisk poliklinikk. Avklaringen ble gjennomført i løpet av én-tre samtaler i 90 % av sakene. Av sakene som ble avsluttet ved DPS etter kontakten ved TA, ble under 20 % rehenvvist innen seks måneder. Pasientene uttrykte tilfredshet med TA-tilbudet.

Implikasjoner: En bred tilnærming til hva som representerer god psykologisk behandling gjennom TA-modellen, kan føre til at at hjelpesøkende får raskere og tilpasset hjelp. TA kan bidra til å øke kvalitet og effektivitet i psykisk helsevern. Det er behov for videre kontrollerte studier av modellen.

Nøkkelord: distriktpsikiatrisk senter, helsetjenesteutvikling, inntaksvurderinger, allment psykisk helsevern

Det er økende press på psykiske helsetjenester både i kommune- og spesialisthelsetjeneste. Konsultasjonsraten ved poliklinikkene i psykisk helsevern (PH) er tredoblet siden 1998 (Kalseth et al., 2020). Det meste av virksomheten er tilknyttet distriktpsyrkiatriske senter (DPS), som står for 82 prosent av de polikliniske og 86 prosent av de ambulante årsverkene i PH (Pedersen & Lilleeng, 2019). Mange pasienter med psykiske helseplager har sammensatt problematikk. Det kan være somatisk sykdom så vel som vansker i sosiale forhold som utdanning, jobb, økonomi eller mangel på emosjonell støtte (Schjøtz et al., 2017). Sammensatte helseutfordringer krever individtilpassede vurderinger, og vies økt interesse i nyere forskningslitteratur (Suls et al., 2019; Xu et al., 2017). Samtidig er helhetlig helsehjelp ofte tid- og kostnadskreven (Wang et al., 2018). Flere har argumentert for at innsatsstyrt finansiering av helsevesenet som organiseres ut fra enkeltdiagnoser, er lite tilpasset kompleks problematikk (Prior & Vestergaard, 2018). Kartlegging blant medlemmer av Norsk psykologforening i 2019 og 2021 viste at mange behandlere i spesialisthelsetjenesten rapporterer om begrensede rammevilkår for å få gitt god nok behandling (Norsk psykologforening, 2019, 2021). I årene som kommer, vil allmennpoliklinikkene ved DPS sannsynligvis stå overfor utfordringer tilknyttet avklaring og planlegging av helsehjelp. Det er behov for innovative løsninger for å frigjøre mest mulig kapasitet til pasienter med de alvorligste psykiske lidelsene, samtidig som man sikter mot at alle som henvises, mottar riktig hjelp på riktig sted til riktig tid. En utvidet psykologisk intervensjon for helhetlig avklaring av hjelpebehov i en tidlig fase kan være et alternativ. Denne artikkelen beskriver utviklingen, etableringen og evalueringen av et eget *Tidlig avklaringsteam* (TA) ved Nidelv DPS, Tiller (tidligere Tiller DPS, som fra 01.06.21 ble slått sammen med Orkdal DPS til Nidelv DPS), ved St. Olavs hospital.

Arbeidsform for Tidlig avklaringsteam

Det er særlig allmennpoliklinikkens inntaksteam som benytter TA, men andre seksjoner ved DPS-et kan også benytte TA om det vurderes som aktuelt. Motaksprosedyre for skriftlige henvisninger innebærer at inntaksteamene ved den enkelte seksjon vurderer om henvisningen skal settes på venteliste for ordinær vurdering og eventuelt behandling, *eller* om henvisningen skal vurderes av TA før det tas en beslutning om videre prosess. Det kan være ulike grunner til at inntaksteamet kobler på TA. I typiske saker er det ut ifra henvisningen utydelig hva som vil være hensiktsmessig videre, og man tenker at å møte pasi-

enten for en avklaring øker sannsynligheten for å gi mer målrettet hjelp. Eksempelvis kan saken innebære flere tidligere behandlingsforsøk i allmennpoliklinikk, saken kan være sammensatt og aktualisere samarbeid med førstelinjen, beskrivelsen fra henviser kan være uklar, eller det kan være behov for at pasienten gis en raskere vurdering enn det allmennpoliklinikken har kapasitet til.

Pasienter som blir satt på venteliste for allmennpoliklinikk, gis frist for behandlingsstart basert på vurdering av hastegrad ut fra henvisning, som regel to–tre måneder. Ved oppstart møter pasienten den behandleren som blir ansvarlig for videre oppfølging ved poliklinikken. I TA tilbys pasienten en avklarings-time innen to uker, vanligvis med to behandlere. Formålet er å avklare behandlingsbehov, vurdere hastegrad og bistå i å finne alternativer hvis det er aktuelt. Dette kan omfatte etablering av tilbud hos andre aktører istedenfor, før eller parallelt med videre oppfølging ved DPS, eller en kortvarig intervensjon ved TA før saken avsluttes.

TA-samtalen er semistrukturert og inkluderer temaene som dekkes i en ordinær inntakstjournal, men vanligvis uten standardiserte spørreskjema. Psykopatologi og psykiske plager ses i lys av utløsende faktorer i livssituasjonen, og i lys av tidligere eller aktuelle predisponerende eller opprettholdende faktorer. Aktuelle tiltak planlegges i samarbeid med pasienten og eventuelt pårørende eller andre samarbeidspartnere. Dersom TA vurderer at det er behov for videre diagnostisk utredning og behandling, får pasienten tildelt en fast behandler i allmennpoliklinikken, som ved ordinært inntak. Fastlege får løpende tilbakemelding.

TA hadde per 2019 5,7 årsverk, hvorav fire var psykolog- eller legespesialister. Arbeidsformen med samtale med to behandlere har flere fordeler. Den sikrer at pasientene gis en tverrfaglig vurdering, og kan åpne for mer drøfting, refleksjon og handlingsrom til å være kreativ og løsningsorientert enn i standard en til en-samtaler. I sakene jobber erfarne og nye ansatte sammen, noe som bidrar til en mester-svenn-modell for gjensidig læring og oppdatering, noe som også kan øke trivsel og mestring.

Teoretisk forankring

Arbeidsformen i TA er eklektisk. En viktig målsetting er å tilby en hjelp som oppfattes som fleksibel, proaktiv, med tidlig innsats og med fokus på ulike livsområder, i tråd med retningslinjer for psykosial oppfølging etter ulike typer kriser (Helsedirektoratet, 2016). En dynamisk forståelse av psykisk helse legges til grunn for kasusformuleringen. Grunnleg-

gende behov for livsmestring må være på plass. Tilgang til sosial støtte, meningsfull aktivitet og jobb, tilfredsstillende økonomi og boligforhold er faktorer som samvirker med somatiske og psykiske helseplager og lidelser, og som derfor også vies oppmerksomhet. Ved å fokusere på ressurser og mestring i tillegg til psykisk lidelse utvides tilnærmingen fra en biomedisinsk forståelsesmodell til en biopsykososial modell (Kolstad et al., 2019). Formen på samtaler er inspirert av «åpne samtaler» og reflekterende team (Andersen, 2005). Nettverk- og systemteori ligger til grunn for at man vektlegger samarbeid med både private og profesjonelle nettverk (Fyrand, 2016).

Prinsipper for TA overlapper med arbeidsformer i andre team rettet mot psykisk helse, både i kommune- og spesialisthelsetjenesten (f.eks. AAT-, ACT- og FACT-team). Somatiske miljø er også i dag opptatt av tverrfaglig utredning og samarbeid (Heggstad et al., 2020). Lignende funksjoner kan ha vært prøvd ut andre steder, men vi er ikke kjent med at identiske team var i funksjon før Tiller DPS ved St. Olavs hospital opprettet sitt TA-team i 2017. I tiden etterpå har tilsvarende team blitt opprettet ved minst tre andre DPS, men TA som arbeidsform er ikke blitt beskrevet tidligere.

Formålet med artikkelen er å beskrive og evaluere arbeidsformen *Tidlig avklaring* som en mulig tilnærming for vurdering og planlegging av behandling i poliklinisk psykisk helsevern, basert på driften de to første årene fra 2017 til 2019. Tilnærmingen belyses gjennom fem problemstillinger:

- 1) Hva kjennetegner pasienter som møtte TA, og hvilken tjeneste mottok de?
- 2) Hvor stor andel av TA-sakene ble vurdert som uten behov for tjenester i allmennpoliklinikk?
- 3) Hadde kategorisering av sakenes problemområder, som betinget av enten ytre eller indre forhold ved henholdsvis oppstart og avslutning i TA, betydning for om pasienten fikk tilbud om videre oppfølging i allmennpoliklinikk?
- 4) Hvor stor andel saker som ble avsluttet fra DPS etter kontakt med TA, ble renevist innen seks måneder?
- 5) Hva synes pasientene om tilbudet?

Metode

Lokasjon og prosedyre

Nidelv DPS Tiller, har et opptaksgrunnlag på 85 000 mennesker over 18 år. Enheten mottar > 3000 henvisninger årlig, hvor omlag 1800 er henvisninger til allmennpoliklinikk. Forløper til tidlig avklaringsarbeid har vært utviklet over tid ved DPS-et, og siden 2008

som del av arbeidet til ambulant akutteam. I forbindelse med etableringen av TA som eget team i 2017 ønsket både ledelsen og teamet å gjennomføre et kvalitetssikringsprosjekt for å følge driften i startfasen fra 2017 til 2019. Dette prosjektet er utgangspunkt for artikkelen.

Datainnsamling

Følgende tre informasjonskilder ble inkludert i kvalitetssikringsprosjektet:

Pasientgruppen og arbeidsform

Det ble utviklet et registreringsskjema som man fylte ut etter første og siste samtale, for å kartlegge pasientpopulasjonen og TAs arbeidsform. Skjemaet registrerte alder, kjønn, inntektskilde, utdanningsnivå, samlivsstatus, omsorgsrolle for barn, tidligere mottatt helsehjelp, somatiske plager, antall møter med TA, kontakt med samarbeidspartnere og om saken ble videreført til allmennpoliklinikk eller ikke. I tillegg kartla skjemaet de to problemområdene eller tilstandene som ble vurdert som mest aktuelle for bistand, både ved oppstart ut ifra henvisningen og etter at TA hadde fullført sin intervensjon. Problemområdene ble kategorisert i et konsensusmøte i teamet som enten hovedsakelig indre psykiske plager, for eksempel angst eller depresjon, eller ytre livsbelastninger, for eksempel samlivsbrudd eller økonomiske vansker. Når TA-kontakten med pasienten var avsluttet, ble informasjon fra skjemaet registrert og lagret anonymt.

Rehenvisninger til DPS

Forekomsten av rehenvisninger til DPS ble undersøkt retrospektivt for å kvalitetssikre den nyetablerte TA-tjenesten. Man kartla forekomsten av rehenvisninger til DPS innen seks måneder etter avsluttet kontakt med TA i tre tilfeldig utvalgte tidsperioder: mai–desember 2017, januar–juli 2018 og januar–april 2019.

Brukerundersøkelse

Det ble utviklet et kort spørreskjema med fire spørsmål. Spørsmålene handlet om hvorvidt kontakten med TA hadde vært nyttig, og hvorvidt personen ville anbefalt tjenesten til en venn. Begge skåret på 5-punkts Likert-skala. Det ble også spurt om personene skulle ha videre behandling ved DPS-et, der svaralternativene var ja, nei, vet ikke, og deretter var det et åpent spørsmål hvor man kunne gi skriftlige kommentarer. Skjemaet ble utdelt til 75 pasienter høsten 2019. Svarene ble gitt anonymt og returnert i konvolutt til merkantilt personell.

Statistiske analyser

Analyser var innledningsvis deskriptiv statistikk og deretter logistiske regresjonsanalyser. Vi ville undersøke betydningen av tidligere mottatt psykisk helsehjelp og kategorisering av om problemene skyldtes indre eller ytre forhold, opp mot risiko eller oddsene for at pasienten ikke ble videreført til allmennpoliklinikk, justert for kjønn og alder. Signifikansnivå ble satt til $p < .05$. For parvise sammenligninger i den logistiske regresjonen ble det gjort justering for multiple tester ved hjelp av Holms sekvensielle Bonferroni-metode. Datainnsamlingen var del av den kliniske praksisen, og det var noe manglende data. I den endelige logistiske regresjonen ble det bare brukt data fra forløp med komplette data. Disse utgjorde 724 av de 936 (77.4 %) forløpene. Statistiske analyser ble gjort i SPSS, versjon 27.

Etikk

Prosjektet var et kvalitetsforbedringsprosjekt i forbindelse med utviklingen av det nye tilbudet. Målsettingen var å evaluere driften, og vurdere om intensjonen med å etablere TA ble oppfylt. Prosjektet ble fremlagt for REK Midt for vurdering (2018/1700-2), hvor konklusjonen var at det ikke var grunn til videre behandling. Personvernombudet ved St. Olavs hospital hadde ikke innvendinger til gjennomføring av prosjektet. Data ble lagret anonymt. De presenteres på gruppenivå og er ikke knyttet til person-id.

Resultater

Pasientgruppen og arbeidsform

I de to første driftsårene fra 2017 til 2019 kom 1023 (99.0 %) av pasientsakene til TA fra allmennpoliklinikkens inntaksteam og 10 (0.9 %) av sakene fra døgnavdelingens inntaksteam. Én sak manglet informasjon om den kom fra poliklinikk eller døgnavdeling. De aller fleste sakene ($n = 981$, 94.9 %) var henvist til DPS-et fra fastlege. Det var 98 saker (9.3 %) som ble avsluttet fra TA uten at pasienten hadde møtt til samtale. I sju saker var pasientene overført direkte til ambulant akutteam grunnet hastegrad, mens de resterende 91 sakene ble avsluttet fordi pasientene enten ikke møtte til time eller formidlet at de ikke ønsket tilbudet.

Av de 936 pasientene som møtte til samtale med TA, hadde mange ($n = 651$, 77.3 %) mottatt helsehjelp for psykiske plager tidligere. Nær halvparten ($n = 441$, 47.1 %) hadde tidligere vært i behandling ved poliklinikk i PH for voksne. En betydelig andel ($n = 386$, 41.2 %) hadde somatiske smerter eller ubehag. De fleste pasientene ($n = 784$, 83.7 %) hadde norsk bak-

grunn. Gjennomsnittsalder var 36.6 år (standardavvik: 13.4). Det var 63.8 % ($n = 597$) kvinner og 36.1 % ($n = 338$) menn. Ut fra informasjon i henvisningen kategoriserte TA at de fleste pasientene hadde problemer relatert til depresjon (60 %), angst (34 %) og livskrise/belastning (12 %). Kategoriseringen ved avslutning antydte at problemene relatert til angst var relativt stabile (32 %), for depresjon var andelen redusert til 36 %, mens den for livskrise/belastning var økt men økt til 34 %. Se tabell 1 og 2 i Appendiks A for ytterligere informasjon om demografiske variabler, og for å få en fullstendig oversikt over de ulike problemområdene i pasientgruppen og hvilke av problemområdene TA kategoriserte som relatert til indre eller ytre årsaksforhold.

For de aller fleste sakene, 90 % ($n = 853$, 91.3 %), ble avklaring og vurdering gjennomført i løpet av tre samtaler. I over halvparten av tilfellene ($n = 495$, 52.9 %) møtte pasientene kun til én samtale. Utover de rutinemessige skriftlige tilbakemeldingene til fastlegene samarbeidet TA med andre instanser i omtrent en fjerdedel av sakene ($n = 225$, 24.0 %) per telefon og/eller møte. Foruten fastlege hadde TA oftest kontakt med kommunale psykiske helsetjenester ($n = 70$, 7.4 %) og øvrige kommunale tjenester (gjennom helse- og velferdskontor, $n = 26$, 2.7 %), NAV ($n = 43$, 4.6 %) og pårørende ($n = 49$, 5.2 %). Se figur 1 i Appendiks B for å få en visuell fremstilling over de ulike instansene TA samarbeidet med i de to første driftsårene.

Videreføring til allmennpoliklinikk

Av de 1034 pasientsakene TA fikk tildelt de to første driftsårene, ble det vurdert at 365 (35.5 %) hadde videre behov for tilbud i allmennpoliklinikk. Videre ble 81 (7.8 %) saker henvist til andre mer spesialiserte enheter i PH. Totalt ble altså nær to tredjedeler av pasientene ikke videreført til utredning og behandling i allmennpoliklinikkene, som de i hovedsak var henvist til.

Betydningen av problemforståelse

TA vurderte hvorvidt sakenes to problemområder var betinget av indre forhold, ytre belastninger eller begge deler, kategorisert som enten indre, ytre eller indre/ytre problemforståelse (se tabell 2 i Appendiks A). Tabell 1 illustrerer stabilitet og endring i problemforståelsen i sakenes forløp. Den viser ni mulige forløpstyper ut ifra status for problemforståelse ved både henvisning og avslutning av kontakten, andelen totale saker for hver forløpstype, og andelen saker i de ni ulike forløpstypene som til slutt ble videreført til poliklinikk.

Tabell 1

Oversikt over type problemforståelse og videreføring av saker

Forløpstype	Henvisning	Avslutning	Total andel saker for hver forløpstype			Andel saker av hver forløpstype som ble videreført	
			Endring	Antall	Prosent	Antall	Prosent
1	Kun indre	Kun indre	Stabil	416	44.4	244	58.7
2	Kun indre	Indre og ytre	Mot ytre	91	9.7	25	27.5
3	Kun indre	Kun ytre	Mot ytre	137	14.6	4	2.9
4	Kun ytre	Kun indre	Mot indre	12	1.3	6	50.0
5	Kun ytre	Indre og ytre	Mot indre	8	0.9	3	37.5
6	Kun ytre	Kun ytre	Stabil	38	4.1	6	15.8
7	Indre og ytre	Kun indre	Mot indre	33	3.5	17	51.5
8	Indre og ytre	Indre og ytre	Stabil	25	2.7	9	36.0
9	Indre og ytre	Kun ytre	Mot ytre	37	4.0	5	13.5
Totalt				797	85.2		

Merknad. Indre viser til psykiske plager og ytre til livsbelastninger. Med stabil menes at det ikke var noen endring i type problemforståelse fra henvisning til avslutning.

Tabell 2Logistiske regresjonsanalyser over oddsen for at saker ikke ble videreført til allmennpoliklinikk ($n = 724$)

	Modell 1			Prediktor	Modell 2		
	OR	95 % CI	<i>p</i>		OR	95 % CI	<i>p</i>
Prediktor							
Kjønn*	1.02	0.76–1.37	.902	Kjønn*	1.07	0.75–1.51	.724
Alder	1.03	1.02–1.04	< .001	Alder	1.02	1.01–1.03	.003
Tidligere psykisk helse**	0.65	0.45–0.92	.014	Tidligere psykisk helse**	0.84	0.55–1.27	.395
				Type problem***			< .001
				Endring mot ytre	10.00	6.38–15.66	< .001
				Blandet stabil	2.92	1.21–7.07	.018
				Ytre stabil	7.02	2.63–18.73	< .001
				Endring mot indre	1.31	0.72–2.40	.373

Merknad. OR: Odds ratio; CI: konfidensintervall. Modell 1 og 2 illustrerer oddsen for at saker ikke ble videreført til allmennpoliklinikk. I modell 1 er prediktorer individuelle kjennetegn og pasientens behandlingshistorikk. I modell 2 er ytterligere prediktorer for endring i problemforståelse lagt til. Blandet viser til en ytre/indre problemforståelse. * Referansekategori er menn. ** Referansekategori er ikke tidligere mottatt psykisk helsehjelp. *** Referansekategori er kategorien indre stabil.

I den første logistiske regresjonsmodellen, modell 1, ville vi undersøke på hvilken måte kjennetegn ved pasienten og tidligere behandlingshistorikk påvirket risikoen eller oddsen for at saken ble avsluttet uten videreføring til allmennpoliklinikk. Som vist i tabell 2 hadde ikke kjønn, men alder signifikant betydning. Dess eldre pasienten var, dess mer sannsynlig var det at pasienten *ikke* ble videreført (OR: 1.03; 95 % CI: 1.02 til 1.04, $p < .001$). At pasienten ikke tidligere hadde mottatt psykisk helsehjelp, var også en signifikant prediktor for ikke å bli videreført til allmennpoliklinikk i modell 1, men dette var ikke lenger signifikant i modell 2.

Modell 2 undersøkte sammenhengen mellom tidligere mottatt psykisk helsehjelp, aktuell problemforståelse og hvorvidt pasienten ikke ble videreført til allmennpoliklinikk, justert for alder og kjønn. Sammenlignet med sakene der TA kategoriserte indre forhold som avgjørende, hadde sakene som endret seg *mot ytre* årsaker, nær 10 ganger høyere odds for *ikke* å bli videreført til poliklinikk. I sakene der TA kategoriserte problemene som forårsaket av ytre forhold ved både henvisning og avslutning, var oddsen vel sju ganger høyere for at pasienten *ikke* ble videreført til allmennpoliklinisk oppfølging.

Tabell 3

Resultater fra brukerundersøkelsen (n = 54)

Spørsmål 1: I hvilken grad var kontakten med Tidlig avklaringsteam nyttig for deg?				
Veldig nyttig	Litt nyttig	Usikker	Litt unyttig	Veldig unyttig
36 (66.7 %)	15 (27.8 %)	–	1 (1.9 %)	2 (3.7 %)
Spørsmål 2: Hvis en venn av deg skulle trenge lignende hjelp, ville du da anbefalt tjenesten?				
Ja, absolutt	Ja, det tror jeg	Usikker	Tror ikke det	Helt sikkert ikke
27 (50.0 %)	24 (44.4 %)	3 (5.6 %)	–	–
Spørsmål 3: Ble vi enige om at du skulle ha videre behandling ved Tiller distriktpsikiatrisk senter (DPS) nå?				
Ja	Nei	Vet ikke		
33 (61.1 %)	17 (31.5 %)	4 (7.4 %)		

Diskusjon

Rehenvisninger til DPS

Vi undersøkte rehenvisninger til DPS innen seks måneder etter avslutning fra TA for tre utvalg av pasienter som ble henvist til TA i prosjektperioden. Utvalgene ble selektert basert på tre tilfeldig valgte tidsrom, henholdsvis mai–desember 2017, januar–juli 2018 og januar–april 2019. Med utgangspunkt i de tre utvalgene av henviste pasienter kartla vi rehenvisning til DPS for de av TA-pasientene som hadde møtt til TA, og som ikke ble videreført til andre enheter i PH. Andelen TA-pasienter som hadde møtt, men ikke ble videreført til PH var 145 av 268 saker i mai–desember 2017, 130 av 256 saker i januar–juli 2018 og 45 av 94 saker i januar–april 2019. Av sakene som ikke ble videreført til PH, viste kartleggingen at andelen rehenviste etter seks måneder var på 13.8 % (20 av 145 saker) i mai–desember 2017, på 17.7 % (23 av 130 saker) i januar–april 2018 og på 11.1 % (5 av 45 saker) i perioden januar–april 2019. Se figur 2 i Appendiks B.

Pasientenes mening

Svarene til de 54 pasientene som returnerte spørreskjemaet, er vist i tabell 3. Over 94 % av de som svarte, oppga at kontakten hadde vært nyttig, og at det var sannsynlig at de ville anbefalt tjenesten til en venn.

Det var 21 personer som kommenterte i fritekstfeltet. En person delte en kritikk av tilbudet, der vedkommende hadde opplevd det som frustrerende å måtte overtale TA om at hen var syk nok til å få hjelp. Fra 16 personer fremkom det at samtalene var bra, at de møtte hyggelige behandlere, følte seg trygge og imøtekommet, eller at de fikk god informasjon. En person fremhevet at det var bra at tilbudet kom raskt etter henvisning. Tre personer beskrev at de var spente, men så frem til videre behandling.

Vår evaluering av de første vel tusen TA-pasientforløpene i de to første driftsårene viste at omlag to tredjedeler av pasientene ble vurdert til å ikke ha behov for videre utredning og behandling i allmennpoliklinikk. For de aller fleste pasientene ble avklaringene gjennomført etter en til tre samtaler ved TA. Andelen rehenvisninger til DPS-et seks måneder etter avsluttet TA-kontakt varierte mellom 11 og 18 % for de tre tidsperiodene vi kartla. Vi vurderer denne andelen som relativt lav, uten at vi har sammenlignet med tall på rehenvisninger fra andre enheter i PH. Tilbakemeldingene fra brukerne var i hovedsak positive.

Teamets vurdering av pasientens problemer som betinget av indre psykiske plager eller ytre livsbelastninger var av vesentlig betydning for om pasienten ble videreført til allmennpoliklinikk eller avsluttet fra DPS-et. En mulig tolkning er at henvisende instanser har begrenset informasjon om pasientens situasjon, og/eller at henvisninger tidvis utformes med tanke på å få innpass i psykisk helsevern, også når vanskene mest skyldes ytre forhold. Vår evaluering antyder at det kan være hensiktsmessig at inntaksinstanser i PH gjør en bredere vurdering av mulige årsaker til personens problembilde før det tas stilling til behov om videre utredning og behandling av psykisk lidelse. En bred inntaksvurdering er i tråd med øvrig forskningslitteratur som vektlegger helhetlig tenkning i møte med hjelpesøkende (Martin, 2018; Schiøtz et al., 2017; Suls et al., 2019). Utvikling av samarbeidsformer for å tilstrebe et sømløst og effektivt hjelpesystem når det søkes hjelp for psykiske plager som fastlegen ikke selv har rammer for å håndtere kan også være et fremtidig fokusområde. Det er viktig å merke seg at TAs problemforståelse og vurderingen av om pasientens problemer primært var betinget av indre eller ytre årsaksforhold, var basert på klinisk skjønn

og ikke validerte vitenskapelige metoder. Derfor må funnene betraktes med forbehold. Teamet var imidlertid sammensatt av ansatte med tidligere erfaring fra krise og akuttjobbing, der ytre årsaksforhold ofte vektlegges, og ansatte med lang fartstid i allmennpoliklinikker, som har mer erfaring i arbeid med indre psykiske årsaksforhold. Konsensusdrøftingen i teamet der de ulike problemområdene ble kategorisert, ble derfor gjennomført av klinikere med ulik faglig bakgrunn og erfaring.

Evalueringen antyder at en psykologisk intervensjon som tidlig avklaringssteam kan bidra til at pasienter unngår lang venteliste tid før hjelpebehovet blir avklart. En tidlig avklaring kan frigjøre kapasitet hos allmennpoliklinikker til å håndtere pasienter med klart behov for utredning og behandling i spesialisthelsetjenesten. Fordi studien ikke inkluderte systematisk tilbakemelding fra fastleger, vet vi ikke med sikkerhet om det lave antallet rehenvisninger til DPS-et betyr at pasienten hadde fått god nok psykisk helsehjelp. Vi har imidlertid erfart at fastleger først og fremst setter pris på at vi bidrar med videre organisering av hjelpetiltak, for eksempel i førstelinjen. Til tross for at tilbudet var tidsavgrenset og uten strukturert utredning og behandling, tydet svarene i brukerundersøkelsen på at pasientene opplevde det å bli møtt med en eller flere åpne samtaler som positivt. Dette gjaldt uavhengig av om det var avtalt videre behandling ved DPS eller ikke. Selv om det er usikkert om svarene på brukerundersøkelsen er representative, samsvarer de med våre kliniske erfaringer over tid.

Datamaterialet i undersøkelsen gir ikke grunnlag for å trekke slutninger om hvorfor tidlig avklaringsarbeid fikk de positive følgene vi har vist. En mulig forklaring er at pasientenes behandlingsbehov ble avklart raskt etter henvisning, slik at de unngikk lang venteliste tid og den usikkerheten og risikoen for forverring av psykiske helseplager som den kan medføre. Vårt kliniske inntrykk er at innholdet i avklaringen som ble tilbudt, er av like stor betydning. Spesielt vil vi fremheve betydningen av å møte hjelpesøkende med en bred forståelse for hva psykologisk behandling kan være. I TA-modellen vektlegges livsbelastninger, ressurser og nettverksarbeid like mye som det å avdekke eventuelle psykiske lidelser. Flere (Kolstad et al., 2019) har pekt på hvor viktig det er å invitere til en meningsdiskusjon om hva det vil si å være menneske i verden, fremfor en mer objektiverende og tradisjonell medisinsk tilnærming, der det å avklare eller utelukke patologi er mer i fokus enn mestringsstrategier. Et tungt fokus på medikalisering og psykologisering av psykiske og sosiale plager kan ha en slagside ved at vanskene blir individualisert heller enn forstått og løst i

en sosial kontekst (Carlsten et al., 2010). Sosial attribusjonsteori (Heider, 1958) har vist at mennesker, trolig også behandlere i psykisk helsevern, har lett for å forstå andres atferd ut fra indre, individuelle årsaksforhold. Fra sosiologisk labeling-tradisjon (Scheff, 1971) vet vi at et ensidig fokus på kategorisering av mennesker kan forsterke uhensiktsmessig atferd. Psykoterapiforskning (Probst et al., 2015) tyder på at pasienter kan få større effekt av behandling dersom utenomterapeutiske forhold, som tilgang på sosial støtte og pågående livshendelser, blir adressert. En eldre empirisk studie (Chesno & Kilmann, 1975) er særlig relevant for våre resultater. Her ble det demonstrert reduksjon av behandlingstid for en gruppe pasienter som ved inntak og under behandlingen fikk informasjon om at symptomene deres var normale ut fra de belastningene de hadde opplevd, heller enn uttrykk for en psykisk sykdom, sammenlignet med pasienter som ikke fikk en slik bekreftelse. Fordeler og ulemper ved diagnostisk og medisinsk fokus er imidlertid mye omdebatt (Frances, 2016; Huibers & Wessely, 2006; Stein et al., 2007). Organisering av et TA-team med spesialister i front kan være nettopp et tiltak for å redusere risikoen for overdiagnostisering og unødige lange utredningsforløp, som kan bli resultatet med for stor vekt på individuell psykopatologi. Det kan selvsagt motsatt innvendes at TA-modellen kan bidra til en underdiagnostisering av psykiske lidelser, dersom pasienter som er i behov av det, ikke følges opp videre med standardisert utredning. En forutsetning for å motvirke dette er at det finnes tilstrekkelig erfaring og spesialistkompetanse i teamet, kombinert med tett samarbeid med allmennpoliklinikker ved DPS, som raskt kan overta saken til utvidet vurdering og oppfølging.

En mulig svakhet ved modellen kan være at pasientene må forholde seg til ulike behandlere dersom de videreføres fra TA til poliklinikk. Det er et robust funn innen psykoterapiforskning at alliansen mellom terapeut og klient påvirker behandlingsutfallet (Flückiger et al., 2018), og det kan være krevende å etablere en god allianse når pasienten videreføres. Kontinuitet av behandlere er også en viktig faktor i behandling (Ho et al., 2017). Samtidig kan det representere noen begrensninger for videre handlingsrom dersom en relasjon der både hjelperen og den hjelpesøkende allerede fra det første møtet blir fastlåst i en oppfatning om at videre oppfølging helst skal bestå av individuell utredning og behandling i spesialisthelsetjenesten. Vårt inntrykk er at det ofte er utfordrende for behandlere i allmennpoliklinikk å vurdere alternativer til behandling i første time samtidig som de skal legge grunnlaget for et mer langvarig individuall terapeutisk arbeid med pasienten. Et team av fris-

tilte behandlere som møter pasienten sammen for å tenke rundt mulige løsninger, og som fra start deler forståelsen av at kontakten skal være kortvarig, kan være i en bedre posisjon til å balansere disse ulike hensynene.

Arbeidsformen i TA-modellen, der to behandlere ofte jobber sammen i en sak, har trolig bidratt til de raske faglige avgjørelsene som tas. Samtidig er det et betydelig problem at modellen ikke er bærekraftig innenfor dagens finansieringssystem i helsevesenet, fordi det ikke gis mulighet for refusjon tilsvarende to behandlere i hver samtale. Eksisterende finansieringssystem er heller ikke tilpasset fleksibilitet for utvidet tid ved ambulering og samarbeid og telefonering med interne hjelpeinstanser. Det er behov for kontrollerte studier hvis man i fremtiden skal kunne forsvare å jobbe mer intensivt og fleksibelt enn dagens system legger opp til. Ved Nidelv DPS, Tiller, er en slik kontrollert studie i oppstartsfasen.

Målsettingen med artikkelen har vært å beskrive og undersøke arbeidsformen for TA, og presentere data fra et kvalitetsforbedringsprosjekt som ble gjennomført i de første to driftsårene. Resultatene antyder at en TA-modell, med bred og fleksibel tilnærming til

hva som kan representere god hjelp for psykiske plager, kan øke kvaliteten og effektiviteten i psykisk helsevern, men det er behov for videre kontrollerte studier. Undersøkelsen ble ikke utformet for å undersøke effekten av TA. Funnene våre må derfor ses som hypotesegenererende, og kan legges til grunn for videre kontrollert utprøving av modellen. En systematisk utprøving kan for eksempel undersøke om TA er en nyttig psykologisk intervensjon for å demme opp for ressursknappheten som følger av det stadig økende tallet på henvisninger til PH, samtidig som den sikrer at henviste pasienter mottar tilpasset og adekvat helsehjelp. Det gjenstår å undersøke om modellen er økonomisk bærekraftig og representerer en kvalitativ forbedring av dagens praksis, sett både fra et individ- og samfunnsperspektiv. Erfaringer både fra eksterne samarbeidspartnere (som fastleger, kommunale helsetjenester, NAV, leger i somatikken) og interne (behandlere i allmennpoliklinikken) bør også kartlegges i videre studier, og pasientevaluering må innhentes systematisk for å sikre at brukerstemmen blir hørt. ✘

Appendiks A og B er tilgjengelig i nettversjonen av artikkelen.

Referanser

- Andersen, T. (2005). *Reflekterende prosesser*. Dansk psykologisk forlag.
- Carlsten, A., Ågren, G., Yawar, A., Tranøy, J., Vilhelmsson, A., Vetlesen, A. J., Schaanning, E., Rosenheck, R., Moncrieff, J., Lindqvist, R., Lesén, E., Ekeland, T.-J., Kogstad, R. & Kolstad, A. (2010). *Psykologisering av sosiale problemer, medikalisering av psykiske lidelser*. Alpha forlag.
- Chesno, F. A. & Kilmann, P. R. (1975). Societal labeling and mental illness. *Journal of Community Psychology*, 3(1), 49–52. [https://doi.org/10.1002/1520-6629\(197501\)3:1<49::AID-JCOP2290030109>3.0.CO;2-B](https://doi.org/10.1002/1520-6629(197501)3:1<49::AID-JCOP2290030109>3.0.CO;2-B)
- Flückiger, C., Del Re, A. C., Wampold, B. E. & Horvath, A. O. (2018). The alliance in adult psychotherapy: A meta-analytic synthesis. *Psychotherapy*, 55(4), 316–340. <https://doi.org/10.1037/pst0000172>
- Frances, A. (2016). A report card on the utility of psychiatric diagnosis. *World Psychiatry*, 15(1), 32–33. <https://doi.org/https://doi.org/10.1002/wps.20285>
- Fyrand, L. (2016). *Sosialt nettverk: teori og praksis* (3. utg.). Universitetsforlaget.
- Heggestad, T., Greve, G., Skilbrei, B. & Elgen, I. (2020). Complex care pathways for children with multiple referrals demonstrated in a retrospective population-based study. *Acta Paediatrica*. <https://doi.org/10.1111/apa.15250>
- Heider, F. (1958). *The psychology of interpersonal relations* [<https://doi.org/10.1037/10628-000>]. John Wiley & Sons Inc. <https://doi.org/10.1037/10628-000>
- Helsedirektoratet. (2016). *Mestring, samhørighet og håp. Veiledere for psykososiale tiltak ved kriser, ulykker og katastrofer* (IS-2428). <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/psykososiale-tiltak-ved-kriser-ulykker-og-katastrofer/>
- Ho, J. W., Kuluski, K. & Im, J. (2017). «It's a fight to get anything you need» – Accessing care in the community from the perspectives of people with multimorbidity. *Health Expect*, 20(6), 1311–1319. <https://doi.org/10.1111/hex.12571>
- Huibers, M. J. & Wessely, S. (2006). The act of diagnosis: pros and cons of labelling chronic fatigue syndrome. *Psychological Medicine*, 36(7), 895–900. <https://doi.org/10.1017/s0033291705006926>
- Kalseth, B., Rønningen, R., Pedersen, P. B., Lilleeng, S. E., Sitter, M., Myrli, T. R. & Mortensen, S. (2020). *Status og utviklingstrekk for spesialisthelsetjenesten. Kostnader, aktivitet og kvalitet. SAMDATA spesialisthelsetjeneste 2019* (Rapport IS-2957). Helsedirektoratet. <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/samdata-spesialisthelsetjenesten>
- Kolstad, A., Kogstad, R. & Ekeland, T.-J. (2019). *Grunnlagsproblemer i vitenskapene om mennesket*. Abstrakt.
- Martin, C. M. (2018). What matters in «multimorbidity»? Arguably resilience and personal health experience are central to quality of life and optimizing survival. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 24(6), 1282–1284. <https://doi.org/10.1111/jep.12644>
- Norsk psykologforening. (2019). *Kartlegging psykisk helsevern og TSB. Rapport fra Norsk psykologforening juni 2019*.

- Norsk psykologforening. (2021). *Kartlegging psykisk helsevern og TSB. Rapport fra Norsk psykologforening mai 2021*.
- Pedersen, P. B. & Lilleeng, S. E. (2019). *Distriktspsykiatriske tjenester 2017* (Rapport IS-2825). Helsedirektoratet. https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/distriktspsykiatriske-tjenester-driftsindikatorer-for-distriktspsykiatriske-sentre/Distriktspsykiatriske%20tjenester%202017.pdf/_/attachment/inline/dbb8a120-a97a-443b-a319-a9e0fba550e2:b3ced73eb005c78ac61cd10930682946e5f9eb7c/Distriktspsykiatriske%20tjenester%202017.pdf
- Prior, A. & Vestergaard, M. (2018). Mental-fysisk multisygdom. *Ugeskrift for Læger*, 180(23).
- Probst, T., Lambert, M. J., Loew, T. H., Dahlbender, R. W. & Tritt, K. (2015). Extreme deviations from expected recovery curves and their associations with therapeutic alliance, social support, motivation, and life events in psychosomatic in-patient therapy. *Psychotherapy Research*, 25(6), 10. <https://doi.org/10.1080/10503307.2014.981682>
- Scheff, T. J. (1971). *Being Mentally Ill: A Sociological Theory*. Aldine. https://books.google.no/books?id=6iXy3_TBYW8C
- Schiøtz, M. L., Stockmarr, A., Høst, D., Glümer, C. & Frølich, A. (2017). Social disparities in the prevalence of multimorbidity – A register-based population study. *BMC Public Health*, 17(1), 422. <https://doi.org/10.1186/s12889-017-4314-8>
- Stein, D. J., Seedat, S., Iversen, A. & Wessely, S. (2007). Post-traumatic stress disorder: medicine and politics. *Lancet*, 369(9556), 139–144. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(07\)60075-0](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(07)60075-0)
- Suls, J., Green, P. A. & Boyd, C. M. (2019). Multimorbidity: Implications and directions for health psychology and behavioral medicine. *Health Psychology*, 38(9), 772–782. <https://doi.org/10.1037/hea0000762>
- Wang, L., Si, L., Cocker, F., Palmer, A. J. & Sanderson, K. (2018). A Systematic Review of Cost-of-Illness Studies of Multimorbidity. *Applied Health Economics and Health Policy*, 16(1), 15–29. <https://doi.org/10.1007/s40258-017-0346-6>
- Xu, X., Mishra, G. D. & Jones, M. (2017). Evidence on multimorbidity from definition to intervention: An overview of systematic reviews. *Ageing Research Reviews*, 37, 53–68. <https://doi.org/10.1016/j.arr.2017.05.003>

AKTUELT: DISPUTERT

Fra innsiden ut og fra utsiden inn

Kjønnsdysfori – manglende samsvar mellom kropp og kjønnsidentitet – har fått stadig mer oppmerksomhet de siste årene, i takt med at medisinsk behandling som endrer kroppen har blitt mer utbredt. Særlig blant ungdom har behandlingen økt.

I sin doktorgradsavhandling har Reidar Schei Jessen intervjuet 15 ungdommer i alderen 13-19 år, som nylig hadde blitt henvist til Nasjonal behandlingstjeneste for kjønnsinkongruens ved Oslo universitetssykehus. Noen av ungdommene hadde strevd med kjønnsidentitetsvansker fra tidlig av, mens for andre ble dette tydelig i puberteten.

Når ungdommene i studien beskriver kjønnsdysfori så går tema som opplevelser av kroppen og minner fra barndommen av å være annerledes og utenfor igjen. Disse kildene til kjønnsdysfori oppleves som annerledes etter at de kom ut som menn i relasjon til andre mennesker. På den ene siden så beskriver ungdommene at livet har blitt bedre, fordi de føler seg helere som menn. Samtidig strever de med andre former for kjønnsdysfori i hverdagen etter at de kom ut, først og fremst at de ikke gjenkjenner seg selv som menn i de andres blikk.

Med studien viser Reidar Schei Jessen at kjønnsdysfori er et sammensatt fenomen som oppleves individuelt ulikt og som påvirkes av situasjonen. Ungdommer med kjønnsdysfori kan derfor ha nytte av å utforske kjønnsidentitet parallelt med medisinsk behandling.

Kilde: UiO



DISPUTERT 22. oktober 2021 forsvarte Reidar Schei Jessen sin avhandling om kjønnsdysfori. Foto: UiO

AKTUELT: NY BOK

Oppdatert om kognitiv atferdsterapi for barn og unge

Kristin Martinsen og Roger Hagen har kommet med en oppdatert andreutgave av *Håndbok i kognitiv atferdsterapi i behandling av barn og unge*.

Kognitiv atferdsterapi (KAT) belyser sammenhengen mellom tanker, følelser, kroppslige reaksjoner og handlinger. I behandling med barn og unge hjelper dette barna til å bedre kunne sette ord på og forstå sine psykiske plager og utfordringer, og komme seg ut av dem. KAT-rammeverket egner seg godt i arbeid med barn og unge, og i denne nyreviderte utgaven presenteres oppdatert teori og forskning på feltet.

Med seg på laget har redaktørene fått med seg en rekke spesialister på ulike fagfelt innen kognitiv atferdsterapi, og utgaven inkluderer nye kapitler om KAT ved autismspekterlidelser, metakognitiv terapi, mindfulnessbasert kognitiv terapi, veiledet selvhjelp/ internettbehandling og forebygging. Boka er klinisk nær, og inneholder detaljerte kasuseksempler og tips fra erfarne terapeuter. Den kan derfor anvendes praktisk i den kliniske arbeidshverdagen med barn og unge.

Kilde: Gyldendal



NY DRAKT Den nye utgaven presenterer oppdatert teori og forskning på KAT med barn og unge.

Takk

Våre fagfeller gjør et kollektivt dugnadsarbeid som er svært viktig for oss, forfatterne og leserne.

Redaksjonen vil takke alle fagfellene som har bidratt med vurdering av vitenskapelige artikler i året som har gått.

Katharine Cecilia Williams, sjefredaktør



ORIGINALARTIKKEL

TIDSSKRIFT FOR NORSK PSYKOLOGFORENING 2021 VOL. 58 NR. 12 S. 1022-1031 DOI: <https://doi.org/10.52734/Y6g8ru84>

The Trauma and Development Education Monitor (TANDEM): et nytt instrument for å måle traumekompetanse

Dag Øystein Nordanger¹, Rolf Gjestad², Pål Solhaug³, Anette Andersen³, Mari Kjølseth Bræin⁴, Kaja Næss Johannessen⁵, Anders Lundegaard⁶, Silje Mørup Ormhaug⁷, Grethe Janicke Andersson⁸, Jorunn Gran⁹, Gertrud Sofie Hafstad⁷, Tina Hanssen¹⁰, Venke Agnes Johansen¹, Ane Heiberg Simonsen⁴, Heine Steinkopf³ og Espen Rutle Johansson¹

¹ Ressurscenter om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging (RVTS) – Vest, ² Helse Bergen HF, psykiatrisk divisjon, forskningsavdelingen, ³ RVTS Sør, ⁴ RVTS Øst, ⁵ Østbyttet, senter for behandling og fagutvikling, ⁶ RVTS Nord, ⁷ Nasjonalt kunnskaps-senter om vold og traumatisk stress (NKVTS), ⁸ Statens barnehus, Bergen, ⁹ RVTS Midt, ¹⁰ Statens barnehus, Bodø

KONTAKT

dag.oeystein.nordanger@helse-bergen.no

MERKNAD Forfatterne oppgir ingen interessekonflikter

FAGFELLEVDERT

Sammendrag

Bakgrunn: Det er behov for et mål på om ressursene som investeres i å fremme traumekompetanse i tjenesteapparatet, faktisk fører til økt kompetanse. For dette formålet har vi utviklet et instrument kalt Trauma and Development Education Monitor (TANDEM). Artikkelen presenterer prosessen bak utviklingen av instrumentet, og en første studie av dets psykometriske egenskaper.

Metode: Den testede versjonen besto av 59 ledd fordelt over domeneene Forventning, Mestring, Refleksivitet, Kunnskap, Handlingskompetanse og Arbeidskultur. Basert på besvarelser fra 415 fagpersoner i relevante tjenester ble begreps- og kriterievaliditet undersøkt gjennom reliabilitetsanalyser, faktoranalyser og regresjonsanalyser.

Resultater: På bakgrunn av analysene ble antallet ledd redusert til 54 i den endelige versjonen. Domenene viste generelt god skala-reliabilitet, og for den endelige versjonen bekreftet faktoranalysene en éndimensjonal modell for alle domener. Instrumentet diskriminerte mellom respondenter som rapporterte mer versus mindre tidligere mottatt kompetanseutvikling om traumearbeid, og viste spesifisitet som mål på traumekompetanse versus mer generell kompetanse.

Konklusjon: Resultatene indikerer at TANDEM har potensial til å bli et nyttig verktøy i implementerings- og forskningsvirksomhet på dette fagområdet.

Nøkkelord: traumer, kompetanse, instrument, validitet

Det har lenge vært investert store ressurser i å styrke «traumekompetansen» i norske helse- og omsorgstjenester, i betydningen å styrke tjenestenes kompetanse på å møte mennesker med traumatiske erfaringer på en hensiktsmessig og utviklingsfremmende måte. En rekke handlings- og strategiplaner har vært rettet mot å forebygge vold, overgrep eller omsorgssvikt i oppveksten, samt å fremme kunnskapsbaserte tiltak for utsatte grupper (f.eks. Justis- og beredskapsdepartementet, 2013). Studier har vist høy forekomst av vold, overgrep og omsorgssvikt i befolkningen (Thoresen & Hjemdal, 2014) og at slike belastninger utgjør en stor risikofaktor for utvikling av sosiale og emosjonelle vansker (Kayed et al., 2015).

De regionale ressursentrene om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging (RVTS-ene) er pålagt et særlig ansvar for kompetanseutviklingsarbeidet på dette feltet. RVTS-ene retter seg mot hele tjenestespekteret, men har ofte mest kontakt med skoler, barnehager, barnevern eller ulike kommunale helse- og sosialtjenester (RVTS Nord, 2020). Kompetanseprogrammene omfatter alt fra traumebehandling i spesialisthelsetjenester (RVTS Vest, 2021) til «traumebevisst omsorg» (TBO) i allmenne tjenester (RVTS Sør, 2021). Relaterte statlige oppdrag går også til mange andre regionale miljøer, som kompetansesentrene for rus (KoRusene) og kunnskapsentrene for barn og unges psykiske helse (RBUP/RKBU-ene), mens Nasjonalt kunnskapscenter om vold og traumatisk stress (NKVTS) har et særlig nasjonalt ansvar (se Regjeringen, 2016). Et eksempel på satsingen er TBO-programmet «Handlekraft». Programmet er utviklet av RVTS Sør på oppdrag fra Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet, og implementeres i alle norske barnevernstiltak gjennom Bufetats regionskontorer (RVTS Sør, 2015).

Tross investeringens størrelse vet vi lite om hva den gir tilbake i form av økt kompetanse, og det har manglet verktøy for å måle dette. Vi finner heller ingen utenlandske instrumenter som kunne blitt oversatt og anvendt til dette formålet. En systematisk oversiktsstudie over instrumenter for «traumebevisst praksis» viser at de fleste retter seg mot rutiner og strategier i organisasjoner (Champine et al., 2019). De få som adresserer direkte arbeid med brukere, er nærmest utelukkende for avgrensede fag-, bruker- eller aldersgrupper, som for eksempel akutt-psykepleieres trygghet på å utforske pasienters traumeerfaringer (Champine et al., 2019). Av validerte instrumenter fremstår Attitudes Related to Trauma-Informed Care (ARTIC) (Baker et al., 2016) som det mest relevante i vår sammenheng. ARTIC måler imid-

lertid primært fagpersoners orientering mot en traumebevisst versus en atferdsfokustert tilnærming, og preges av å være utviklet i en amerikansk sammenheng med mer ufaglært arbeidskraft og annet lovverk rundt avstraffelse av barn. Det er følgelig behov for et norsk tverrfaglig mål på traumekompetanse i direkte arbeid med brukere.

Et samarbeidsnettverk på tvers av norske kompetansemiljøer på volds- og traumefeltet (CACTUS) begynte i 2018 arbeidet med å utvikle et instrument egnet for å måle traumekompetanse. Som koordinator for nettverket var førsteforfatter prosjektleder for utviklingsarbeidet. Frem til våren 2021 var dette nettverkets primære aktivitet. Vi satte ned en arbeidsgruppe for prosessen bestående av representanter fra tre av RVTS-ene, NKVTS og Østbyttunet.

TANDEM

Det var konsensus i nettverket for at instrumentets formål skulle være å monitorere og veilede eget kompetanseutviklingsarbeid. Derav akronymet TANDEM, som står for *Trauma and Development Education Monitor*. Vi ønsket et instrument som kunne a) være et dialogisk verktøy i samarbeidet med en tjeneste eller målgruppe om utvikling av traumekompetanse, b) gi informasjon som kan brukes til å utvikle og tilpasse kompetanseprogrammer til ulike målgruppers behov, og c) bidra til å etablere et felles nasjonalt kunnskapsgrunnlag for kompetanseutviklingsarbeidet. Mer konkret var målet et verktøy som kunne besvare følgende spørsmål:

- Hva er en tjenestes eller målgruppes kompetansebehov på dette fagområdet?
- Hvordan utvikler deltakerens kompetanse seg fra før til etter et kompetanseprogram?
- Hvordan påvirkes læringsutbyttet av kjennetegn ved programmene?
- Hvordan påvirkes læringsutbytte av kjennetegn ved deltakergruppen?

Kompetansen vi ønsket å måle, ble definert som «Kompetanse på å møte mennesker med sosiale og emosjonelle vansker på en måte som tar hensyn til at vanskene kan skyldes belastende erfaringer». For å sikre instrumentet bredest mulig anvendelse og aktualitet over tid ble det lagt vekt på å unngå fagtermer som representerer «trender» eller som kun avgrensede miljøer identifiserer seg med. Vi ble enige om en utfyllingstid på maksimalt 15 minutter, slik at instrumentet ble enkelt å integrere i løpende kompetanseutviklingsarbeid. Krav til brukervennlighet når det gjelder administrasjon av undersøkelser og data, pekte

i retning av et nettbasert instrument satt opp på en felles plattform.

Utviklingsprosess

Utviklingsprosessen siktet mot å sikre instrumentet best mulig innholds- og face-validitet. I vår sammenheng avhenger innholdsvaliditeten av at instrumentet gjenspeiler det kompetansemiljøene selv ser som kjernekomponenter i traumekompetanse og faktisk formidler i sine programmer. Face-validiteten avhenger av at spørsmål og ledd fremstår som rime-lige for deltakere på slike programmer (jf. Taherdoost, 2016). Prosessen foregikk gjennom en trinnvis involvering av ulike målgruppe- og brukernivåer. Sammen og i dialog med sine respektive arbeidssteder jobbet arbeidsgruppen frem reviderte utkast som ble videreutviklet på de felles nettverksmøtene. Det ble innhentet tilbakemeldinger på et tidlig utkast fra rundt 40 representanter fra barnehage, skole, barnevern og psykisk helsevern, og på et senere utkast fra 330 representanter fra hele det aktuelle tjenestespekteret.

Da instrumentet ble vurdert å være klar for en forskningsstudie, besto det av 59 ledd fordelt over seks hoveddomener: 1) *Forventning*, 2) *Mestring*, 3) *Refleksivitet*, 4) *Kunnskap* (med underdomenene Fagtemakunnskap og Begrepskunnskap), 5) *Handlingskompetanse* (med underdomenene Støttekompetanse og Situasjonskompetanse) og 6) *Arbeidskultur* (med underdomenene Brukerstøttekultur og Kollegastøttekultur). Fokus for leddene under hvert domene fremgår av Appendiks A, hvor den endelige versjonen av instrumentet er presentert.

Formål og forskningsspørsmål

Studiens formål var å undersøke TANDEM's psykometriske egenskaper. Vi ønsket å belyse aspekter ved instrumentets begrepsvaliditet, altså i hvilken grad domeneene fanger begrepene eller fenomenene de er ment å fange (jf. Taherdoost, 2016). Vi ønsket også å belyse aspekter ved instrumentets kriterievaliditet ved å sammenholde det med et annet mål på traumekompetanse (Taherdoost, 2016). Sammenligningsgrunnlaget var her respondentenes selvrapporing av hvor mye kompetanseutvikling rettet mot traumearbeid de tidligere hadde mottatt. Vi ønsket videre en indikasjon på om instrumentet faktisk fanger en spesiell kompetanse (dets spesifisitet), fremfor kun å være et mål på erfaring og utdanning på feltet. Sammenligningsgrunnlaget var her respondentenes selvrappor-terte ansiennitet og utdanningsnivå. De valgte målene for kriterievaliditet er subjektivt baserte og forbundet med usikkerhet, men ble vurdert å kunne gi en første indikasjon på TANDEM's psykometriske egenskaper.

Studien hadde følgende forskningsspørsmål:

1. I hvilken grad reflekterer leddene under domeneene samme underliggende begrep eller fenomen?
2. Hvor godt diskriminerer TANDEM mellom respondenter som rapporterer mer versus mindre tidligere mottatt kompetanseutvikling rettet mot traumearbeid?
3. Hvor spesifikt måler TANDEM traumekompetanse til forskjell fra generell erfaring og kompetanse?

Metode

Instrument

TANDEM ble satt opp på den nettbaserte spørreskjemaplattformen «Corporater Surveyor» (Corporater Inc.). For alle 59 ledd ble det benyttet en sekspunkts ordinalskala, for eksempel fra «I liten grad» (1) til «I stor grad» (6). Se Appendiks A for en oversikt over anvendte svarskalaer. Tre av leddene var negativt formulert og ble reverserte under analysene.

For å kunne vurdere kriterievaliditet inkluderte vi spørsmålet: «Etter din grunnutdanning, hvor mye kompetanseutvikling om traumeforståelse og traumearbeid har du deltatt på?» Denne variabelen omtales i det videre som *rapportert mottatt traumekompetanseutvikling*, forkortet til *RMT*. Svaralternativene i en sekspunkts ordinalskala ble operasjonalisert som følger:

1 = *Lite* (f.eks. at du har hørt noen få foredrag om temaet)

2 = *Noe* (f.eks. at du har deltatt på noen seminarer om temaet)

3 = *En del* (f.eks. at du har deltatt på en rekke foredrag og seminarer)

4 = *En god del* (f.eks. at du i tillegg har tatt kurs med metodeopplæring)

5 = *Mye* (f.eks. at du har tatt flere kurs og fulgt kompetanseprogrammer over tid)

6 = *Svært mye* (= alt dette og mer, du har virkelig spesialisert deg innen slikt arbeid)

For å få innblikk i utvalgets sammensetning og kunne undersøke instrumentets spesifisitet, innhentet vi følgende tilleggsinformasjon om respondentene: *Grunnutdanning; Målgruppe for jobben; Type kontakt med målgruppen; Ansiennitet i arbeidet med målgruppen; Tjenestetilhørighet.*

Datainnsamling og utvalg

Datainnsamlingen foregikk fra 28. august til 10. september 2020. Lenke og åpen invitasjon til å delta i utprøvingen ble delt via RVTS Vests og nettverksre-

presentanters Facebook-sider. Vi fikk inn 415 besvarelser. De fleste respondentene hadde tre- eller femårig profesjonsutdanning (hhv. 45 % og 44 %), mens de øvrige hadde videregående skole (2 %), fagprøve (3 %) eller annen utdanning (6 %). Halvparten (50 %) jobbet med barn/ungdom, og henholdsvis 17 % og 33 % med voksne eller begge målgrupper. En overvekt jobbet eksklusivt med mennesker med sosiale og emosjonelle vansker (43 %), til forskjell fra med en mer generell målgruppe (37 %). Åtte prosent jobbet innen ledelse eller administrasjon, og samme andel med kompetanseutvikling. Kun 4 % hadde jobbet i feltet i mindre enn tre år, mens hele 23 % hadde mer enn 20 års erfaring. Det var for øvrig jevn representasjon i spekteret 3–19 års erfaring.

De største gruppene av respondenter kom fra skole (16 %), barnevern (16 %), spesialisthelsetjeneste (14 %), barnehage (11 %), kommunale helse- (8 %) og sosialtjenester (5 %), PPT (5 %) og flyktning-/asyltjenester (4 %). Øvrige tjenester som var representert med mindre enn tre prosent hver, var familievern, brukerorganisasjoner, NAV, kriminalomsorg/justis, frivillige organisasjoner og universitet/høyskole (se Appendiks B). Utvalgets sammensetning gjenspeiler fordelingen av tjenester i RVTS-enes kontaktflate.

Utvalget var tilnærmet normalfordelt med hensyn til RMT, dog med det høyeste nivået som noe underrepresentert; 13 % rapporterte «lite», 15 % «noe», 23 % «en del», 20 % «en god del», 23 % «mye» og 7 % «svært mye» RMT (se Appendiks B).

Statistiske analyser

Data ble analysert ved hjelp av analyseverktøyet IBM SPSS Statistics, versjon 26 (SPSS Inc.) Deskriptiv statistikk (gjennomsnitt og standardavvik) ble analysert for alle prespesifiserte dimensjoner (dvs. alle domener og underdomener). Skala-reliabilitet ble analysert med Cronbach's alpha, med tilhørende alpha if item deleted-analyser for å få informasjon om overflødige testledd. Eksplorerende faktoranalyse (EFA) med oblique rotasjon (Oblimin) og estimering av maximum likelihood (ML) ble deretter anvendt for å analysere begrepsvaliditet i hver dimensjon. Hver dimensjon ble analysert separat, og kan dermed kun gi empirisk støtte for hvorvidt én eller flere faktorer reproducerer korrelasjonsmatrisen til indikatorene som inngår i denne dimensjonen. Oblique rotasjon gir korrelerte faktorer hvis mer enn én faktor får empirisk støtte. Eigenvalues over én og scree plot ble brukt i vurderingen av antall faktorer. Analyse av testledd innom hver dimensjon blir slik sett dels konfirmerende. Ved konfirmerende faktoranalyse (CFA) kan modellen tilpasses data ved å

anvende modifikasjon-indeks for å frigjøre residualkovarianser. Slike kovarianser vil indikere ekstra faktorer utover de opprinnelig spesifiserte, slik at denne strategien blir dels eksplorerende. Begge strategiene representerer således en mellomting mellom strengt konfirmerende og strengt eksplorerende strategier. Selv om enkelte testledd også vil være relevante for andre dimensjoner, var ikke formålet for studien å undersøke overordnet faktormodell for instrumentet som helhet.

Etter at instrumentet var redusert til 54 ledd på bakgrunn av reliabilitets- og faktoranalysene, ble kriterievaliditet vurdert ved hjelp av korrelasjons- (Pearson's r) og regresjonsmodeller (OLS lineær regresjon). Kriterievariablene var sumskårer for dimensjonene (domene og underdomene). Sumskårene ble generert kun når alle ledd under domenet var besvart. Prediktorvariablene var RMT, ansiennitet og utdanningsnivå. Under utdanningsnivå ble svarkategorien «Annet» utelatt for å danne en ordinalskala fra grunnskole til høyere universitetsutdanning. Prediktorvariablene ble lagt inn sammen i regresjonsanalysene i samme blokk. Relasjonene mellom hver enkelt variabel og utfall blir dermed justert for de øvrige prediktorvariablene, hvilket betyr at hver relasjon blir estimert når de andre variablenes bidrag blir holdt konstant. Standardiserte regresjonskoeffisienter (Beta) ble anvendt for å gi sammenlignbare estimater. Som resultat tabellene viser var det lite missing data (opp mot 15 % i enkelte regresjonsanalyser). Simuleringer har vist at Little's MCAR har for lav styrke og dermed ofte støtter MCAR i utvalg av litt størrelse (Enders, 2010). Vi analyserte derfor data med standard listwise deletion-strategi i SPSS, som forutsetter missing completely at random (MCAR). Det må likevel tas forbehold om missing not at random, siden det ville krevd flere sensitivitetstestmetoder å utelukke det helt.

Etikk og personvern

Besvarelsen var samtykkebasert. På åpnings siden ble det gitt nøkkelinformasjon om undersøkelsen og presentert en lenke til et utfyllende samtykkeskriv. Respondentene samtykket til å delta på grunnlag av bekreftelse på at de hadde lest og forstått informasjonen. Undersøkelsen sikret respondentene anonymitet. Det ble kun etterspurt ikke-sensitive personopplysninger så som fagbakgrunn, erfaring og tjenestetilhørighet, men ikke kjønn eller alder. Det ble heller ikke registrert IP-adresser eller annet som kunne identifisere respondenter. Undersøkelsen ble utformet i samarbeid med Personvernombud og Seksjon for e-helse i Helse-Bergen HF, hvor den anvendte nettskjemaplattformen også er sikkerhetsklarert.

Resultater

Deskriptiv informasjon og reliabilitetsanalyser

Gjennomsnittsskårene var høyest for domeneene Forventning, Mestring og Refleksivitet, og lavest for Situasjonskompetanse, Kollegastøttekultur og Støttekompetanse. Standardavvikene viste minst varians i de individuelle besvarelsene under domeneene Forventning og Mestring, og størst under Fagtemakunnskap og Støttekompetanse.

Reliabilitetsanalysene viste generelt høy skala-reliabilitet for leddene under hvert domene. Det ble identifisert ett enkeltledd under hvert av domeneene Forventning, Mestring, Refleksivitet og Begrepskunnskap, som trakk deres Cronbach's alpha noe ned. Etter en teoretisk og faglig vurdering ble leddet under Forventning beholdt, mens de tre andre ble utelatt fra de videre analysene. Laveste verdier fremkom da for domeneene Forventning, Mestring og Refleksivitet, med Cronbach's alpha i spekeret .69–.80. For de øvrige domeneene var Cronbach's alpha i spekeret .87–.92. Tabell 1 viser verdiene i endelig versjon.

Faktoranalyser

Faktoranalysene viste at de gjenværende leddene under alle domener unntatt Refleksivitet ladet mot én faktor, med relativt høye og jevne faktorladninger. Leddene under Refleksivitet ladet mot to faktorer, og supplerende analyser identifiserte to ledd som trakk domenet bort fra å samsvare med en éndimensjonal modell. Funnet gav teoretisk mening, og leddene ble utelatt fra de videre analysene. De gjenværende fem leddene under Refleksivitet ladet mot én faktor, med faktorladninger som vist i tabell 2.

Korrelasjonsanalyser

Internt mellom kriterievariablene viste korrelasjonsanalyser sterkest sammenheng mellom sumskårene (heretter «domeneskårene») for underdomeneene under henholdsvis Kunnskap, Handlingskompetanse og Arbeidskultur ($r = .77-.81$). Dette indikerer at underdomeneene som intendert reflekterer ulike sider av sine respektive hoveddomeners kompetanseområder. Det er samtidig mye unik informasjon igjen i de tettest relaterte variablene, da den kvadrerte korrelasjonen utgjør 66 %. Det var også relativt sterk sammenheng mellom domeneskårene for Begrepskunnskap, Støttekompetanse og Situasjonskompetanse ($r = .67-.77$). Ut over dette var det svake til moderate samvariasjoner mellom domeneskårene ($r = .10-.55$), noe som indikerer at de som intendert representerer forskjellige kompetanseområder. Som vist i tabell 3 var de fleste korrelasjonene signifikante ($p < .01$), med noen unntak for domenet Forventning.

Internt mellom prediktorvariablene viste korrelasjonsanalyser ($n = 388$) moderat samvariasjon mellom RMT og ansiennitet ($r = .39$), og svakere samvariasjoner mellom RMT og utdanningsnivå ($r = .20$) og mellom ansiennitet og utdanningsnivå ($r = .20$) (alle $p < .01$). Korrelasjonsverdiene indikerer at variablene representerer tilstrekkelig adskilte fenomener.

Blant prediktorvariablene viste RMT sterkere samvariasjoner ($r = .13-.61$) med domeneskårene og sumskåren for instrumentet som helhet (heretter «totalskåren»), enn hva tilfellet var for ansiennitet og utdanningsnivå (henholdsvis $r = .08-.33$ og $r = -.01-.21$). Som vist i tabell 4 var det kun RMT som samvarierte signifikant med alle kriterievariablene (alle $p < .01$), mens antallet signifikante korrelasjoner var fallende for henholdsvis ansiennitet og utdanningsnivå.

Tabell 1

Deskriptiv informasjon og skala reliabilitet for domener

Domene	<i>n</i>	Antall ledd	Min ^a	Max ^a	Snitt ^a	Standardavvik	Cronbach's alpha
Forventning	412	3	3.0	6.0	5.60	1.65	.69
Mestring	410	5	2.4	6.0	4.88	3.91	.76
Refleksivitet	403	5	1.0	6.0	4.68	6.46	.80
Fagtemakunnskap	406	8	1.3	6.0	4.59	7.52	.92
Begrepskunnskap	409	6	1.0	6.0	4.62	7.22	.92
Støttekompetanse	411	8	1.0	6.0	4.12	8.12	.92
Situasjonskompetanse	411	7	1.0	6.0	4.07	7.02	.92
Brukerstøttekultur	404	6	1.0	6.0	4.22	6.84	.91
Kollegastøttekultur	404	6	1.0	6.0	4.09	7.16	.87

Merknad. ^a Minste, høyeste og gjennomsnittlig skår for domenet, basert på sumskårer delt på antall ledd.

Tabell 2

Domeneleddenes faktorladninger i henhold til en éndimensjonal modell

Domene	n	Faktorladninger mot én faktor							
		Ledd nr. 1	2	3	4	5	6	7	8
Forventning	412	.71	.52	.82					
Mestring	410	.65	.59	.70	.45	.72			
Refleksivitet	407	.57	.40	.83	.75	.73			
Fagtemakunnskap	406	.66	.62	.86	.86	.89	.80	.75	.67
Begrepskunnskap	409	.89	.89	.84	.79	.72	.67		
Støttekompetanse	411	.66	.66	.87	.84	.92	.87	.67	.70
Situasjonskompetanse	411	.82	.85	.86	.87	.79	.70	.68	
Brukerstøttekultur	404	.82	.83	.80	.84	.80	.70		
Kollegastøttekultur	404	.63	.82	.76	.76	.74	.67		

Tabell 3

Korrelasjonsmatrise for grad av samvariasjon mellom domeneskårene (Pearson's r)

Domene	1	2	3	4	5	6	7	8	9
1 Forventning	1								
n = 412									
2 Mestring	.17**	1							
n = 408									
3 Refleksivitet	.25**	.18**	1						
n = 405									
4 Fagtemakunnskap	.19**	.39**	.29**	1					
n = 404									
5 Begrepskunnskap	.16**	.31**	.34**	.77**	1				
n = 407									
6 Støttekompetanse	.11*	.52**	.25**	.67**	.72**	1			
n = 409									
7 Situasjonskomp.	.02	.49**	.23**	.53**	.55**	.79**	1		
n = 408									
8 Brukerstøttekultur	.10*	.28**	.18**	.31**	.31**	.47**	.40**	1	
n = 401									
9 Kollegastøttekultur	.10*	.26**	.16**	.33**	.34**	.41**	.33**	.81**	1
n = 401									

* = $p < .05$ ** = $p < .01$ **Tabell 4**

Korrelasjonsmatrise for grad av samvariasjon mellom domeneskårene og RMT, Ansiennitet og Utdanningsnivå (Pearson's r)

Prediktor	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Tot.
RMT	.13**	.30**	.15**	.56**	.61**	.53**	.40**	.30**	.28**	.56**
n = 412										
Ansiennitet	.10	.23**	.08	.28**	.25**	.33**	.30**	.21**	.18**	.33**
n = 412										
Utd.nivå	.10*	.08	.10	.15**	.21**	.17**	.15**	.01	-.01	.15**
n = 385										

Merknad. 1 = Forventning; 2 = Mestring; 3 = Refleksivitet; 4 = Fagtemakunnskap; 5 = Begrepskunnskap; 6 = Støttekompetanse; 7 = Situasjonskompetanse; 8 = Brukerstøttekultur; 9 = Kollegastøttekultur; Tot. = total.

* = $p < .05$ ** = $p < .01$

Tabell 5

Regresjonsanalysematrise for grad av samvariasjon mellom domeneskårene og RMT, Ansiennitet og Utdanningsnivå

Domene	n	R ²	RMT		Ansiennitet		Utd.nivå	
			Beta	Sig.	Beta	Sig.	Beta	Sig.
Forventning	385	.28	.11	.049*	.05	.361	.07	.176
Mestring	383	.09	.24	< .001**	.12	.027*	.01	.854
Refleksivitet	380	.24	.12	.031*	.01	.861	.07	.150
Fagtemakunnskap	381	.31	.52	< .001**	.07	.121	.03	.450
Begrepskunnskap	382	.37	.58	< .001**	-.01	.829	.09	.021*
Støttekompetanse	384	.29	.46	< .001**	.13	.008**	.05	.281
Situasjonskomp.	384	.17	.31	< .001**	.16	.002**	.06	.236
Brukerstøttekultur	377	.10	.25	< .001**	.13	.015*	-.04	.199
Kollegastøttekultur	377	.07	.24	< .001**	.09	.098	-.07	.206
Totalskår	352	.31	.49	< .001**	.14	.004**	.02	.600

Merknad. RMT: rapportert mottatt traumekompetanseutvikling; Utd.nivå: utdanningsnivå.

Regresjonsanalyser

Når prediktorvariablenes relative bidrag ble undersøkt i regresjonsanalyser, viste utdanningsnivå kun signifikant samvariasjon med domeneskåren for Begrepskunnskap ($p < .05$). Ansiennitet samvarierte nå kun signifikant med totalskåren ($p < .01$) og med domeneskårene for Mestring ($p < .05$), Støttekompetanse ($p < .01$), Situasjonskompetanse ($p < .01$) og Brukerstøttekultur ($p < .05$). RMT samvarierte signifikant med totalskåren og med domeneskårene for alle domener (Forventning og Refleksivitet $p < .05$, de øvrige $p < .01$). Som vist i tabell 5 hadde RMT i alle tilfeller også det største relative bidraget.

Diskusjon

Uten leddene som reduserte instrumentets psykometriske egenskaper, består den endelige versjonen av TANDEM av 54 ledd fordelt som følger: Forventning, 3 ledd; Mestring, 5 ledd; Refleksivitet, 5 ledd; Kunnskap, 14 ledd (Fagtemakunnskap, 8; Begrepskunnskap, 6); Handlingskompetanse, 15 ledd (Støttekompetanse, 8; Situasjonskompetanse, 7); Arbeidskultur, 12 ledd (Brukerstøttekultur, 6; Kollegastøttekultur, 6). Resultatene fra reliabilitets- og faktoranalysene gir støtte til at den endelige versjonen har god reliabilitet og begrepsvaliditet, slik dette var operasjonalisert i studien.

TANDEM oppfylte også kravene til kriterievaliditet, slik de var operasjonalisert i studien. Instrumentet som helhet diskriminerte mellom respondenter med mer versus mindre RMT. Det viste også spesifisitet med hensyn til å kunne fange en mer spesifikk kompetanse enn den man naturlig vil tilegne seg gjennom

lengre erfaring og høyere utdanningsnivå. Domenet Forventning presterte svakest både med hensyn til benyttelse av svarskalaen, skala-reliabilitet og prediktiv verdi. Domenet skiller seg imidlertid noe fra de andre ved først og fremst å skulle gi en pekepinn på respondentenes åpenhet for traumekompetanseutvikling, og vil derfor likevel kunne ha en viktig dialogisk betydning.

At domeneene allerede i utgangspunktet fremsto som så konsistente og éndimensjonale, må ses i sammenheng med arbeidet som ble lagt ned på forhånd for å fremme instrumentets innholdsvaliditet. Kategoriseringen i domener var basert på konsensus i et fagnettverk med god kjennskap til etablerte tematiske inndelinger av fagfeltet, og til vanlige innganger til sentrale teoretiske begreper og fenomener. Av samme grunn kunne instrumentets spesifisitet og diskriminerende egenskaper forventes. Det ble utviklet ut fra kjennskap til elementer som inngår i eksisterende kompetanseprogrammer, som man kan forvente at mange som har fulgt slike programmer har møtt på. Funnene er likevel oppløftende i og med at traumekompetanse også rommer mye generell utviklings- og relasjonsforståelse (Steinkopf et al., 2020), noe som også reflekteres i instrumentet.

Vi kan imidlertid ikke dra slutninger om TANDEM's nytteverdi før de psykometriske egenskapene er verifisert i andre studier. Den største svakheten ved studien er vekten som er tillagt usikre indikatorer for kriterievaliditet, og da særlig respondentenes selvrapporterte tilegnelse av traumekompetanse (RMT-variablen). Indikatoren er beheftet med kjente utfordringer når det gjelder subjektiv rapportering (Althubaiti,

2016). I tillegg er det usikkert i hvilken grad mottatt kompetanseutvikling på feltet reflekterer faktisk kompetanse. Fremtidige studier av instrumentets kriterievaliditet må være basert på flere og helst mer direkte kompetansemål. Slike mål kan være vanskelig å finne, siden kompetansen det gjelder er spredt over et spekter av generelle og gjerne miljøbaserte tiltak for mange målgrupper. I henhold til instrumentets formål vil imidlertid et avgjørende kriterium være om det skiller mellom skårer før og etter et gjennomført kompetanseprogram, og slik sett kan ha nytteverdi som et pre-post-mål. Studien vi nå har gjennomført kan gi grunnlag for et slikt neste forskningstrinn, ved at den nettopp indikerer at det gir seg utslag å ha deltatt på slike programmer tidligere.

Det må også tas i betraktning at utvalget representerer en selektert gruppe. At det ble rekruttert fra nettverkets følgere i sosiale medier, må antas å innebære at det fantes mer interesse for tematikken og høyere grad av traumekompetanse der enn tilfellet ville vært i et utvalg uten en slik forbindelse. Høyt gjennomsnitt og lav varians på domenet Forventning, og skårer over gjennomsnittet på øvrige domener, kan være uttrykk for en slik skjevfordeling. For denne studien var det imidlertid viktigst å sikre fordeling i utvalget med hensyn til RMT, ansiennitet og utdanningsnivå, siden hensikten primært var å undersøke disse variablenes samvariasjon med variablene for selve instrumentet. Likevel kan det ikke utelukkes at vi hadde funnet andre sammenhenger i et utvalg som var satt sammen annerledes. Instrumentets samvariasjon med RMT kan også gjenspeile at fagpersoner som rapporterer mer tidligere befatning med tematikken, også kan ha et behov for å presentere seg som mer kompetente.

Instrumentet kan også ha svakheter som ikke relaterer seg til dets psykometriske egenskaper. Det kan aldri bli mer enn et indirekte kompetansemål. Antakelsen om at høyere skårer gir bedre jobbutførelse, som igjen kommer brukere til gode, er kun teoretisk basert. Instrumentet er heller ikke nøytralt, men utviklet i et fagnettverk med et bestemt fokus og kunnskapssyn. Det vil være ulike synspunkter på hva som er relevante aspekter ved den aktuelle kompetansen, og hvordan disse aspektene skal fanges. Videre er tidshorisonten for instrumentets aktualitet vanskelig å bedømme. Det er kanskje knyttet mest usikkerhet til domenet Begrepskunnskap, hvor visse begreper kan tenkes å reflektere en tidsånd eller trend. Samtidig understøttes instrumentets relevans og aktualitet av at det er basert på konsensus blant miljøer som i overskuelig fremtid vil være sentrale nasjonale drivere for kompetanseutviklingsarbeidet på feltet.

Konklusjon

TANDEM viste gode psykometriske egenskaper basert på valideringskriteriene som ble anvendt i studien. Funnene indikerer at instrumentet har potensial til å kunne tjene det ønskede formålet: a) fungere som et dialogisk verktøy i samarbeidet med en tjeneste eller målgruppe om utvikling av traumekompetanse, b) gi informasjon som kan brukes til å utvikle og tilpasse kompetanseprogrammer til ulike målgruppers behov, og c) bidra med kunnskap som informerer det nasjonale kompetanseutviklingsarbeidet. Funnene må imidlertid verifiseres av studier som benytter sikrere indikatorer for instrumentets kriterievaliditet. ✘

Appendiks B er tilgjengelig i nettversjonen av artikkelen.

Referanser

- Althubaiti, A. (2016). Information bias in health research: Definition, pitfalls, and adjustment methods. *Journal of Multidisciplinary Healthcare*, 9, 211–217. <https://doi.org/10.2147/JMDH.S104807>
- Baker, C. N., Brown, S. M., Wilcox, P. D., Overstreet, S. & Arora, P. (2016). Development and Psychometric evaluation of the attitudes related to trauma-informed care (ARTIC) scale. *School Mental Health*, 8(1), 61–76. <https://doi.org/10.1007/s12310-015-9161-0>.
- Champine, R. B., Lang, J. M., Nelson, A. M., Hanson, R. F. & Tebes, J. K. (2019). Systems Measures of a Trauma-Informed Approach: A Systematic Review. *American journal of community psychology*, 64(3–4), 418–437. <https://doi.org/10.1002/ajcp.12388>
- Enders, C. K. (2010). *Applied Missing Data Analysis*. The Guilford Press.
- Justis- og beredskapsdepartementet. (2013). *Et liv uten vold. Handlingsplan mot vold i nære relasjoner 2014–2017*. <https://www.regjeringen.no/no/tema/lov-og-rett/lov-og-rett--satsing/vold-i-nare-relasjoner/handlingsplan-mot-vold-i-nare-relasjoner/id2340080/>
- Kayed, N. S., Jozefiak, T., Rimehaug, T., Tjelflaat, T., Brubakk, A. & Wichstrøm, L. (2015). *Psykisk helse hos barn og unge i barneverninstitusjoner* (Rapport 2015). RKBU Midt/NTNU.
- Regjeringen. (2016). *Opptappingsplan mot vold og overgrep*. <https://www.regjeringen.no/contentassets/4e1c434dd765457da1f4d39099ca4fa8/rapportering-opptappingsplan-vold-l812699.pdf>

- RVTS Nord. (2020). *Årsrapport 2019*. <https://rvtsnord.no/om-oss/armeldinger/>
- RVTS Sør. (2015). *Evaluering HandleKraft*. https://rvtssor.no/filer/backup/EvalueringavHandleKraft_Endeligversjon.pdf
- RVTS Sør. (2021). *Traumebevisst skole*. <https://www.traumebevisst.no/kompetanseutvikling/0002.html>
- RVTS Vest. (2021). *Traumebehandling i vest*. <https://rvtsvest.no/traumebehandling-i-vest/>
- Steinkopf, H., Nordanger, D., Stige, B. & Milde A. M. (2020). How do staff in residential care transform Trauma-Informed principles into practice? A qualitative study from a Norwegian child welfare context. *Nordic Social Work Research*. <https://doi.org/10.1080/2156857X.2020.1857821>
- Taherdoost, H. (2016). Validity and Reliability of the Research Instrument; How to Test the Validation of a Questionnaire/Survey in a Research. *International Journal of Academic Research in Management (IJARM)*, 5(3), 28–36.
- Thoresen, S., & Hjemdal, O. K. (Red.) (2014). *Vold og voldtekt i Norge. En nasjonal forekomststudie av vold i et livsløpsperspektiv*. Rapport 1/2012, Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress. https://www.nkvts.no/content/uploads/2015/11/vold_og_voldtekt_i_norge.pdf

Appendix A

TANDEM; Introduksjon

Sosiale og emosjonelle vansker hos barn, ungdommer eller voksne kan ha ulike årsaker. En medvirkende årsak kan være belastninger i oppveksten, som traumer eller mangel på viktige omsorgserfaringer. Mange med slike erfaringer strever i kontakten med andre, og kan ha atferd som oppleves utfordrende.

Når vi da skal hjelpe dem som har sosiale og emosjonelle vansker, hvordan gjør vi det på en måte som tar hensyn til at vanskene kan skyldes belastende erfaringer?

Vi jobber med å utvikle kompetansen på nettopp det. Vi ber deg svare så ærlig du kan utfra hvordan du opplever arbeidet akkurat nå for tiden.

2. Mestring Svarskala fra Sjelden (1) til Som oftest (6)

Hvordan opplever du arbeid med dem som har sosiale og emosjonelle vansker?

1. Jeg føler at jeg er i stand til å hjelpe dem
2. Jeg gruer meg for å jobbe med dem
3. Jeg opplever slikt arbeid som motiverende
4. Jeg mister troen på at det vil gå bra med dem
5. Jeg føler meg som en viktig hjelper for dem

4. Fagtemakunnskap Svarskala fra Ganske lite (1) til Svært mye (6)

Hvor mye kunnskap har du om følgende?

1. Hvordan tidlige samspillserfaringer påvirker barns utvikling
2. Hva som er sentrale utviklingsbehov i ulike utviklingsfaser
3. Hvordan traumer kan gi både for høyt og for lavt aktiveringsnivå
4. Hvordan traumer virker inn på hjernen og nervesystemet
5. Hvordan traumer påvirker kapasiteten til å lære og utforske
6. Hvilke konsekvenser traumer har for den fysiske helsen
7. Hva som skiller utviklingstraumer fra andre typer traumer
8. Hvordan traumereaksjoner påvirkes av kulturell kontekst

6. Støttekompetanse Svarskala fra I liten grad (1) til I stor grad (6)

I arbeid med dem som har sosiale og emosjonelle vansker, hvor trygg er du på hvordan du kan;

1. Finne aktiviteter som er passe utfordrende for dem?
2. Regulere deres stressnivå med ulike typer sansestimulering?
3. Snakke med dem for å avdekke traumeerfaringer?
4. Snakke med dem om traumeerfaringer du kjenner til at de har?
5. Hjelp dem å forstå hvorfor de reagerer som de gjør?
6. Snakke med dem på en måte som gir fremtidshåp?
7. Involvere familie og andre i et støttende nettverk rundt dem?
8. Tilpasse hjelpen til deres egen kulturelle forståelse?

8. Brukerstøttekultur Svarskala fra I liten grad (1) til I stor grad (6)

Her er fokus hvordan du og dine kolleger jobber sammen om dem som har sosiale og emosjonelle vansker: I hvilken grad synes du at følgende stemmer?

1. Vi har en felles forståelse for hvordan vi bør møte dem
2. Vi er bevisst på hvordan vi omtaler dem oss imellom
3. Vi undersøker om de lever med pågående belastninger
4. Vi hjelper hverandre til å se deres fremtidsmuligheter
5. Vi jobber for å forebygge at de utsetter seg for risiko
6. Vi har rutiner som gir dem trygghet og forutsigbarhet

1. Forventning Svarskala fra Helt uenig (1) til Helt enig (6)

Vårt fokus er altså en bestemt tilnærming til dem som har sosiale og emosjonelle vansker: Å møte dem på en måte som tar hensyn til at vanskene kan skyldes belastende erfaringer.

Hva tenker du om nytteverdien av en slik tilnærming?

1. Jeg er positiv til å anvende en slik tilnærming i jobben min
2. Det er en god tilnærming til dem med utfordrende atferd
3. En slik tilnærming er nyttig for alle dem jeg møter i jobben

3. Refleksivitet Svarskala fra I liten grad (1) til I stor grad (6)

I arbeid med dem som har sosiale og emosjonelle vansker, i hvilken grad har du tenkt over følgende?

1. Hvordan stress i ditt eget liv påvirker deg i samspillet
2. Hvordan kolleger kan hjelpe deg å se din rolle i samspillet
3. Hvilke atferds- og følelsesuttrykk som trigger deg mest
4. Hvordan din egen oppvekst preger hva som trigger deg
5. Hva som kan oppleves truende ved din måte å være på
6. Hvordan du kan ivareta deg selv for å holde ut i arbeidet

5. Begrepskunnskap Svarskala fra Ganske lite (1) til Svært mye (6)

... og hvor mye kan du om innholdet i disse begrepene?

1. Reguleringsstøtte
2. Reguleringsvansker
3. Toleransevinduet
4. Traumetriggere
5. Dissosiasjon
6. Posttraumatisk stresslidelse

7. Situasjonskompetanse Svarskala fra I liten grad (1) til I stor grad (6)

... og hvor trygg er du på hvordan du kan;

1. Møte dem hvis de lukker seg inn i seg selv?
2. Avveie når du bør være nær, og når du bør gi rom?
3. Avveie når de bør stoppes fra noe de forsøker å gjøre?
4. Avveie når de bør utfordres til å gjøre noe de motsetter seg?
5. Møte dem hvis de blir verbalt utagerende?
6. Møte dem hvis de blir fysisk utagerende?
7. Regulere ditt eget stressnivå når du føler deg utfordret?

9. Kollegastøttekultur Svarskala fra I liten grad (1) til I stor grad (6)

... og hvor godt synes du at følgende stemmer for hvordan du og dine kolleger jobber sammen om dem som har sosiale og emosjonelle vansker?

1. Vi samarbeider med andre tjenester om tiltakene
2. Vi snakker om hvordan vi selv påvirker samspillet
3. Vi har åpenhet om situasjoner vi synes er vanskelige
4. Vi fremhever viktigheten av å ha traumekunnskap
5. Vi er opptatt av å jobbe kultursensitivt
6. Vi får veiledning på arbeid med utfordrende saker

Skammen bak den grandiose masken

Aina Sundt Gullhaugen har utviklet en modell for å avdekke lidelsen bak masken til personer med psykopati. Finner man først lidelsen, gir det grunnlag for behandling, hevder hun.

TEKST Per Halvorsen

- **MYE AV PSYKOPATENS** prosjekt handler om å kamuflere skam, sier Gullhaugen.

Hun forklarer at skammen kan opptre mer eller mindre bevisst, alt etter hvor hardt man er rammet av dyssosial personlighetsforstyrrelse. I en fagartikkel i desemberutgaven av Psykologtidsskriftet beskriver hun det hun kaller utviklingen «fra en fragmentert til en integrert modell for psykopati». I flere år har hun jobbet med å utvikle modellen hun har gitt navnet Dynamisk modell av psykopati (DMP). Sentralt står oppfatningen om at personer med psykopati faktisk kan hjelpes hvis vi bare forstår hva som er vanskelig for dem.

GRANDIOSITET

Gullhaugen forteller at hos en person med psykopati fungerer ikke alle følelseskomponentene like godt.

- DMP viser hvordan psykopaten forsøker å kompensere for ubehaget som følger av at han eller hun ikke har en fungerende relasjon til andre mennesker og reell handlekraft, og dermed må orientere seg i samfunnet på en uhenksmessig måte, sier hun.

I de mest alvorlige tilfellene ender det gjerne opp i en veldig grandiositet.

- Ubegrepet og skammen ved å ikke kunne inngå i normale relasjoner er der fortsatt, men det er ubevisst. Skammen blir eksterernalisert. Når man er i en sånn tilstand, er det ikke rom for å snakke om noe som er vanskelig, forklarer psykologspesialisten.

- Men også de mest grandiose kjenner altså på skam?

- Den ubevisste skammen hos de alvorligste tilfellene blir kommunisert implisitt og kan vurderes indirekte. Indikasjoner på at psykopaten sliter med skam, kan være mismatch mel-

lom verbal og nonverbal kommunikasjon (f.eks. gester og annet kroppsspråk), sier hun.

NY FORSKNING

Gullhaugen mener DMP kan benyttes for å synliggjøre at det er mer som foregår bak psykopatens maske enn det vi tradisjonelt har trodd. Hun håper modellen kan bidra til å reformulere selve psykopatibegrepet og hjelpe fagfolk med å komme i posisjon til å behandle psykopater. Hun beskriver DMP som et navigasjonsverktøy som gjør behandler i stand til å peke ut konkrete behandlingsmål.

I tidsskriftet *Psychoanalytic Psychology* publiserte hun i aprilutgaven artikkelen *Theoretical Validation of the Dynamic Model of Psychopathy (DMP): Toward a Reformulation of the Construct, Assessment, and Treatment of Psychopathic Traits* sammen med to andre forskere. Der forklarer hun i detalj både empirien og teorien bak DMP.

- Hva er det forskningsmessige grunnlaget for at det nå kan være håp om endring i vårt syn på personer med psykopati?

- Det har blant annet vært gjort metaanalyser av hva som har vært utprøvd av behandling og om behandlingsforsøkene har stått i forhold til problematikkens alvorlighet. Det fins flere eksempler på at behandlingsstudier er blitt plukket fra hverandre både når det gjelder metode og innhold, sier hun.

I 2012 forsvarte Gullhaugen avhandlingen *Redefining Psychopathy? Is there a need for reformulation of the concept, assessment and treatment of psychopathic traits?* for ph.d.-graden ved NTNU i Trondheim. Siden den gang har hun ikke klart å slippe tak i problematikken. I dag jobber hun i en utviklingsstilling ved det private omsorgsforetaket Stendi, som tilbyr tjenester også innenfor barnevernsfeltet.



HARD NØTT Aina Sundt Gullhaugen tror ikke det blir noen enkel oppgave å få fagfeltet til å endre holdning til hva som er mulig å oppnå av endring hos personer med psykopati. Foto: privat.

ENSOM SVALE

Gullhaugen tror ikke det blir noen enkel oppgave å få fagfeltet til å endre holdning til hva som er mulig å oppnå av endring hos personer med psykopati. Hun har lenge følt seg som en enslig svale på feltet.

– *Vi er altså fortsatt et stykke unna en konsensus om at mennesker med psykopati kan behandles?*

– Absolutt. Mange sentrale fagfolk tviholder på forestillingen om at mennesker med psykopati ikke har nytte av terapi. Det er på mange måter forståelig. Dette er en hard materie. Det er ikke 10–15 terapitimer og så ut igjen. Dette er behandling som går over år. Og først må man ville det. Nå finner vi denne viljen også hos stadig flere fagfolk, sier hun.

Hun forteller at en kliniker som den amerikanske psykiateren Hervey M. Cleckly allerede på 1940-tallet utviklet en klinisk profil som helt opp til vår tid har hatt stor innflytelse. Clecklys holdning var ifølge Gullhaugen at «psykopaten er født sånn».

– Ifølge Cleckly var at det rett og slett ikke mer å kikke etter bak psykopatens maske av normalitet, forklarer hun.

MER ENN EN «PREDATOR»

Gullhaugen sier det de senere årene er kommet flere nyanser inn i synet på hva som skal til for å utvikle psykopati. Flere komponenter i pasientens erfaringer har betydning for å utvikle



Det fins flere eksempler på at behandlingsstudier er blitt plukket fra hverandre både når det gjelder metode og innhold

tilstanden. Flere studier viser nå at overkontroll, hardhet og mangel på varme i oppveksten har betydning, forteller hun.

– *Hvilken betydning vil disse nyansene kunne ha for hvordan vi forholder oss til personer med psykopati?*

– De vil forhåpentligvis hjelpe oss til å forstå at psykopati ikke er et fastlåst, men mye mer dynamisk fenomen. At psykopaten er mer enn en predator som vil styre deg. At psykopatens atferd kan være et logisk resultat av å ha blitt kompromittert og begrenset i sin livsutfoldelse. At atferden deres er et reelt, men mislykket forsøk på å tilpasse seg omgivelsenes forventninger og idealer.

Et annet eksempel, sier hun, er at promiskuøs atferd og det å ha hyppige og kortvarige forhold til andre mennesker, like gjerne kan forstås som et forsøk på å skaffe seg en relasjon, ikke bare som en generell mangel på evne til å inngå i relasjoner.

Gullhaugen mener måleinstrumentet PCL-R, som er blitt modellen for hvordan vi betrakter psykopati, er moden for revisjon. Sjekklisten på 20 punkter er i stor grad rettet mot innsatte. Gullhaugen påpeker at PCL-R har flere ledd som inneholder kriminell atferd både i ungdomstiden og som voksen, men spør seg som mange andre, om kriminell atferd egentlig er nødvendig å ha med på listen.

– Psykopati som lidelse favner jo langt bredere enn de som sitter i fengsel, påpeker hun.

DRÅPE I HAVET

– *Hvordan skal du overbevise fagmiljøet om at synet på personer med psykopati må revideres?*

– Jeg vet ikke om det er min oppgave å overbevise noen. Jobben det er å holde seg oppdatert, må den enkelte fagutøver gjøre selv. Mye ny litteratur tar oppgjør med gamle tanker om hvordan psykopati utvikler seg, og hva som skal til for å få til endring. Jeg tror vi nærmer oss et paradigmeskifte. Min modell er bare en dråpe i havet i så måte.

– *Risikerer vi med den nye forståelsen å bagatellisere de store skadene psykopaten kan gjøre på andre mennesker?*

– Dette arbeidet er ikke et forsøk på undervurdere de alvorlig konsekvensene denne lidelsen har for andre mennesker. Psykopati er en stor byrde for enkeltpersoner, helsevesenet og kriminalomsorgen. Nettopp derfor er det viktig å forstå bedre hva som er vanskelig for psykopaten, slik at vi kan komme i posisjon til å gi hjelp som virker. Det forutsetter at vi tar til oss ny kunnskap. ✕

MASKEN SLÅR SPREKKER

Modellen illustrerer hvordan psykopaten forsøker å kvitte seg med relasjonelt ubehag, og hvordan det i alvorlige tilfeller kun er «masken» vi ser, skriver artikkelforfatteren.
Foto: Shutterstock / NTB



OPPSUMMERT

En ny og dynamisk psykopatimodell

Dynamisk Modell av Psykopati portretterer lidelse hos psykopaten og gir et utgangspunkt for behandling.

TEKST Aina Sundt
Gullhaugen

KONTAKT
aina.sundt.gullhaugen
@stendi.no

The *Mask of Sanity* (Cleckley, 1941) la grunnlaget for dagens forståelse av psykopati som en forstyrrelse som skaper lidelse *for andre*. I en nylig publisert artikkel i *Psychoanalytic Psychology* presenterer vi en modell som fremhever lidelse *hos psykopaten*, og som illustrerer en skjevutvikling vi mener kan justeres med behandling (Gullhaugen et al., 2021).

Cleckley beskrev psykopaten som et tilsynelatende velfungerende individ med gode evner og fravær av plager. Personen er imidlertid upålitelig, bryr seg ikke om det hensynsløse han eller hun foretar seg, og bidrar ikke til fellesskapet. Personen er også følelsesmessig og relasjonelt frakoblet og mangler innsikt i egen fungering. Cleckley oppfattet psykopati

som et resultat av en biologisk endring, og forsøkte ikke å forstå psykopatens indre dynamikk og psykologi. «This disease is beyond my practice» (s. 416) oppsummerer Cleckleys tanker om behandling. Cleckleys kliniske profil ble empirisk validert av Hare (2003), hvis *Psychopathy Checklist-Revised (PCL-R)* har blitt regnet som gullstandard-mål på psykopati de siste tiårene (Hare, 2020). PCL-R sikret at fagfolk verden over studerte det samme fenomenet, som har en prevalens på 1,2–4,5 % i befolkningen (Sanz-García et al., 2021). Diagnostisk forbindes psykopati med *dyssosial* personlighetsforstyrrelse, men personer med høy PCL-R-skår fyller ofte kriterier fra flere personlighetsforstyrrelser (Hildebrand et al., 2004).

EN INTEGRERT PSYKOPATIMODELL

De fleste psykopatimodeller (Cooke et al., 2004; Patrick et al., 2009) baserer seg på temaene som inngår i Cleckleys profil og Hares sjekklister. Den samme dyssosiale og mangelfulle fungeringen listes mer eller mindre omfattende, men like *fragmentert* opp. Selv spurte jeg «er psykopati og lidelse gjensidig utelukkende konstrukt» i min doktorgrad (Gullhaugen, 2012), ut ifra en tanke om at vi ikke vil kunne hjelpe psykopater før vi forstår hva som er vanskelig *for dem*. En slik forståelse representerer en mer *integrert* tilnærming til psykopati.

DYNAMISK PROSESS

I doktorgradsavhandlingen, som inkluderte en systematisk litteraturoversikt (Gullhaugen & Nøttestad, 2011) og en case-control-studie (Gullhaugen & Nøttestad, 2012), identifiserte jeg blant annet en større spennvidde i psykopatens relasjonelle fungering enn det som vanligvis rapporteres, og at enkelte kjennetegn sto *i motsetning til hverandre*. Jeg fant tendenser til relasjonell sammenfiltring og løsrivelse, dominans og underkastelse – som indikerer at psykopati like gjerne kan forstås som en *dynamisk prosess* som *statiske trekk*. Psykopatens skiftende tilstander er vanskelige å fange opp fordi det krever en mer omfattende undersøkelse enn det som typisk utføres. Narsissisme og mangel på empati er *felles* for de skiftende tilstandene, og dermed lett å identifisere. PCL-R inkluderer psykopatens motsetninger, men har begrenset verdi med tanke på å forklare hva de er uttrykk for. Promiskuøs atferd og hyppige forhold kan forstås som *forsøk* heller enn mangel på relasjon, og parasittisk livsstil kan forklares som *mangel* på arbeidsevne heller enn forsøk på å utnytte andre. Manglende fellesskap og handlekraft reflekterer negativt på og fester skam til *selvet*, og dette starter en kompensatorisk prosess som har *grandiositet* som sitt endepunkt – hvor lidelse kun kan uttrykkes *implisitt*, eller i *måten* ting sies og gjøres på. Jeg så det først i klinikken, og en litteraturoversikt om psykopaters kommunikasjon støttet senere denne erfaringen (Gullhaugen & Sakshaug, 2019).

DYNAMISK MODELL AV PSYKOPATI

Empiriske doktorgradsdata, studier av psykopati med vidt forskjellige teoretiske tilnærminger, og klinisk erfaring med hvordan psykopati uttrykkes over tid, sted og personer ligger bak utviklingen av Dynamisk Modell av Psykopati (DMP) (Gullhaugen et al., 2021). DMP spesifiserer den løst definerte og allment aksepterte «affektive og interpersonlige kjernen» ved psykopati, og gir et rammeverk for å forstå, måle og behandle et dynamisk samspill av bevisste og ubevisste tilstander i psykopaten. Med DMP kan psykopati forstås som et *ubehag i relasjon* knyttet til de sentrale utviklingspsykologiske milepælene tilknytning og selvstendighet. Denne forståelsesmåten støttes av studier som viser at forskjeller i foreldres hardhet og varme kan knyttes til utviklingen av kalde og hensynsløse trekk hos barn utover genetisk styrte effekter (Waller et al., 2018). DMP illustrerer hvordan psykopaten forsøker å kvitte seg med relasjonelt ubehag, og hvordan det i alvorlige tilfeller kun er «masken» vi ser. Skammen er da *eksternalisert* og overført til andre som blir *skamfært*. At skammen er eksternalisert (manglende bevissthet, toleranse og uttrykk; Monsen et al., 2008), kan forklare hvorfor psykopatens lidelse har vært så vanskelig å identifisere, og eksternalisert skam kan tjene som et kuttepunkt for alvorlig grad av psykopati.

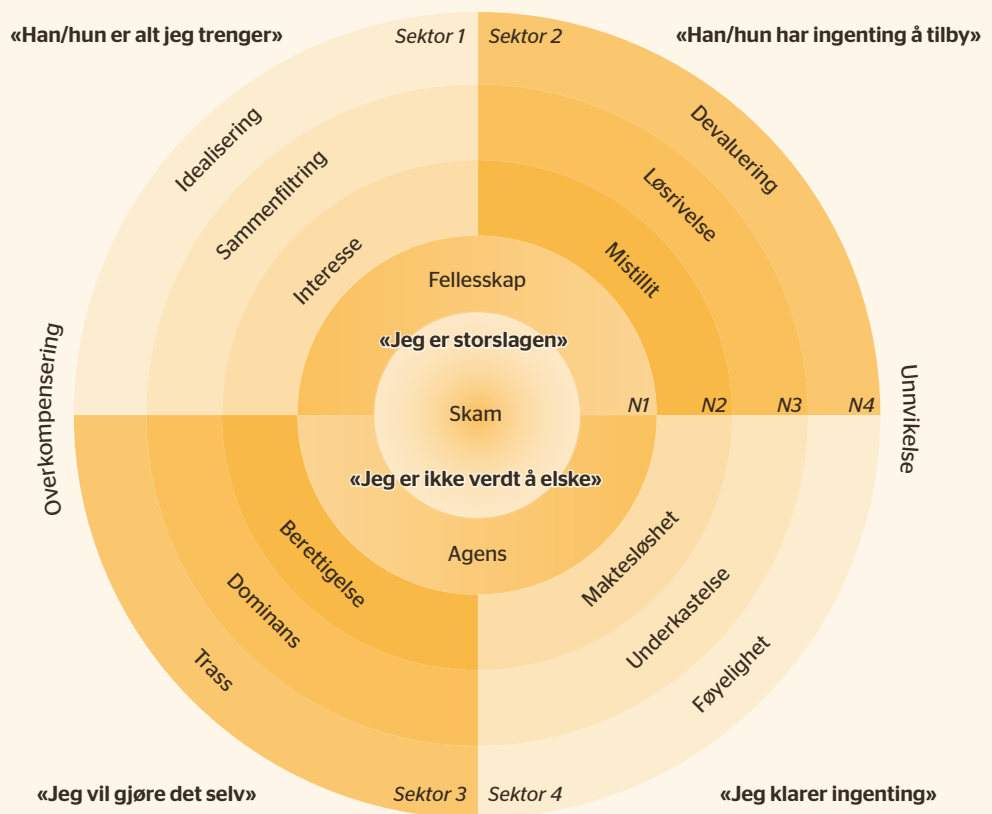
Hovedmomenter

- Psykopati regnes som behandlingsresistent og har ingen anerkjente eller etablerte behandlingsmetoder.
- Basert på empiriske doktorgradsdata, teoretiske studier og klinisk erfaring har Gullhaugen et al. (2021) utviklet en dynamisk modell for psykopati hvor skamfølelse står sentralt som drivkraft bak psykopatens grandiositet og hensynsløse atferd.
- Modellen synliggjør lidelse hos psykopaten, og gir et rammeverk for å måle og behandle samspillet av bevisste og ubevisste tilstander som psykopati utgjør.
- Modellen trenger ytterligere empirisk validering.



Illustrasjon av DMP

DMP forstår psykopati flerdimensjonalt. Modellen er organisert i fire sektorer rundt en vertikal behovsakse (fellesskap-agens) og en horisontal forsvarsakse (overkompensering-unntvikelse). Modellen spesifiserer en kjerne av skam og fire nivåer som utgjør psykopatens relasjonelle behov, indre opplevelser, strategier og atferd. For å forstå hvilken atferd DMP inkluderer, kan man se på *fellesskapsdimensjonen*. DMP illustrerer hvordan psykopaten kan veksle mellom å *initiere* (idealiserer: «han/hun er alt jeg trenger») og å *avslå* (devaluering: «han/hun har ingenting å tilby») en gitt relasjon, men *måten* det gjøres på, varierer avhengig av person og situasjon. Eller man kan se på *agensdimensjonen*, hvor psykopaten kan veksle mellom å *opponere* mot (trass: «jeg vil gjøre det selv») og å *unndra* seg (føyelighet: «jeg klarer ingenting») handling. De fire sektorene illustrerer psykopatens narcissistiske kompensering for å fylle relasjonelle behov og holde skam, knyttet til det å være en person uten reelt fellesskap og agens, på avstand. *Bevissthetsdimensjonen*, som ikke er spesifisert i figuren, er knyttet til kjernen av skam som også er dynamisk. Det fullt ut kompenserte selvbildet setter psykopaten best ord på selv, «jeg er storslagen». I den andre enden finnes en uttalt (u)bevissthet om «ikke å være verdt å elske».



DMP nivåer Nivå 1 (N1): behov. Nivå 2 (N2): opplevelse. Nivå 3 (N3): strategi. Nivå 4 (N4): atferd.

IMPLIKASJONER

Psykopati skaper vansker på tvers av samfunns- lag og er en byrde for helse- og rettsvesenet. Behandling av psykopati er stort sett ikke-eksisterende og regnes som kontraindisert, til tross for at resultatene fra nyere studier anty-

der at det ikke er grunn til det (Bernstein et al., 2021; Larsen et al., 2020). DMP kan bidra til å bringe fagfeltet videre i form av å synliggjøre lidelse hos psykopaten og drivkrefter i forstyrrelsen, men modellen trenger ytterligere empirisk validering. ✘

REFERANSER

- Bernstein, D. P., Vos, M. K., Clercx, M., de Vogel, V., Kersten, G. C. M., Lancel, M., Jonkers, P. P., Bogaerts, S., Slaats, M., Broers, N. J., Deenen, T. A. M. & Arntz, A. (2021). Schema therapy for violent PD offenders: a randomized clinical trial. *Psychological Medicine*, 1–15. <https://doi.org/10.1017/S0033291721001161>
- Cleckley, H. M. (1941). *The mask of sanity. An attempt to clarify some issues about the so-called psychopathic personality* (1. utg.). Mosby.
- Cooke, D. J., Hart, S. D., Logan, C. & Michie, C. (2004). Comprehensive Assessment of Psychopathic Personality–Institutional Rating Scale (CAPP–IRS). Unpublished manual.
- Gullhaugen, A. S. (2012). Redefining psychopathy? Is there a need for a reformulation of the concept, assessment, and treatment of psychopathic traits? NTNU [Doctoral dissertation]. <https://ntnuopen.ntnu.no/ntnu-xmlui/handle/11250/270806>
- Gullhaugen, A., Heinze, P. & Chernyahovsky Kornev, S. (2021). The theoretical validation of the Dynamic Model of Psychopathy (DMP): Towards a reformulation of the concept, assessment, and treatment of psychopathic traits. *Psychoanalytic Psychology*, 38(4), 290–299. <https://doi.org/10.1037/pap0000336>
- Gullhaugen, A. S. & Nøttestad, J. Aa. (2011). Looking for the Hannibal behind the Cannibal: Current status of case research. *International journal of offender therapy and comparative criminology*, 55(3), 250–269. <https://doi.org/10.1177/0306624X10362659>
- Gullhaugen, A. S. & Nøttestad, J. Aa. (2012). Under the surface: The dynamic interpersonal and affective world of psychopathic high-security and detention prisoners. *International journal of offender therapy and comparative criminology*, 56(6), 917–936. <https://doi.org/10.1177/0306624X11415633>
- Gullhaugen, A. S. & Sakshaug, T. S. (2019). What can we learn about psychopathic offenders by studying their communication? A review of the literature. *Journal of Psycholinguistic Research*, 48(1), 199–219. <https://doi.org/10.1007/s10936-018-9599-y>
- Hare, R. D. (2003). *Manual for the Revised Psychopathy Check List* (2. utg.). Toronto, ON, Canada: Multi-Health Systems.
- Hare, R. D. (2020). The PCL-R assessment of psychopathy. I A. R. Felthous & H. Saß (red.), *The Wiley international handbook of psychopathic disorders and the law, 2 edition* (s. 63–106). John Wiley & Sons Ltd.
- Hildebrand, M. & De Ruiter, C. (2004). PCL-R psychopathy and its relation to DSM-IV axis I and II disorders in a sample of male forensic psychiatric patients in the Netherlands. *International journal of law and psychiatry*, 27(3), 233–248. <https://doi.org/10.1016/j.ijlp.2004.03.005>
- Larsen, R. R., Jalava, J. & Griffiths, S. (2020). Are psychopathy checklist (PCL) psychopaths dangerous, untreatable and without conscience? A systematic review of the empirical evidence. *Psychology, public policy and law*, 26(3), 297–311. <https://doi.org/10.1037/law0000239>
- Monsen, J. T., Monsen, K., Solbakken, O. A. & Hansen, R. S. (2008). The Affect Consciousness Interview (ACI) and the Affect Consciousness Scales (ACS). Department of Psychology, University of Oslo.
- Patrick, C. J., Fowles, D. C. & Krueger, R. F. (2009). Triarchic conceptualization of psychopathy: developmental origins of disinhibition, boldness, and meanness. *Development and Psychopathology*, 21(3), 913–938. <https://doi.org/10.1017/S0954579409000492>
- Sanz-García, A., Gesteira, C., Sanz, J. & García-Vera, M. P. (2021). Prevalence of Psychopathy in the General Adult Population: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Frontiers in Psychology*, 12, 661044. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.661044>
- Waller, R., Hyde, L. W., Klump, K. L. & Burt, A. (2018). Parenting is an environmental predictor of callous-unemotional traits and aggression: A monozygotic twin differences study. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 57, 955–963. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2018.07.882>

Innføring av HoNOS i en psykoseseksjon: erfaringer og anbefalinger

Strukturerte vurderinger øker treffsikkerheten i kliniske avgjørelser. HoNOS er et enkelt verktøy som kan bidra til kvalitetssikring i daglig klinisk drift, men implementeringen innebærer et organisatorisk endringsarbeid som krever god planlegging og aktiv støtte fra ledelsen.

TEKST

Cato Grønnerød¹,
Jan Josef Mikaelsson²
og Ole Jørgen
Hommeren³

¹ Ungdomspsykiatrisk
seksjon, Sykehuset
Østfold HF, og
Psykologisk institutt,
Universitetet i Oslo

² Spesialisert
poliklinikk, Diakon-
hjemmet sykehus HF

³ Tidl. Psykiatrisk
avdeling, Sykehuset
Østfold HF

KONTAKT

catogro@
psykologi.uio.no

PROSEDYRER OG KRAV til dokumentasjon i psykisk helsevern kan framstå som fremmede for fagutøvelsen. Rutiner og pålegg, som i og for seg har utgangspunkt i pasientens behov, blir til administrative krav og kommer ut som for eksempel pakkeforløp. Behandleren ønsker å ivareta pasientens behov på en forsvarlig måte, men perspektivene er forskjellige. Effekten blir ofte at behandleren opplever at systemet er mest opptatt av å kontrollere og styre fagutøvelsen, noe som tar tid og skaper frustrasjon. Dermed kan dokumentasjonskravet risikere å forstyrre pasientbehandlingen som den er ment å ivareta.

Kan et enkelt, bredt anlagt og strukturert vurderingsverktøy tilfredsstillende behov både hos system og behandler, og derigjennom også den sentrale tredjepart, pasienten? Vi mener Health of the Nation Outcome Scale, eller HoNOS (Wing et al., 1998), er velegnet til dette. Behandleren får et kort og enkelt vurderingsskjema med grunnleggende kategorier, ledelsen får tall fra systemet, og pasienten får en bedre kvalitetssikret behandling. Hvor lett er dette å få til?

Vi vil i det følgende beskrive våre erfaringer med å innføre systematisk bruk av HoNOS gjennom behandlingsforløpet i en psykoseseksjon i Sykehuset Østfold over en toårsperiode. Vi startet vår implementering før pakkeforløpene for psykisk helsevern ble innført, men ser i ettertid at HoNOS langt på vei fyller kriteriene for basisutredning. Bruken bidrar til andre positive effekter, men også til problemer som må håndteres av den organisatoriske enheten. Vi håper våre erfaringer kan bidra til å lette innføringen av HoNOS eller liknende verktøy andre steder.

HVORFOR STRUKTURERTE VURDERINGER?

Et av de best underbygde forskningsfunn i samfunnsvitenskapene er at klinisk skjønn er mindre treffsikkert enn statistisk baserte (aktuariske) metoder (Grove et al., 2000; Grove & Meehl, 1996; Ægisdóttir et al., 2006). Det bør derfor være opplagt for alle som er opptatt av empirisk basis for sin fagutøvelse, at strukturerte verktøy med god psykometrisk basis bidrar til et bedre beslutningsgrunnlag. Spesialisthelsetjenesten håndterer pasienter med

alvorlige psykiske lidelser som fører til betydelig redusert livskvalitet og gir samfunnsmessig store kostnader. Da er det avgjørende at beslutninger tas på et faglig solid grunnlag.

Systematisk og helhetlig tilnærming til diagnostikk, behandling og behandlingseffekt har i relativt liten grad vært gjenstand for systematiske evalueringer og studier (Crawford et al., 2017; Ruud, 2015; Trauer, 2010). Internasjonalt ser man imidlertid at utviklingen går mot ulike løsninger for å implementere rutinemessig vurdering som en del av den daglige driften (Roe et al., 2015). Global Assessment of Functioning (GAF) har vært den eneste kliniske måleparameteren som likner en kvalitetsparameter, men GAF har vist seg svært lite pålitelig (Trauer, 2010) og anbefales ikke lenger av Helsedirektoratet.

En basisutredning for voksne i psykisk helsevern skal «lede til en helhetlig vurdering og beslutning om videre tiltak» (Helsedirektoratet, 2020), og det presiseres at det «bør benyttes standardisert verktøy for måling av symptom og funksjon tidlig i forløpet, underveis i tilknytning til evalueringpunkter og før avslutning av pakkeforløpet / utskrivning fra spesialisthelsetjenesten». Vi mener at et enkelt vurderingsverktøy som HoNOS bidrar både med hjelp til denne strukturen, til dokumentasjon og til sist økt kvalitet i behandlingen definert som at vi gjør det vi sier vi skal gjøre.

HONOS

HoNOS er et verktøy for å vurdere utfallsmål i ulike pasientpopulasjoner og er utviklet i England på basis av retningslinjer for kvalitet i helsetjenesten (Jenkins, 1994). HoNOS foreligger i flere versjoner og på flere språk og er integrert i utredning og behandling i blant annet England, Australia og New Zealand (Crawford et al., 2017; Maddison et al., 2016). HoNOS er oversatt til norsk og er fritt tilgjengelig fra Helsebiblioteket i voksenversjon og i en versjon for barn og ungdom, HoNOS-CA (Helsebiblioteket, 2020). Grunnversjonen består av 12 områder som vurderes på en skala fra 0 (ikke til stede / ikke aktuelt) til 4 (alvorlig), eventuelt ukjent (9 eller x): overaktivitet, selvskadning, rus, kognisjon, somatikk, psykose, depresjon, andre symptomer, relasjoner, ADL, boligforhold og aktiviteter. HoNOS kan brukes for å vurdere tilstander og endringer, og for å kommunisere beskrivelser av kliniske og sosiale funksjonsområder mellom enheter og etater.



Kvantifiseringer gir alltid mer eller mindre utilfredsstillende løsninger på komplekse problemer, men tilbyr gevinst i form av bedre oversikt og struktur

Kvantifiseringer gir alltid mer eller mindre utilfredsstillende løsninger på komplekse problemer, men tilbyr gevinst i form av bedre oversikt og struktur. Har man behov for større dybde i vurderingene, velger man andre metoder. Verktøyet er ment å kunne brukes uten omfattende opplæring, i en travel klinisk hverdag og av flere helseprofesjoner.

Flere studier viser at HoNOS kan oppnå god reliabilitet (Pirkis et al., 2005; Wing et al., 1998). Forutsetningen er, som for alle verktøy, tilstrekkelig opplæring (Ecob et al., 2004). HoNOS viser gjennomgående god indre konsistens (Bech et al., 2003; Buckingham et al., 1998; Stedman et al., 1997; Trauer, 1999). Det skiller ikke nødvendigvis godt mellom diagnostiske grupper (Gigantesco et al., 2007) uten at dette er et særlig relevant kriterium. HoNOS viser en sterk sammenheng med både Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS) og GAF (Phuaphanprasert et al., 2007). Det er foreslått å endre teksten, da HoNOS er over 20 år gammelt og moden for revisjon (James et al., 2018).

UTPRØVING I SYKEHUSET ØSTFOLD

HoNOS ble først introdusert i Psykosebehandling 3 (P3) i Psykiatrisk avdeling, Sykehuset Østfold HF (SØHF), i januar 2015. Seksjonen tar hovedsakelig imot personer med alvorlige psykoselidelser som har behov for langtidsopphold, men har kortvarige innleggelse ved akutt avlastningsbehov hos andre seksjoner. HoNOS har vært prøvd ut andre steder i SØHF, blant annet ved Halden-klinikken og Ungdomspsykiatrisk seksjon, og det pågår prosjekter i DPS Fredrikstad og TSB poliklinikk i Moss.

Formålet med utprøvingen av HoNOS var å øke kvaliteten på behandlingen ved å sikre at



pasientens behov relatert til alle viktige funksjonsområder ble kartlagt og fulgt opp. Kartleggingen gav oss tydelig informasjon om hvor vi skulle sette inn tiltak. Vi kunne dermed oppnå mer effektiv behandling i form av kortere liggetid. Reduksjon av liggetid var allikevel ikke et mål i seg selv, og HoNOS-vurderingene kunne i enkelte tilfeller føre til lengre liggetid fordi problemer ble tydeliggjort.

Vi utarbeidet et eget opplæringsopplegg, noe som er avgjørende i endringsarbeid (Milne et al., 2001). Det besto av kurs (deriblant e-læringskurs i Helse Sør-Øst), øvelser og tilbakemeldinger om resultater underveis. Vi satte også opp forslag til integrering av andre standardiserte verktøy som grunnlag for HoNOS-vurderingene der vi måtte innhente mer informasjon (for eksempel PANSS for å vurdere punktet om psykosesyntomer, MoCA for punktet om kognitiv fungering, CDSS/BDI for punktet om nedstemthet).

Vurdering ved bruk av HoNOS

I tillegg til standard HoNOS la vi til tre vurderinger tilpasset psykosepasienter, og kalte denne versjonen HoNOS-P: H13 Barn som pårørende, H14 Voldsrisiko og H15 Negative symptomer. Voldsrisiko mente vi var viktig å vurdere for psykosepasienter ut over H1 Overaktivitet, og negative symptomer opplevde vi var dårlig dekket i HoNOS. Vi fokuserer i denne artikkelen hovedsakelig på den originale versjonen, men interesserte klinikere kan få psykoseversjonen HoNOS-P tilsendt ved å henvende seg til førsteforfatter.

HoNOS-vurderingene ble gjort i teammøter som besto av behandler, primærkontakter og kvalitetsutviklingsrådgiver, samt annet miljøpersonale som kjente pasienten godt. Skåringen ble basert på konsensus i gruppen. Vi utviklet en egen dokumentmal i journalsystemet DIPS og skrev skåring og notater direkte inn i journalen i fellesskap under møtet. Dette gjorde at HoNOS-skåringen ikke ble en tilleggsoppgave, men tvert imot den sentrale oppgaven i teammøtet. Pasienter utenfor seksjonens målgruppe, det vil si som var omplassert på grunn av plassmangel ved andre seksjoner, ble ekskludert av tidshensyn.

Vi hadde som mål at første vurdering skulle gjøres innen få dager fra inntak på seksjonen (To), deretter jevnlig gjennom innleggelsen (2–4 uker mellom hver vurdering) og til slutt

ved utskrivelse (TX). Vi hadde ikke mulighet til å gjennomføre reliabilitetsvurderinger fordi personalet som kjente pasienten, var involvert i HoNOS-vurderingene.

Atten måneder etter prosjektstart ble det gjennomført en anonymisert spørreundersøkelse om erfaringer blant personalet. Åtte skålepørsmål (1–5, svært uenig til svært enig) og et åpent felt spurte om opplevd nytteverdi, vanskelighetsgrad, økt eller senket arbeidsbelastning og forbedringsforslag. Gjennomsnitt på over 3,0 ble tolket som enighet med påstanden. Alt fast personale i seksjonen som jobbet med HoNOS-vurderinger, ble spurt. Fagutviklingsrådgiver definerte dette til 20 personer. Tolv personer svarte, så informasjonsverdien av undersøkelsen ble noe begrenset. Vi beskriver senere hvilke indikasjoner undersøkelsen gav oss.

Prosjektutforming

Prosjektet ble gjennomført som en kvalitetsutviklingsstudie i SØHF (prosjekt nr. 1569), først vurdert av REK og deretter godkjent av Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (ref. nr. 43716), med oppstart september 2015. Det var ikke påkrevet med innhenting av samtykke fra pasientene som ble vurdert, da prosjektet ikke førte til noen ekstra belastninger for pasientene.

Vi registrerte pasientens kjønn, alder, diagnose, innleggelsesdato, utskrivelsesdato og innleggelsesparagraf i psykisk helsevernloven, samt selve HoNOS-registreringene og GAF-skårer for symptom og funksjon. I spørreundersøkelsen blant personalet ba vi dem om å oppgi kjønn, alder, faggruppe og cirka antall HoNOS-vurderinger vedkommende hadde gjort på det aktuelle tidspunktet.



Vi opplevde at HoNOS-vurderingene virket strukturerende på aktiviteten i seksjonen

TABELL 1 Første og siste vurdering, behandlingseffekt og interaksjon med tid

Skala	Antall	Første vurdering (TA)		Siste vurdering (TX)		Effekt av behandling		Effekt av behandling x tid	
	N	M	SD	M	SD	<i>p</i>	F	<i>p</i>	F
H1 Overaktivitet	99	1.5	1.16	0.6	0.72	.003	9.369	.949	0.004
H2 Selvskade	98	0.5	1.20	0.2	0.64	.006	7.884	.402	0.708
H3 Rus	71	0.7	1.49	0.7	1.34	.717	0.132	.834	0.044
H4 Kognisjon	53	2.1	1.37	1.3	1.26	.161	2.032	.825	0.049
H5 Fysisk sykdom	90	1.2	1.24	1.4	1.17	.654	0.202	.012	10.561
H6 Positive symptomer	87	2.7	1.26	1.5	1.27	.000	14.071	.005	8.222
H7 Depresjon	83	0.8	1.23	0.6	0.86	.000	18.281	.036	4.559
H8 Andre symptomer	97	2.6	1.24	1.9	1.25	.451	0.573	.748	0.103
H9 Relasjoner	86	2.9	1.05	2.2	1.08	.166	1.953	.255	1.314
H10 ADL	53	2.3	1.57	1.8	1.51	.308	1.062	.898	0.017
H11 Bolig	75	1.4	1.81	1.4	1.75	.892	0.019	.360	0.043
H12 Aktivitet	55	0.5	1.22	0.5	1.51	.584	0.040	.914	0.012
H13 Barn som pårørende	87	0.1	0.49	0.2	1.06	.498	0.463	.986	0.000
H14 Voldsrisiko	55	0.7	1.09	0.8	1.46	.659	0.197	.924	0.009
H15 Negative symptomer	38	0.7	1.12	0.5	0.95	.902	0.016	.270	1.260
H Totalskåre	99	16.3	7.04	15.1	7.01	.628	0.236	.985	0.000
GAF Funksjon	99	28.5	9.11	39.6	10.46	.002	10.446	.258	1.298
GAF Symptom	99	26.8	8.90	39.95	12.02	.000	15.930	.796	0.067

Merknad. Effekt av behandling undersøkt med Repeated Measures ANOVA, Mauchly's Test of Sphericity var i alle tilfeller 1. Signifikante *p*-verdier i kursiv (*p* < 0,05).

Kort oversikt over resultater

Før vi går inn på hva vi lærte av implementeringen, vil vi presentere resultater fra noen av analysene vi har gjort som peker mot viktige momenter i læringen.

I alt 296 pasienter ble innlagt ved seksjonen i datainnsamlingsperioden på 24 måneder. Totalt 131 pasienter ble vurdert *en* gang med HoNOS og 99 av dem minst to ganger. Utvalget på 131, som representerte 44 % av de innlagte, var ikke representativt fordi kort liggetid i praksis ble et eksklusjonskriterium. Av de 99 som ble vurdert to ganger, ble 32 pasienter vurdert tre ganger og 10 personer fire ganger. Gjennomsnittlig alder for de 131 pasientene var 40,8 år (*SD* = 15,9), og av disse var 71 menn og 60 var kvinner.

Innleggelse på tvang (§3-2, §3-3) utgjorde 82 % av utvalget, psykoselidelser utgjorde 62 %. Gjennomsnittlig antall dager før første HoNOS-P-registrering var 12,2 dager (*SD* = 15,4, median åtte dager). Antall HoNOS-skalaer som ikke kunne vurderes grunnet manglende informasjon ved første vurdering, var 396 av 1965 vur-

deringer totalt (20 %), mens ved siste vurdering var det 65 av 1485 (4 %). Gjennomsnittlig antall dager mellom første og siste registrering var 34 dager (*SD* = 44,4).

Gjennomsnittlig nivå på alle HoNOS-skalaer lå høyt, noe som viser at pasientutvalget hadde alvorlige og sammensatte problemer, se tabell 1. Særlig kognisjon, positive symptomer, andre symptomer, relasjoner og ADL-ferdigheter utmerket seg som problemområder. GAF-skårene var generelt svært lave, noe som viser til en pasientpopulasjon med alvorlige symptomer og alvorlig funksjonssvikt.

Vi så signifikant behandlingseffekt på fire HoNOS-skalaer: Overaktivitet, Selvskading, Positive symptomer og Depresjon. Også GAF-skårene (symptom og funksjon) viste signifikant bedring. Fire skalaer viste sammenheng med lengden på innleggelsen. Skåren på Fysisk sykdom økte med økt liggetid, mens Kognisjon, Positive symptomer og Depresjon minsket med økt liggetid. HoNOS og GAF viste overraskende lav sammenheng, kun rundt -0,5 til -0,6. Høyere verdi på skalaen Andre symptomer predi- »

kerte lengre behandlingsperiode, og personer med høy skåre på Depresjon viste større bedring dersom de var frivillig innlagt enn om de var under tvang.

HVA LÆRTE VI?

Vi mener innføringen av HoNOS førte til mer systematisk arbeid med høyere behandlingskvalitet i P3. Samtidig pekte innføringen på svakheter og mangler, og viste at endringsarbeidet i organisasjonen kan by på mange utfordringer. En del av de følgende læringspunktene baserer seg på opplevelser og erfaringer underveis, mens andre trer fram fra innsamlede data.

Erfaringer fra endringsarbeidet

Prosjektet ble tidlig forankret i ledelsen, noe som er en overordnet forutsetning for å lykkes med denne typen endringsarbeid (Milne et al., 2001). Initiativet til bruk av HoNOS kom fra en engasjert behandler (tredjeforfatter), og prosjektet ble så utformet som et kvalitetsutviklingsprosjekt av førsteforfatter, noe som også bidro til en formalisering av arbeidet og gav en viss status.

Vi forberedte prosjektet i over et halvt år før oppstart. Undervisning er avgjørende for å oppnå reliabel skåring (Pirkis et al., 2005), mestringsfølelse og kontinuitet. Mange var uvante med å skulle vurdere egenskaper og aspekter med tall. Selv om brukerundersøkelsen viste at personalet ikke oppfattet skåringsdefinisjonene som vanskelige i seg selv, pekte den på at flere ønsket seg mer opplæring. Det lave svarantallet i brukerundersøkelsen kan også indikere dette. Ivrige behandlere kan overvurdere entusiasmen for prosjektet og dermed virke avskrekkende. Det er derfor viktig å ta seg god tid og være lydhør for problemer, bekymringer og motstand som kommer fram i prosessen.

Implementeringen innebar en strukturering av det arbeidet som allerede ble gjort og ble i liten grad en ekstra arbeidsbelastning. Vi tok flere grep for å få til dette. HoNOS-skåringen ble selve grunnlaget for teammøtene. HoNOS-skåringen og notater ble registrert i journalen underveis i møtet, og dermed unngikk vi etterarbeid med skåring og referater. Vi laget laminerte ark med skåringskriterier som ble delt ut på møtet, slik at alle hadde kriteriene foran seg. Saker som måtte følges opp, ble delegert til en eller flere personer på møtet. Dette kunne være

å hente inn mer informasjon, gjennomføre endring i tiltak eller kontakte eksterne parter. Brukerundersøkelsen viste at den totale arbeidsinnsatsen ikke ble vurdert som øket som følge av implementeringen, mens systematikken ble vurdert som øket. Selv om kravet til innsats under teammøtene økte noe, ble vi også mer målrettede både på møtene og ikke minst i oppfølgingen av pasientene.

Teammøtene ble mer strukturerte og hadde et klarere mål. Riktignok var en tydelig ledelse påkrevd, men det ble henvist til at HoNOS-skåringen skulle gjennomføres innenfor oppsatt møtetid. Digresjoner og marginalt relevante diskusjoner ble dermed knappet inn. Vi fremhevet faglige grunner til at alle faggrupper bør gi innspill. Personalet bidro med ulik informasjon som til sammen utfylte bildet i skåringen. Behandlerne alene har ikke nok oversikt over saken eller kjennskap til pasienten til å kunne gjøre en fullgod HoNOS-skåring. Derfor var konsensus-skåring den beste løsningen.

Personalet opplevde økt tverrfaglighet i pasientarbeidet ved at oppgaver ble fordelt etter kompetanse. Tverrfaglighet kan være vanskelig å implementere i praksis og kan noen ganger føre til nivellering i form av at alle skal kunne og gjøre alt. Innføringen av HoNOS bidro derimot til å øke bevisstheten rundt hver helseprofesjons faglige bidrag i seksjonen. Mange uformelle tilbakemeldinger har indikert at ulike grupper i større grad følte seg sett og hørt i pasientarbeidet, og at arbeidsfordelingen mellom profesjoner ble tydeligere. Vi opplevde også at bruken av HoNOS støttet godt oppunder etablerte behandlingslinjer og målsettinger. Vi kunne i større grad dokumentere at vi kontinuerlig hadde en bred vurdering gående, og at vi dermed gjorde det vi sa vi skulle gjøre. Brukerundersøkelsen viste tydelig at de aller fleste mente kvaliteten i behandlingen økte betydelig.

Erfaringer fra dokumentasjonsarbeidet

Det å opprettholde rutiner over tid var vanskelig. Tidlig HoNOS-vurdering er viktig, slik at tiltak kan settes i gang snarest mulig etter innleggelse. Allikevel oppstod det utfordringer når målet var at alle pasienter skulle vurderes. Tilbakemeldinger fra seksjonen tydet på at en del av pasientene som ikke ble vurdert på grunn av kort liggetid, skapte generelle arbeidsbelastninger som gikk ut over rutinene. Lærdommen er kanskje først og fremst at man ikke bør være



De største utfordringene lå ikke i vurderingene i seg selv, men i de praktiske og administrative problemene som måtte håndteres

for optimistisk med hva man skal få til over lengre tid. Det vil før eller senere oppstå tretthet i systemet, og man bør ha strategier på plass for å fange opp dette. Vi ønsket å etablere rutiner som kunne følges også etter at en mer stringent datainnsamling var gjennomført, og vi valgte derfor å fokusere på å vurdere det som var seksjonens definerte målgruppe.

Andelen skåringer markert som ukjente gikk klart ned ved andre skåring. Mangel på informasjon for å gjøre en komplett skåring kan skyldes at man ikke har rukket å sette seg inn i foreliggende dokumentasjon. Den første vurderingen bør gjøres tidlig nok til at man får med seg endringer som følge av innleggelsen, men samtidig sent nok til at personalet rekker å bli kjent med pasienten. Vi fant stadig fram til problemområder hos pasienter som ikke var tilstrekkelig undersøkt eller håndtert. Dette førte til at HoNOS-skårene kunne vise forverring, men må allikevel tolkes som at vi gjorde jobben vår. Her er vi ved et av kjernepunktene i å levere kvalitet: For å kunne gjøre det vi sier vi skal gjøre, må informasjonstilgangen være bred og systematisk.

Mangel på egnede datasystemer hemmet effektiv integrering og mer aktiv bruk av HoNOS-data. Dette er et gjennomgående problem i Norge og internasjonalt (Crawford et al., 2017; Milne et al., 2001; Ruud, 2010). Utregning av skårer eller aggregering av data i seksjonen måtte gjøres i et eget Excel-ark på kryptert minnepinne. For framtidig bruk må det etableres systemer der HoNOS er en integrert del av den kliniske driften ved at data kan visualiseres individuelt og i grupper og trekkes ut på seksjons- og avdelingsnivå uten dobbeltregistrering. SØHF tester nå ut bruk av MedInsight til dette formålet.

Erfaringer fra psykosebehandling

Pasientene på P3 var gjennomgående svært plaget, hadde lavt funksjonsnivå og var i de aller fleste tilfeller tvangsinnlagt. Populasjonen er blant de dårligste i SØHF sitt dekningsområde. Mange er gjengangere, og mange lever under dårlige kår utenfor sykehuset. Avdelingslederen ble på et tidspunkt overrasket over hvor lav gjennomsnittlig GAF de utskrevne pasientene hadde, noe som tydeliggjør hvilken utsatt situasjon mange pasienter befinner seg i.

Pasientene oppnådde bedring i løpet av innleggelsen. Overaktivitet, selvskading, psykose-symptomer og depresjon viste signifikante forbedringer, alle sentrale områder i behandling av psykose. Det gir en annen tyngde å kunne vise til grafer og tall (aktuarisk vurdering) enn å bare si at vi opplevde at det skjedde endringer (klinisk vurdering).

Noen områder viste ingen endring eller til og med forverring. Ingen signifikant endring ble vist for rus, kognisjon, relasjoner, ADL, boligforhold eller aktiviteter. Pasienter med alvorlige psykiske lidelser har flere og ofte mer alvorlige somatiske tilstander enn andre pasienter (Nilsen, 2019). Dette ble også tydelig i våre data. H5 Fysisk sykdom viste en forverring, og dette skyldtes ene og alene at flere somatiske problemer ble oppdaget og håndtert. At skalaer som H4 Kognisjon var uendret, viser til vedvarende svekkelser hos mange psykosepasienter, men vi ble stadig minnet på viktigheten av å vurdere kognitiv fungering. Summen av faktorer som ser ut til å endres og de som ikke endres i særlig grad, gjorde det mulig å spesifisere fokusområder for behandlingen.

OPPSUMMERING

Vi opplevde at HoNOS-vurderingene virket strukturerende på aktiviteten i seksjonen, men det gjenstår å bruke HoNOS-dataene mer aktivt i behandlingsforløpet. Her vil enkle visualiseringer være til stor hjelp. Det bør også undersøkes hvordan pasienten selv kan bidra i vurderingen, enten ved en selvutfyllingsversjon (etter vår kjennskap ikke oversatt til norsk) eller ved supplerende bruk av andre mål (Leach, 2005).

Innføring av HoNOS førte ikke til bedre samhandling mellom enheter i psykisk helsevern og kommunale tjenester, noe vi i utgangspunktet hadde håp om. HoNOS-skåringene ble lagt inn i epikriser for å forberede og forhåpent-



ligvis inspirere andre instanser til å bruke HoNOS. Her mener vi det ligger et stort potensial for bedre samarbeid og koordinering mellom instanser. I forlengelsen av dette kan man også tenke seg å bruke HoNOS-skårer for å vurdere hva som er passende behandlingsnivå for en gitt pasient (Bech et al., 2006). Det er også gjort enkelte studier hvor man knytter HoNOS-skårer til kostnader i behandling (Jansen et al., 2019; Twomey et al., 2016), noe som illustrerer en mulig nytteverdi for administrasjonen.

Oppsummert kan vi si at vi nådde mange av målene vi satte oss, men at de største utfor-

dringene ikke ligger i vurderingene i seg selv, men i de praktiske og administrative problemene som måtte håndteres. Dersom noen ønsker å implementere HoNOS for eksempel i pakkeforløp, vil vi anbefale å gjøre et solid forarbeid i organisasjonen. Milne og kolleger (2001) laget en implementeringsstrategi i åtte steg som kan anbefales. Dersom man ikke undervurderer hvilket endringsarbeid som må til, tror vi HoNOS kan være et svært nyttig verktøy for økt systematikk og kvalitet i pasientbehandling i psykisk helsevern i Norge. ✘

REFERANSER

- Bech, P., Bille, J., Schutze, T., Sondergaard, S., Waarst, S. & Wiese, M. (2003). Health of the Nation Outcome Scales (HoNOS): Implementability, subscale structure and responsiveness in the daily psychiatric hospital routine over the first 18 months. *Nordic Journal of Psychiatry*, 57(4), 285–290. <https://doi.org/10.1080/08039480310002156>
- Bech, P., Bille, J., Waarst, S., Wiese, M., Borberg, L., Treufeldt, P. & Kessing, L. (2006). Validity of HoNOS in identifying frequently hospitalized patients with ICD-10 mental disorders. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 113(6), 485–491. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.2005.00693.x>
- Buckingham, B., Burgess, P., Solomon, S., Pirkis, J. & Eagar, K. (1998). *Mental Health Classification and Service Costs Project*. Shane Solomon & Associates Pty Ltd.
- Crawford, M. J., Zoha, M., Macdonald, A. J. D. & Kingdon, D. (2017). Improving the quality of mental health services using patient outcome data: Making the most of HoNOS. *BJPsych Bulletin*, 41(3), 172–176. <https://doi.org/10.1192/pb.bp.116.054346>
- Ecob, R., Croudace, T. J., White, I. R., Evans, J. E., Harrison, G. L., Sharp, D. & Jones, P. B. (2004). Multilevel investigation of variation in HoNOS ratings by mental health professionals: A naturalistic study of consecutive referrals. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 13(3), 152–164. <https://doi.org/10.1002/mpr.171>
- Gigantesco, A., Picardi, A., Girolamo, G. de & Morosini, P. (2007). Discriminant Ability and Criterion Validity of the HoNOS in Italian Psychiatric Residential Facilities. *Psychopathology*, 40(2), 111–115. <https://doi.org/10.1159/000098491>

- Grove, W. M. & Meehl, P. E. (1996). Comparative efficiency of informal (subjective, impressionistic) and formal (mechanical, algorithmic) prediction procedures: The clinical–statistical controversy. *Psychology, Public Policy, and Law*, 2(2), 293–323. <https://doi.org/10.1037/1076-8971.2.2.293>
- Grove, W. M., Zald, D. H., Lebow, B. S., Snitz, B. E. & Nelson, C. (2000). Clinical versus mechanical prediction: A meta-analysis. *Psychological Assessment*, 12(1), 19–30. <https://doi.org/10.1037/1040-3590.12.1.19>
- Helsebiblioteket. (2020). *Skåringsverktøy*. <https://www.helsebiblioteket.no/psykisk-helse/skarings-verktoy>
- Helsedirektoratet. (2020, 4. april). *Pakkeforløp for utredning og behandling i psykisk helsevern, voksne*. <https://www.helsedirektoratet.no/pakkeforlop/psykiske-lidelser-voksne>
- James, M., Painter, J., Buckingham, B. & Stewart, M. W. (2018). A review and update of the Health of the Nation Outcome Scales (HoNOS). *BJPsych Bulletin*, 42(2), 63–68. <https://doi.org/10.1192/bjb.2017.17>
- Jansen, L., Hunnik, F., Busschbach, J. J. V. & Lijmer, J. G. (2019). Measuring outcomes on a Medical Psychiatric Unit: HoNOS, CANSAS and costs. *Psychiatry Research*, 280, 112526. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2019.112526>
- Jenkins, R. (1994). The Health of the Nation: Recent government policy and legislation. *Psychiatric Bulletin*, 18(6), 324–327. <https://doi.org/10.1192/pb.18.6.324>
- Leach, C. (2005). Assessing risk and emotional disturbance using the CORE-OM and HoNOS outcome measures at the interface between primary and secondary mental healthcare. *Psychiatric Bulletin*, 29, 419–422. <https://doi.org/10.1192/pb.29.11.419>
- Maddison, P., Marlee, A. L., Webb, D. E., Berry, A. D. I. & Whitelock, T. (2016). The subscale structure of the HoNOS in a forensic population: A framework for a currency and tariff outcome system in mental health. *The International Journal of Forensic Mental Health*, 15(4), 362–368. <https://doi.org/10.1080/14999013.2016.1208307>
- Milne, D., Reichelt, K. & Wood, E. (2001). Implementing HoNOS: An eight stage approach. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 8(2), 106–116. <https://doi.org/10.1002/cpp.252>
- Nilsen, T. M. (2019). *Alvorlig psykisk syke får ikke god nok behandling for somatiske sykdommer*. Hentet fra Legeforeningen.no, <https://www.legeforeningen.no/nyheter/2019/alvorlig-psykisk-syke-far-ikke-god-nok-behandling-for-somatiske-sykdommer/>
- Phuaphanprasert, B., Srisurapanont, M., Silpakit, C., Pannarunothai, S., Udomratn, P., Geater, A., & Prapaphom, P. (2007). Reliability and Validity of the Thai Version of the Health of the Nation Outcome Scales (HoNOS). *Journal of the Medical Association Thailand*, 90(11).
- Pirkis, J. E., Burgess, P. M., Kirk, P. K., Dodson, S., Coombs, T. J. & Williamson, M. K. (2005). A review of the psychometric properties of the Health of the Nation Outcome Scales (HoNOS) family of measures. *Health and Quality of Life Outcomes*, 3(1), 76. <https://doi.org/10.1186/1477-7525-3-76>
- Roe, D., Drake, R. E. & Slade, M. (2015). Routine outcome monitoring: An international endeavour. *International Review of Psychiatry*, 27(4), 257–260. <https://doi.org/10.3109/09540261.2015.1070552>
- Ruud, T. (2010). Outcome measurement in mental health services in Norway. I Thomas Trauer (red.), *Outcome Measurement in Mental Health: Theory and Practice*. Cambridge University Press.
- Ruud, T. (2015). Routine outcome measures in Norway: Only partly implemented. *International Review of Psychiatry*, 27(4), 338–344. <https://doi.org/10.3109/09540261.2015.1054268>
- Stedman, T., Yellowlees, P., Mellsop, G., Clarke, R. & Drake, S. (1997). *Measuring consumer outcomes in mental health: Field testing of selected measures of consumer outcome in mental health: (676532010-001)* [Data set]. American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/e676532010-001>
- Trauer, T. (1999). The subscale structure of the Health of the Nation Outcome Scales (HoNOS). *Journal of Mental Health*, 8(5), 499–509. <https://doi.org/10.1080/09638239917193>
- Trauer, T. (2010). *Outcome Measurement in Mental Health: Theory and Practice*. Cambridge University Press.
- Twomey, C., Prina, A. M., Baldwin, D. S., Das-Munshi, J., Kingdon, D., Koeser, L., Prince, M. J., Stewart, R., Tulloch, A. D. & Cieza, A. (2016). Utility of the Health of the Nation Outcome Scales (HoNOS) in Predicting Mental Health Service Costs for Patients with Common Mental Health Problems: Historical Cohort Study. *PLOS ONE*, 11(11), e0167103. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0167103>
- Wing, J. K., Beevor, A. S., Curtis, R. H., Park, S. G. B., Hadden, J. & Burns, A. (1998). Health of the Nation Outcome Scales (HoNOS): Research and development. *The British Journal of Psychiatry*, 172(1), 11–18. <https://doi.org/10.1192/bjp.172.1.11>
- Ægisdóttir, S., White, M. J., Spengler, P. M., Maugherman, A. S., Anderson, L. A., Cook, R. S., Nichols, C. N., Lampropoulos, G. K., Walker, B. S., Cohen, G. & Rush, J. D. (2006). The Meta-Analysis of Clinical Judgment Project: Fifty-Six Years of Accumulated Research on Clinical Versus Statistical Prediction. *The Counseling Psychologist*, 34(3), 341–382. <https://doi.org/10.1177/0011000005285875>

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 nestleder i fagetisk råd og arbeider som privatpraktiserende psykologspesialist ved Institutt for psykologisk rådgivning i Bergen

Hjelp, jeg er innkalt som vitne!

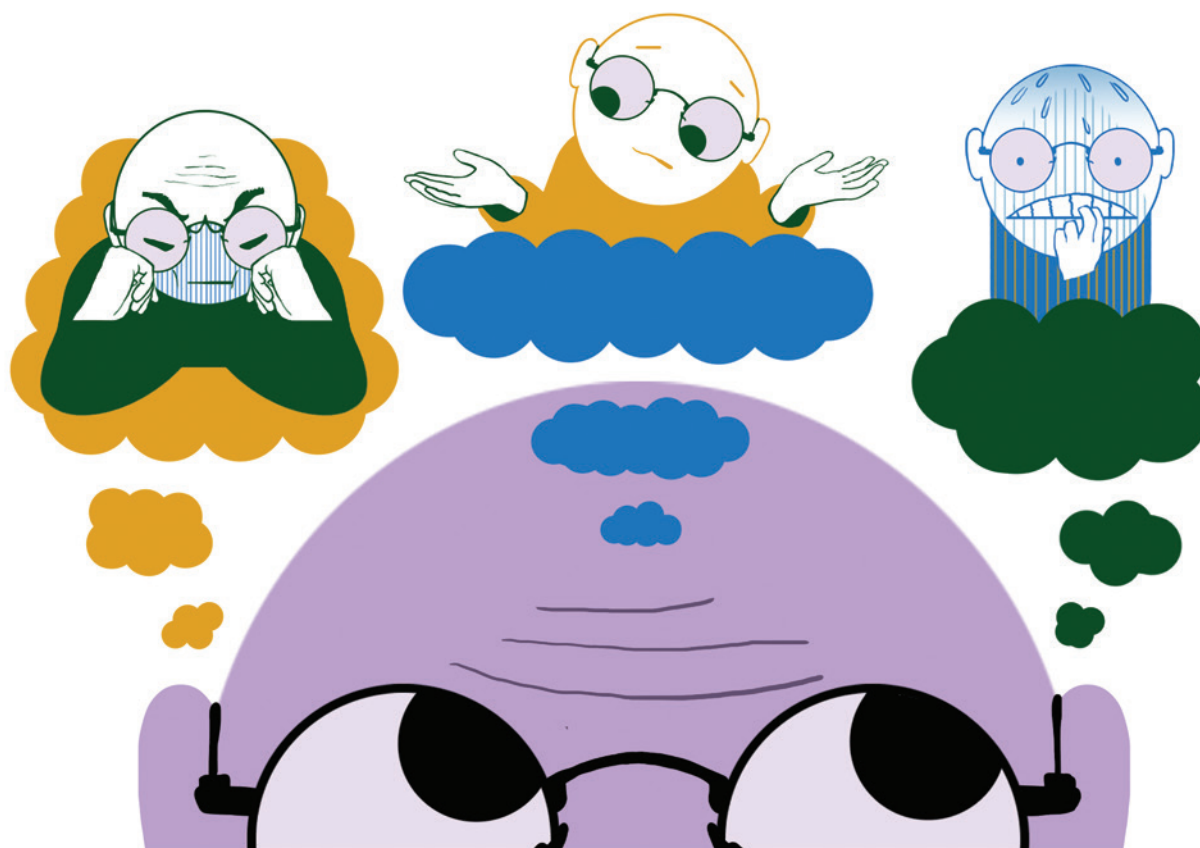
«**Tror du på alt pasientene dine sier?**» Spørsmålet fikk jeg av en av rettens aktører første gang jeg som klinisk psykolog var innkalt som vitne. Jeg forsøkte så godt det lot seg gjøre å forklare viktigheten av å ta utgangspunkt i pasientens historie og opplevelse for å kunne hjelpe, og satt igjen med en skikkelig kjip opplevelse. Jeg følte at jeg hadde rotet det til, men også at jeg hadde blitt ugreit behandlet. I veiledning tok jeg, lett indignert og med skamfølelsen lurende like over overflaten, opp det ubehagelige ved opplevelsen. «Du fikk et teit spørsmål, men så trakk du jo rett i salaten», sa den kloke og mer erfarne. Selv om det kjentes litt vondt den gangen, var det viktig lærdom, for den kloke og erfarne hadde jo et poeng. Jeg fikk kanskje et unødvendig spydig formulert spørsmål, men det var ikke der det hadde gått galt. Jeg skjønnte ikke den rettslige settingen godt nok, var ikke tilstrekkelig bevisst på hvilken informasjon som var relevant, og hvordan den ville bli brukt, og var vant til å bli lyttet til heller enn å bli utfordret på en såpass direkte måte. Jeg hadde behandlerrollen som referanseramme da jeg svarte på spørsmålet, men dette var ikke relevant for retten, som skulle vurdere om barnet som var min pasient, hadde opplevd overgrep i hjemmet.

De færreste psykologer unngår å bli innkalt som vitne i rettslige prosesser i løpet av karrieren, og det er ganske vanlig å reagere med beredskap og usikkerhet. Psykologer blir gjerne innkalt i barnevernssaker, foreldretvister, straffesaker, erstatningssaker og annet. Av flere grunner kan det være spesielt krevende å gå fra en hjelper-rolle til en vitne-rolle. Man kan kjenne ubehag ved å gi informasjon som ikke nødvendigvis går i pasientens favør, som kan skade relasjonen og gi pasienten en følelse av å bli sviktet av sin fortrolige støttespiller. Man kan også kjenne seg presset til å vurdere forhold som egentlig ikke ligger til rollen man har, men som rettens aktører er opptatt av. Man kan kjenne et ønske om å rette opp misforståelser eller urett som synes begått mot pasienten ute i verden, og være bekymret for at budskapet ikke skal nå fram. Samtidig kan det å tre ut av terapirommet og inn i rettssalen nesten oppleves som å komme til et frem-

med land, med annet språk, kultur og skikker. Man må navigere i ukjent landskap, mye står på spill, og settingen legger begrensninger for muligheten til refleksjon og drøfting underveis.

Etter hvert har rettssalen blitt et av mine daglige arbeidsrom. Jeg har blitt kjent med kulturen, språket og målsettingen med de rettslige prosessene, og kjenner meg trygg på egen rolle. Det har også blitt tydeligere for meg hvilke fagetiske dilemma jeg stadig vil stilles overfor, og hvordan disse kan håndteres. Min erfaring er at alle de fagetiske prinsippene er relevante når vi psykologer inntar vitneboksen.

Dersom jeg kunne skrudd tiden tilbake til mitt første vitnemål, hadde jeg mest sannsynlig raskere forholdt meg til at retten var opptatt av min pasients troverdighet, og informasjon som kunne underbygge eller utfordre riktigheten av det hun hadde fortalt. Jeg kunne reflektert rundt min *kompetanse og ansvar*, svart på det egentlige spørsmålet heller enn det som faktisk ble stilt, eller tydeliggjort et eventuelt manglende grunnlag til å svare. Jeg hadde raskere skjønnet at aktøren som fremstod som arrogant, bare gjorde jobben sin. Jeg ville hatt fokus på min egen *integritet, redelighet og tydelighet* og det å opptre *ærlig, upartisk og respektfullt* overfor både pasienten og rettens aktører. Dersom dette var en sak der pasienten var voksen og skulle frita meg for taushetsplikt, hadde jeg



forberedt henne godt i forkant. Jeg ville med *respekt* for hennes *rettigheter, privatliv, selvbestemmelse, autonomi* og mulighet til å gi *informert samtykke* sagt hva jeg kunne risikere å bli spurt om, hva jeg da måtte svare, utforske hvordan dette kjentes for henne, og ved behov starte en reparasjonsprosess allerede da. Kanskje ville vi blitt enige om å involvere hennes advokat, som både kunne forberede meg på hva jeg måtte forvente å bli spurt om, og kanskje også gjøre en vurdering av hvor hensiktsmessig det var å føre meg som vitne. Jeg ville gått en grundig runde med meg selv for å avklare hvilken informasjon jeg satt med, og hva jeg grunnet *kompetansebegrensninger* ikke kunne uttale meg om. Var hun en voksen kvinne jeg møtte i individualterapi, kunne jeg ikke uttale meg om hennes evne til omsorg for barn eller hvor barna burde bo etter samlivsbrudd, dersom saken omhandlet dette. Hadde jeg ikke møtt hennes ekspartner, hadde jeg på ingen måte *kompetanse* til å uttale meg om denne, uavhengig av hvor troverdige beskrivelser pasienten hadde kommet med. Jeg ville ikke uttalt meg om diagnostiske kategorier eller mulighe-

ten for at pasienten for eksempel kunne utøve vold, uten å faktisk ha vurdert dette. Jeg kunne likevel lagt fram informasjon som kunne tenkes å være relevant, men vært åpen om eventuell usikkerhet og tvil. Uansett hvor mye urett pasienten min hadde møtt i sitt liv, og hvilke følelser dette vekket i meg, ville det være mitt ansvar å være bevisst på egen rolle, behov og vurderinger, slik at jeg ikke kom i *rollekonflikt* grunnet *redusert profesjonell distanse*.

Den umiddelbare skamfølelsen over mitt første vitnemål har etter hvert blitt erstattet av en noe rausere forståelse av den uvante og krevende situasjonen jeg stod i den gangen. Sett utenfra gjorde jeg nok ingen dramatiske feil, og det gikk mest sannsynlig bra for pasienten. Dersom jeg skulle gitt et råd til meg selv den gangen, ville det nok være å få veiledning fra den kloke og erfarne i forkant av vitnemålet. Da kunne jeg nytt godt av den unike systemkompetansen han hadde, kanskje vært bedre forberedt på hvilke faglige og fagetiske dilemma jeg kunne møte, og kanskje også hatt det litt lettere neste gang jeg ble innkalt. ✕

”

Jeg hadde behandlerrollen som referanseramme da jeg svarte på spørsmålet, men dette var ikke relevant for retten

Meninger



DEBATT

Data rekende på ei fjøl?

Det er godt nytt at en ny metode er med i diskusjonen om hvorvidt den er bedre enn det beste vi har av traumespesifikke behandlingsmetoder.



TEKST Ivar Goksøyr,
psykologspesialist
og forsker

MDMA-ASSISTERT TERAPI

TAKK TIL HALVORSEN og Bækkelund for deres kritikk av «overselging» av MDMA-assistert terapi (MAP) for posttraumatisk stresslidelse (PTSD) i oktoberutgaven. I mangelen på direkte sammenlignende studier kan vi ikke konkludere med terapeutisk overlegenhet i noen retning. Vi må ha mer data – til folket.

Presis fagformidling er viktig, men pasientene våre er ikke så opptatt av hvordan vi fagfolk med rette og urette arresterer hverandre og krangler om hvilken metode som er best, og om hvilke prinsipper vi burde følge. Pasientene er opptatt av å få nytt håp og hjelp til å komme tilbake til livet. Slik sett er detaljene som vi diskuterer her, underordnet de store linjene i diskusjonen om MDMA-assistert terapi.

UNDERSELGING

Halvorsen og Bækkelund har flere relevante poeng. Men på noen viktige punkter ender deres kritikk av overselging i motsatt grøft. Det er fort gjort på et felt som lenge har vært preget både av devaluering og idealisering, størrelser som gjerne inviterer hverandre.

Relevante svakheter ved MAP-studiene trekkes frem, uten at styrkene nevnes. Ufullstendig blinding med dertil forventningseffekter i MAP-studiene kritiseres. Dernest sammenlignes resultatene med psykoterapistudier som i sin helhet mangler blinding. De robuste langtidseffektene er uansett neppe et resultat av forventningseffekter.

Særlig diskutabel synes påstanden om at det ikke er grunnlag for å si at MAP hjelper pasienter uten utbytte fra eksisterende kunnskapsbasert psykologisk behandling for PTSD.

Samlet fra fase 2- og 3-studien har ca. 35–40 % forsøkt gullstandard-behandlinger, og ytterligere 38–65 % har forsøkt ikke nærmere definert CBT. Det er sannsynlig at en betydelig andel var nettopp *traumefokusert* CBT. Også *ikke-traumefokusert* CBT er en kunnskapsbasert PTSD-behandling med høy effektstørrelse og med bare noe dårligere resultat på gruppenivå enn traumefokusert CBT. I en nyere meta-analyse er overlappen i resultat såpass stor at det endog konkluderes med «ingen bevis for forskjell» (Lewis et al., 2020).

TALLENES TALE

Om vi bryter opp tallene til enkeltstudier, oppgir for eksempel Ot'alara og medarbeidere (2018) at hele 78,3 % hadde forsøkt minst en av gullstandard-terapiene EMDR, kognitiv prosesseringsterapi eller forlenget eksponeringsterapi. I Mithoefer og medarbeidere (2018) hadde 35 % forsøkt gullstandard, mens hele 92 % hadde forsøkt CBT ikke nærmere definert. Disse to studiene kan skilte med rater for tap av diagnose ved ett års langtidsoppfølging på henholdsvis 76 og 67 %.

To av studiene oppgir gjennomsnittlig tidligere behandlingens lengde på ca. 5 og 8 år (Mithoefer et al., 2011; Oehen et al., 2013). I tillegg til



IKKE VITE Artikkelforfatter Ivar Goksøyr (avbildet) skriver at Halvorsen og Bækkelunds sitt innlegg er en fin påminner om at vi må sette opp flere studier hvis vi skal få mer kunnskap om hvilken metode som virker best for hvem. I mellomtiden får vi øve oss på å ikke vite, lytte til hverandre og forene krefter til det beste for de vi er satt til å tjene. Foto: Nora Skjerdingsstad

overnevnte hadde *mange* forsøkt gruppeterapi, psykodynamisk terapi, medikamenter og andre terapimetoder.

Er det rimelig å si at data viser at MAP hjelper pasienter som ikke har blitt hjulpet av eksisterende kunnskapsbasert behandling? Selv om kvaliteten på tidligere behandling ikke er målt?

VI VIL NÅ FLERE

Man kan snu på det og si at det ville vært en slags sensasjon om en behandling med såpass gode resultater ikke skulle hjelpe *noen* akkurat i den undergruppen som tidligere har fått gullstandardbehandling.

I denne diskusjonen er også frafallsrater viktige. Frafallsratene i eksisterende kunnskapsbaserte behandlingsstudier varierer, men ser ut til å være rundt tre ganger så høye som i MDMA-studiene. Ulike oversiktsartikler angir frafallsrater for eksisterende behandlingsformer på 18–36, 22, 25, 26 og opptil 47 %. MAP-studiene ligger på 8 %. Det er vanskelig å sammenligne på tvers av ulike studier, men trenden synes å være klar: Med MDMA-assistert terapi som nytt punkt på terapimenyen vil vi kunne nå flere!

Dette er imidlertid ikke nødvendigvis så spesielt for MAP. De fleste metoder vil kunne virke unikt effektivt for noen. Nettopp derfor er det

så viktig å fremelske nyvinninger. Vi trenger en palett av ulike metoder som kan virke for ulike mennesker på ulike måter og på ulike stadier i deres helingsprosess. Det er innsatsen vi gjør samlet som fag, som betyr noe.

KOMORBIDITET INGEN HINDRING

Halvorsen og Bækkelund viser til en metastudie av formelle inklusjons- og eksklusjonskriterier i PTSD-studier og trekker i tvil om MDMA-studiene egentlig har større komorbiditetsgrad enn andre PTSD-studier. Bisson og kolleger skriver i sin Cochrane review fra 2013 at *majoriteten* av PTSD-studiene ikke inkluderte personer med blant annet komorbide ruslidelser og psykiatriske diagnoser med dertil begrensninger i generaliserbarhet til mer komplekse presentasjoner.

Det kan være forskjell på formelle eksklusjons- og inklusjonskriterier og karakteristika »



Frafallratene i eksisterende kunnskapsbaserte behandlingsstudier varierer, men ser ut til å være rundt tre ganger så høye som i MDMA-studiene

ved deltakere som faktisk innrulleres i studier. Det ser dessuten ut til at mange PTSD-studier ikke rapporterer komorbiditet. Det kan også være at Cochrane-oppsummeringen er utdatert. MAP-studiene er ikke de eneste med gode resultater også for komplekse presentasjoner, men de befinner seg nok i den komplekse enden av skalaen. Det er positivt, om enn ikke unikt.

KRONIKERE KOM FREM

Halvorsen og Bækkelund trekker også i tvil om pasientene i MDMA-studiene egentlig er mer kronifiserte enn i andre studier. De viser til to studier med sammenlignbar kronisitetsgrad, der den ene (Oprel et al., 2021) også har sammenlignbare effektstørrelser. Sammenligning av kontrollgruppe-kontrollerte effektstørrelser på tvers av disse studiene kompliseres for øvrig av at kontrollbetingelsene kanskje presterer ulikt. I MAP-studiene gis det omfattende manualbasert terapi fremfor ellers venteliste-kontroll eller treatment-as-usual. Den andre studien Halvorsen og Bækkelund refererer til (Schnurr et al., 2007), har betydelig lavere andel som mister diagnosen ved langtidsoppfølging (39% vs. 67%). I tillegg kommer betydelig høyere frafallrater i begge disse studiene sammenlignet med MAP-studiene.

To tredjedeler av deltakerne i MAP-studiene mister diagnosen ved langtidsoppfølging (Jerome et al., 2020). Når i tillegg within-group-effektstørrelsene er på 2.1 (Mitchell et al., 2021) i såpass kronifiserte, komorbidetsutsatte og behandlingsresistente utvalg, med frafallrater på rundt 8 %, er dette neppe gjennomsnittlige resultater på traumefeltet. Derfor bør det være ok å fremheve dem som særlig interessante, om enn ikke unike.

HELHETLIG VIRKNING

MAP synes også relevant i et livskvalitetsperspektiv. Bessel van der Kolk uttaler endatil at MAP knapt bør ses som en spesifikk *traume*behandling, men heller som en behandling av *selvet* (Nødtvedt & Goksøyr, 2021). Kvalitative data viser globale endringer på en rekke områder utover reduksjon i PTSD-symptomer. Eksempler er økt empati og selvforståelse, forbedrede relasjoner og nærmiljøengasjement samt økt livskvalitet og motivasjon for videre terapi (Barone, 2019).

Videre ser man økning i big five-trekket åpenhet og nedgang i nevrotisme etter behandling (Wagner, 2017) og betydelig post-traumatisk vekst (Gorman et al., 2020). Oppnådde endringer vedvarer i stor grad, og halvparten rapporterer at de stadig fortsetter å utvikle seg (Jerome et al., 2020). Det er også gjort lovende, om enn omtrentlige, beregninger av kostnadseffektivitet (Marseille et al., 2020).

Samlet gir dette behandlingen klar relevans til tross for at den er mer ressurskrevende enn alternativene. Selv om kostnadseffektivitet er relevant, kan det også settes spørsmålstegn ved om det er ønskelig at alle behandlingsprotokoller skal ha et omfang på 8–16 timer. Protokoller med ulikt omfang kan passe for ulike subpopulasjoner.

MAP kan nok også kostnadseffektiviseres noe, det er neppe alle klienter som vil trenge to terapeuter til stede i alle økter. I tillegg finnes det en tradisjon for administrering av MAP i grupper (Passie, 2012, 2018; Stolaroff, 1997) men her også trenger vi mer kunnskap.

MULIGHETSROM

Halvorsen og Bækkelunds innlegg er en fin påminner om at vi må sette opp flere studier hvis vi skal få mer kunnskap om hvilken metode som

DEBATT OM MDMA-ASSISTERT TERAPI

Tidligere innlegg:

Nr. 11 – 2021 Ingen revolusjon ennå
(Joar Øveraas Halvorsen,
Harald Bækkelund)

virker best for hvem. I mellomtiden får vi øve oss på å ikke vite, lytte til hverandre og forene krefter til det beste for de vi er satt til å tjene.

Det er godt nytt for oss alle at en ny metode med en helt annerledes og tilsynelatende mer global virkningsprofil er med i diskusjonen om hvorvidt den er bedre enn det beste vi har av traumespesifikke behandlingsmetoder. Særlig for dem som har prøvd alt og fortsatt sliter. Kan MAP

gjøre en forskjell for dem som ikke responderer på standardprotokoller?

Mer data kommer ikke rekende på ei fjøl. Spesialistmiljøene rundt omkring i landet har her en ny mulighet til å gripe sitt ansvar for innovasjon. ✖

REFERANSER

- Barone, W., Beck, J., Mitsunaga-Whitten, M., & Perl, P. (2019). Perceived benefits of MDMA-assisted psychotherapy beyond symptom reduction: qualitative follow-up study of a clinical trial for individuals with treatment-resistant PTSD. *Journal of psychoactive drugs*, 51(2), 199–208.
- Bisson, J. I., Roberts, N. P., Andrew, M., Cooper, R., & Lewis, C. (2013). Psychological therapies for chronic post-traumatic stress disorder (PTSD) in adults. *Cochrane database of systematic reviews*, (12).
- Gorman, I., Belsler, A. B., Jerome, L., Hennigan, C., Shechet, B., Hamilton, S., ... & Feduccia, A. A. (2020). Posttraumatic growth after MDMA-assisted psychotherapy for posttraumatic stress disorder. *Journal of traumatic stress*, 33(2), 161–170.
- Jerome, L., Feduccia, A. A., Wang, J. B., Hamilton, S., Yazar-Klosinski, B., Emerson, A., ... & Doblin, R. (2020). Long-term follow-up outcomes of MDMA-assisted psychotherapy for treatment of PTSD: a longitudinal pooled analysis of six phase 2 trials. *Psychopharmacology*, 237, 2485–2497.
- Lewis, C., Roberts, N. P., Andrew, M., Starling, E., & Bisson, J. I. (2020). Psychological therapies for post-traumatic stress disorder in adults: systematic review and meta-analysis. *European journal of psychotraumatology*, 11(1), 1729633.
- Marseille, E., Kahn, J. G., Yazar-Klosinski, B., & Doblin, R. (2020). The cost-effectiveness of MDMA-assisted psychotherapy for the treatment of chronic, treatment-resistant PTSD. *PLoS one*, 15(10), e0239997.
- Mitchell, J. M., Bogenschutz, M., Lilienstein, A., Harrison, C., Kleiman, S., Parker-Guilbert, K., ... & Doblin, R. (2021). MDMA-assisted therapy for severe PTSD: a randomized, double-blind, placebo-controlled phase 3 study. *Nature Medicine*, 27(6), 1025–1033.
- Mithoefer, M. C., Wagner, M. T., Mithoefer, A. T., Jerome, L., & Doblin, R. (2011). The safety and efficacy of ± 3 , 4-methylenedioxymethamphetamine-assisted psychotherapy in subjects with chronic, treatment-resistant posttraumatic stress disorder: the first randomized controlled pilot study. *Journal of psychopharmacology*, 25(4), 439–452.
- Mithoefer, M. C., Mithoefer, A. T., Feduccia, A. A., Jerome, L., Wagner, M., Wymer, J., ... & Doblin, R. (2018). 3, 4-methylenedioxymethamphetamine (MDMA)-assisted psychotherapy for post-traumatic stress disorder in military veterans, firefighters, and police officers: a randomized, double-blind, dose-response, phase 2 clinical trial. *The Lancet Psychiatry*, 5(6), 486–497.
- Nødtvedt, Ø., & Goksøyr, I. (Verter). (21. august, 2021). Bessel van der Kolk on MDMA-assisted therapy for PTSD: More profound than anything else we have done [podcast episode]. Psykologvirke. <https://oslopsykologvirke.no/fagstoff/mdma-assisted-therapy-ptsd-bessel-van-der-kolk/>
- Oehen, P., Traber, R., Widmer, V., & Schnyder, U. (2013). A randomized, controlled pilot study of MDMA (± 3 , 4-Methylenedioxymethamphetamine)-assisted psychotherapy for treatment of resistant, chronic Post-Traumatic Stress Disorder (PTSD). *Journal of psychopharmacology*, 27(1), 40–52.
- Oprel, D. A., Hoeboer, C. M., Schoorl, M., Kleine, R. A. D., Cloitre, M., Wigard, I. G., ... & van der Does, W. (2021). Effect of Prolonged Exposure, intensified Prolonged Exposure and STAIR+ Prolonged Exposure in patients with PTSD related to childhood abuse: a randomized controlled trial. *European Journal of Psychotraumatology*, 12(1), 1851511.
- Ot'alora G, M., Grigsby, J., Poulter, B., Van Derveer III, J. W., Giron, S. G., Jerome, L., ... & Doblin, R. (2018). 3, 4-Methylenedioxymethamphetamine-assisted psychotherapy for treatment of chronic posttraumatic stress disorder: a randomized phase 2 controlled trial. *Journal of Psychopharmacology*, 32(12), 1295–1307.
- Passie, T. (2012). *Healing with entactogens: therapist and patient perspectives on MDMA-assisted group psychotherapy*. Multidisciplinary Association for Psychedelic Studies (MAPS).
- Passie, T. (2018). The early use of MDMA ('Ecstasy') in psychotherapy (1977–1985). *Drug Science, Policy and Law*, 4, 205032451876442.
- Schnurr, P. P., Friedman, M. J., Engel, C. C., Foa, E. B., Shea, M. T., Chow, B. K., ... & Bernardy, N. (2007). Cognitive behavioral therapy for posttraumatic stress disorder in women: A randomized controlled trial. *Jama*, 297(8), 820–830.
- Stolaroff, M. J. (1997). *The secret chief revealed: Conversations with a pioneer of the underground psychedelic therapy movement*. Multidisciplinary Association for Psychedelic Studies (MAPS).
- Wagner, M. T., Mithoefer, M. C., Mithoefer, A. T., MacAulay, R. K., Jerome, L., Yazar-Klosinski, B., & Doblin, R. (2017). The rapetive effect of increased openness: Investigating mechanism of action in MDMA-assisted psychotherapy. *Journal of Psychopharmacology*, 31(8), 967–974.



Faksimile av oktoberutgaven

Overdimensjonert kritikk av MDMA

Kritikken av MDMA-assistert psykoterapi virker overdimensjonert.

TEKST

Ramtin Daghighi, psykolog i privat praksis

MDMA-ASSISTERT TERAPI

I OKTOBERUTGAVEN AV Psykologtidsskriftet formidler Joar Halvorsen og Harald Bækkelund sine innvendinger mot forskningen på MDMA-assistert psykoterapi for PTSD. Jeg er i utgangspunktet enig i premissene som fremsettes i innledningsvis vedrørende klisjéen «revolusjonerende behandling». At mediene blåser opp helsevitenskapelige studier er dessverre en utbredt praksis (Schwitzer, 2008) – og ikke unntatt denne nye behandlingstilnærmingen.

Imidlertid var det den amerikanske helse-etaten FDA som betegnet MDMA som en «gjen-nombruddsterapi» for PTSD, fordi «kliniske bevis indikerer at den kan føre til omfattende bedring sammenlignet med allerede godkjente medikamenter for PTSD», og «fordi den har til

hensikt å behandle en alvorlig tilstand» (Mitchell, Coker, & Yazar-Klosinski, 2021).

Innlegget til Halvorsen og Bækkelund er fyl-dig og rommer mange beslektede tema. Det er særlig argumentene som er rettet mot å under-grave behandlingsresultatene fra de lovende fase-2 og fase-3 studiene, samt selve behandlings-metodikken per se, som jeg ønsker å adressere.

Forfatterne skriver i sitt innlegg at det fore-løpig ikke finnes forskning som sammenligner eksisterende kunnskapsbasert behandling med MDMA-assistert psykoterapi – noe som er kor-rekt. De hevder videre at foreliggende forsk-ning tyder på at MDMA-assistert psykoterapi har tilsvarende eller *dårligere effekt* enn eksis-terende psykologiske behandlingstilnærmin-



ger for PTSD. Samtidig unnlater de å rapportere hovedfunnene ved en solid statistisk metaanalyse de selv anvender som referanse – som tyder på det motsatte av det de hevder.

BEDRE EFFEKT

Amoroso og Workman (2016) fant nemlig at effekten ved MDMA-assistert psykoterapi var bedre enn den ved forlenget eksponeringsterapi, en terapiform som anses som gullstandard. Drop-out raten ved denne behandlingen var dessuten betydelig høyere enn pasienter som deltok i MDMA-assistert psykoterapi.

Drop-out raten av anbefalte psykologiske behandlinger for PTSD er generelt sett ansett for å være høy (Lewis, Roberts, Gibson, & Bisson, 2020), og særlig høy for veteraner, hvor over én av tre (38%) dropper ut av behandlingen (Goetter et al., 2015). Samtidig har selvmord tatt livet av fire ganger så mange amerikanske krigsveteraner siden 9/11 enn alle dødsfall forårsaket av tjenestegjørelse i Irak og Afghanistan (Suitt, 2021). En lovende tilnærming som kan hjelpe denne PTSD subgruppen i å fullføre behandling, bør derfor ikke ignoreres eller avvises på tynt grunnlag. Særlig ikke når behandlingen ser ut til å ha lavere drop-out rate og behandlingseffekten viser seg å vedvare over tid (Jerome et al., 2020).

Forfatterne forsøker videre å undergrave resultatene fra fase 2 og fase 3- studiene ved å hevde at svakheter i metodeutførelsen kan ha ført til at entusiastiske klinikere og pasienter kan ha betydelig «påvirket resultatene». For klarhetens skyld: Dette er ikke et unikt fenomen knyttet eksklusivt til MDMA-assistert psykoterapiforskning.

PÅVIRKER BEHANDLINGSEFFEKTER

Eksempelvis vet vi at fellesfaktorer kan tilskrives stor grad av behandlingseffekt ifølge omfattende psykoterapi-metaanalyser (Wampold, & Imel, 2015). En vesentlig mengde kunnskap tyder på at en forskers preferanse for en viss type behandling, påvirker psykoterapi-resultater (Luborsky, Singer, & Luborsky, 1975). Ved hjelp av metaanalyser har denne hypotesen vært gransket flere ganger, og det er funnet omfattende evidens for at dette er et utbredt fenomen i psykoterapiforskning (Berman, Miller, & Massman, 1985; Gaffan Tsoulos, & Kemp-Wheeler, 1995; Imel, Wampold, Miller & Fleming, 2008; Luborsky et al., 1999; Miller Wampold & Waherly, 2008; Mojtabai, Nicholson, & Carpenter 1998; Robinson, Berman & Neimeyer, 1990; Shadish et al., 1993; Smith, Glass, & Miller, 1980; Speilmans, Gatlin, & McFall, 2010). Med andre ord er allerede eksisterende evidensbaserte terapiformer ikke fri for, eller unntatt fra denne *potensielle* biasen. Placeboeffekten ser ut til å være like utbredt i psykofarmakologiske studier (Kirsch, 2017; Stahl & Greenberg, 2019).

Videre hevder forfatterne at siden pasientene var i stand til å gjette seg frem til hvilken behandlingsbetingelse de hadde blitt fordelt til, så kan «resultatene fra disse studiene derfor være betydelig påvirket av for eksempel forventningseffekter».

SVEKKER RELEVANSEN

Hva med eksisterende longitudinelle undersøkelser fra fase 2- studiene som tyder på at de lovende behandlingseffektene holder seg stabilt over tid? Kan forventningseffekter også forklare vedvarende robust effekt og PTSD-remisjon som holder seg over flere måneder? Hvis Halvorsen og Bækkelund antar dette, hva er da poenget med klinisk forskning som anven-



Deretter trekkes det en forhastet konklusjon om at de *ikke* har mottatt kognitiv atferdsterapi- eller kunnskapsbasert traumebehandling





Vi vet ennå ikke hva skjebnen til MDMA-assistert psykoterapi for PTSD vil bli

der kontrollgruppe med placebo-betingelser dersom placebogruppen kan «lures» til å få like god effekt som en aktiv behandling? Placebo-effekten har ikke en tendens til å vedvare i flere måneder etter kliniske forsøk på pasienter med tunge og langvarige psykiske eller fysiske helseproblemer. Det er nettopp derfor kontrollgrupper benyttes i klinisk forskning.

Longitudinelle undersøkelser av fase 2-studien tyder på at effekten av fullført MDMA-assistert psykoterapi for PTSD vedvarer i minst 12 måneder. I fase 3-studien fant man at den vedvarte 18 uker etter fullført behandling.

I både fase 2 og fase 3-studiene er det snakk om PTSD-pasienter med langvarig og alvorlig komorbid lidelse. Fremfor placebo- og forventnings-effekter som kan tilskrives effekten av behandlingen, er det mer nærliggende å forstå effekten av behandlingen ut ifra grunnforskningen og behandlingsrasjonale (bl.a. omtalt av Goksøyr og kolleger i fjorårets desemberutgave av *Psykologtidsskriftet*).

Videre, i et ytterligere forsøk på å svekke relevansen av behandlingsresultatene (noe som er gjennomgående i artikkelen), skriver forfatterne følgende om PTSD-pasientene i studiene: «I både fase 2-studiene og i fase 3-studien rapporteres det at en god del pasienter har mottatt kognitiv atferdsterapi (hhv. 65 % og 38 %), men det fremgår ikke om dette var traumefokusert kognitiv atferdsterapi.»

FORHASTET KONKLUSJON

Deretter trekkes det en forhastet konklusjon om at de *ikke* har mottatt kognitiv atferdsterapi- eller kunnskapsbasert traumebehandling. Dette er ikke en opplysning som fremkommer i forskningsartikkelen (eller forskningsprotokollen) som de kritiserer, men en antagelse som de forutsetter uten å bekrefte om det faktisk stemmer. Halvorsen og Bækkelund skriver følgende: «Når bare et mindretall av pasientene som inngår i de kliniske studiene på MDMA-assistert psykoterapi, har mottatt traumefokusert kunnskapsbasert behandling for PTSD, er det høyst usikkert om de kan sies å ha vært «behandlingsresistente».

Forfatterne fremhever at det ikke finnes en klar definisjon eller konsensus på 'behandlingsresistent' PTSD. Pasientene i den siste studien (fase 3-studien) er imidlertid ikke omtalt eller definert som behandlingsresistente med et eneste ord. Jeg undres over hva slags psykologisk behandling forfatterne antar at disse kroniske PTSD-pasientene tidligere har mottatt (dersom den ikke var traumefokusert)?

I hvilken hypotetisk situasjon mottar man en psykologisk behandling for *noe annet* enn det man faktisk er plaget av når man oppsøker psykolog, eller blir henvist til psykisk helsevern? Pasientene i studiene hadde i gjennomsnitt 14 og 18 år med PTSD. Hva mener artikkelforfatterne de tidligere mottok behandling for? Det er urimelig å anta at de ikke har mottatt behandling for traumer dersom de tidligere har mottatt psykologisk behandling.

Skepsis til nye behandlingsmetoder er sunt. Men kritikken som fremsettes, virker overdimensjonert. Den fremstår dessverre stort sett som en rekke sofistiske gjendrivelsler. Dersom de samme innvendingene hadde blitt brukt mot allerede eksisterende psykoterapi tilnærminger som en slags lakmustest, ville vi stått igjen med få til ingen kliniske verktøy i behandlingsrommet. Vi vet ennå ikke hva skjebnen til MDMA-assistert psykoterapi for PTSD vil bli. Men de foreløpige dataene fra studiene er lovende og nyter relativt høy vitenskapelig standard sammenlignet med øvrig klinisk psykoterapi og psykofarmakologisk behandlingsforskning. La oss ønske potensielle fremskritt i faget velkommen. ✕

REFERANSER:

- Amoroso, T., & Workman, M. (2016). Treating posttraumatic stress disorder with MDMA-assisted psychotherapy: A preliminary meta-analysis and comparison to prolonged exposure therapy. *Journal of Psychopharmacology*, 30(7), 595–600. <https://doi.org/10.1177/0269881116642542>
- Berman, J.S., Miller, R., & Massman, P.J. (1985). Cognitive therapy versus systematic desensitization: Is one treatment superior? *Psychological Bulletin*, 97, 451461. doi:10.1037/0033-2909.97.3.451.
- Gaffan, E.A., Tsaousis, I., & Kemp-Wheeler, S.M. (1995). Researcher allegiance and meta-analysis: The case of cognitive therapy for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63, 966980. doi:10.1037/0022-006X.63.6.966.
- Goetter, E. M., Bui, E., Ojserkis, R. A., Zakarian, R. J., Brendel, R. W., & Simon, N. M. (2015). A systematic review of dropout from psychotherapy for posttraumatic stress disorder among Iraq and Afghanistan combat veterans. *Journal of Traumatic Stress*, 28(5), 401–409.
- Goksøyr, I., Kvam T. M. Lund-Høie S., & Stewart L. (2020). Sikkerhet og effekt av 3,4-metylendioksymetamfetamin (MDMA)-assistert psykoterapi ved posttraumatisk stresslidelse (PTSD) – En systematisk litteraturgjennomgang. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*. Vol. 57, nummer 12, 2020, side 886–897.
- Imel, Z.E., Wampold, B.E., Miller, S.D., & Fleming, R.R. (2008). Distinctions without a difference: Direct comparisons of psychotherapies for alcohol use disorders. *Psychology of Addictive Behaviors*, 22, 533543. doi:10.1037/a0013171.
- Jerome, L., Feduccia, A. A., Wang, J. B., Hamilton, S., Yazar-Klosinski, B., Emerson, A., Mithoefer, M. C., & Doblin, R. (2020). Long-term follow-up outcomes of MDMA-assisted psychotherapy for treatment of PTSD: a longitudinal pooled analysis of six phase 2 trials. *Psychopharmacology*. doi:10.1007/s00213-020-05548-2
- Kirsch, I. (2017). Response Expectancy and the Response to Antidepressant Medication. *Commentary*. Vol. 25, p.13. *The Lancet*.
- Lewis, C., Roberts, N.P., Gibson, S., & Bisson, J. I. (2020). Dropout from psychological therapies for post-traumatic stress disorder (PTSD) in adults: systematic review and meta-analysis. *European Journal of Psychotraumatology*, 11(1), 1709709–. doi:10.1080/20008198.2019.1709709
- Luborsky, L., Diger, L., Seligman, D.A., Rosenthal, R., Krause, E.D., Johnson, S., & Schweizer, E. (1999). The researcher's own therapy allegiances: A "wild card" in comparisons of treatment efficacy. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 6, 95106. doi:10.1093/clipsy.6.1.95.
- Luborsky, L., Singer, B., & Luborsky, L. (1975). Comparative studies of psychotherapies: Is it true that "Everyone has won and all must have prizes"? *Archives of General Psychiatry*, 32, 9951008.
- Miller, S., Wampold, B.E., & Varhely, K. (2008). Direct comparisons of treatment modalities for youth disorders: A meta-analysis. *Psychotherapy Research*, 18, 514. doi:10.1080/10503300701472131
- Mitchell J.M., Bogenschutz M, Lilienstein A, Harrison C, Kleiman S, Parker-Guilbert K, Ot'alora G.M., Garas W, Paleos C, Gorman I, Nicholas C, Mithoefer M., Carlin S., Poulter B., Mithoefer A., Quevedo S., Wells G., Klaire S.S., van der Kolk B., Tzarfaty K., Amiaz R., Worthy R., Shannon S., Woolley J.D., Marta C., Gelfand Y., Hapke E., Amar S., Wal-lach Y., Brown R., Hamilton S., Wang J.B., Coker A., Matthews R., de Boer A., Yazar-Klosinski B., Emerson A., Doblin R., (2021) MDMA-assisted therapy for severe PTSD: a randomized, double-blind, placebo-controlled phase 3 study. *Nature Medicine*.
- Mitchell J. M., Coker, A., & Yazar-Klosinski B. (2021). Reply to caution at psychiatry's psychedelic frontier and Challenges with benchmarking of MDMA-assisted psychotherapy. *Matters Arising*. *Nature Medicine*. <https://doi.org/10.1038/s41591-021-01526-z>
- Mojtabai, R., Nicholson, R.A., & Carpenter, B.N. (1998). Role of psychosocial treatments in management of schizophrenia: A meta-analytic review of controlled outcome studies. *Schizophrenia Bulletin*, 24, 569587. Retrieved from <http://schizophreniabulletin.oxfordjournals.org>.
- Robinson, L.A., Berman, J.S., & Neimeyer, R.A. (1990). Psychotherapy for the treatment of depression: A comprehensive review of controlled outcome research. *Psychological Bulletin*, 108, 3049. doi:10.1037/0033-2909.108.1.30.
- Shadish, W.R., Montgomery, L.M., Wilson, P., Wilson, M.R., Bright, I., & Okwumbua, T. (1993). Effects of family and marital psychotherapies: A meta-analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, 9921002. doi:10.1037/0022-006X.61.6.992.
- Smith, M.L., Glass, G.V., & Miller, T.I. (1980). *The benefits of psychotherapy*. Baltimore, MD: Johns Hopkins University Press.
- Spielmanns, G.I., Gatlin, E.T., & McFall, J.P. (2010). The efficacy of evidence-based psychotherapies versus usual care for youths: Controlling confounds in a meta-reanalysis. *Psychotherapy Research*, 20, 234246. doi: 10.1080/10503300903311293.
- Schwitzer, G. (2008). How Do US Journalists Cover Treatments, Tests, Products, and Procedures? An Evaluation of 500 Stories. *PLoS Medicine*, 5(5), e95.
- Stahl S. M., & Greenberg G. D. (2019). Placebo response rate is ruining drug development in psychiatry: why is this happening and what can we do about it? *Acta Psychiatrica Scandinavia*. Vol. 133. Issue 2. P. 105–107.
- Suitt, T. H. (2021). High Suicide Rates among United States Service Members and Veterans of the Post 9/11 Wars. A cost of war series. Boston University.
- Wampold B., & Imel, Z.E. (2015). *The great psychotherapy debate: The evidence for what makes psychotherapy work*. 2nd edition. Routledge Member of the Taylor Publishing.



John Thomson 20

«Det er ikke farlig å ha vondt»

Jeg tror helsetjenesten er på feil kurs med så utstrakt bruk av enkle kognitive intervensjoner i kronisk smerterehabilitering.

JEG HAR VÆRT på vandring som pasient i helsetjenesten i ti år etter at en hjerne- og ryggmargsbetennelse satte meg helt ut av spill. Kroppen har siden da gitt meg daglig bank i et svingende forløp. Mine dager har derfor store kontraster, fra dager hvor jeg har så sterke smerter at jeg ikke engang kan sitte i en rullestol, til dager hvor jeg går på fjelltur eller presenterer forskning på internasjonale konferanser. Midt mellom disse kontrastene er livet mitt – i konstant rehabilitering, fordi jeg alltid vil ta friheten tilbake. Mine livsroller innebærer like store kontraster. På den ene siden erfarer jeg den sårbare pasientrollen. På den andre siden er jeg forsker og psykolog, som prøver å forstå hvordan helsetjenesten kan skape trygge innleggelser.

Som psykolog er jeg godt kjent med at smerte er en subjektiv opplevelse. Vi skiller mellom den fysiske smerten og den kognitive fortolkningen av smerten. Måten vi fortolker smerten på, påvirker hvordan smerten oppleves. Kognitiv terapi anvendes derfor i fysikalske rehabiliteringsinstitusjoner for å arbeide med pasientens tanker rundt smerter. Som pasient erfarer jeg at kognitiv terapi ofte implementeres stykkevis og delt i smerterehabilitering. Jeg stiller derfor spørsmålet: Kan en slik kognitiv tilnærming også påføre pasienten skade?

ENDRINGSARBEID UTEN ARBEIDSALLIANSE
«Det er ikke farlig å ha vondt, dere må ikke være redde for å bevege dere», sier sykepleieren til

pasientgruppen. Jeg sitter i kantina i timevis for å støtte en gråtende medpasient etter denne pasientundervisningen om kronisk smertehåndtering. La oss kalle henne Katrine. Hun har en systemisk bindevevssykdom, som har satt i gang en kaskade med alvorlige helseproblemer og sykdom i flere organsystemer. Etter hvert som kroppen gjennomgår den ene krisen etter den andre, blir hun stadig overført til nye avdelinger. Etter flere måneder med innleggelser blir hun overført til et rehabiliteringssykehus. Første møte med rehabiliteringen er oppmøte i undervisning. Det Katrine hører når sykepleieren snakker, er at de ikke tar smertene hennes på alvor; hun må bare gjøre mer. Hun er allerede på randen etter å ha presset seg langt med smerter. Hun kjenner at hun har vansker med å ha tillit til at helsepersonell er i stand til å hjelpe henne på denne avdelingen.

Det å ha tillit er fundamentalt for pasientens opplevelse av trygghet i helsetjenesten. Å ha tillit innebærer at vi stoler på at den andre handler i beste hensikt for å hjelpe oss, som gjør at vi åpner opp for endring og den andres perspektiver. Tillit og arbeidsallianse mellom pasient og behandler anses som grunnleggende for endringsarbeid i psykisk helsevern og kognitiv terapi.

Flere ganger erfarer jeg at en times undervisning om kognitiv terapi og smerte blir brukt som eneste intervensjon for å lære pasienter om smertehåndtering. Katrines pasienterfaringer illustrerer risikoen når en enkeltinterven-



TEKST Siv Hilde Berg, pasient og psykolog med doktorgrad innen pasientsikkerhet

ILLUSTRASJON
Hilde Thomsen

**SMERTE-
BEHANDLING**



sjon, slik som pasientundervisning, plukkes ut fra den helhetlige rammen i kognitiv terapi. Uten arbeidsalliansen, empatien og individtilpasningen kan helsepersonell risikere å trække feil, og i en enveis undervisningssituasjon er en spesielt utsatt for å gjøre nettopp det.

Uten å møte pasienten som et likeverdig menneske med nysgjerrighet, respekt og empati oppnår ikke en kognitiv terapeut endringer i behandlingen. Flere ganger har jeg lurt på om dette anses som like grunnleggende i kronisk smerterehabilitering.

ANTAKELSEN OM LIKE FEILTOLKNINGER

«Så du jogger ikke? Det er ingen grunner til at du ikke kan jogge», svarer legen i smerterehabiliteringen når jeg forteller at jeg driver med orienterings-«løp» i skogen. Han fortsetter å lete etter bevis på at det er noe jeg unngår i hverdagen, som opprettholder smerte. Men han har knapt kjent meg i syv minutter, har enda ikke spurt meg hva jeg trenger hjelp til, hvilke smerter jeg plages med, hva jeg selv gjør for å mestre smerter, og han har allerede plassert meg i en forhåndsbestemt kategori: bevegelsesfrykten.

Det kan virke som en del helsepersonell tror at *alle* pasienter med kroniske smerter har bevegelsesfrykt, og at deres primære mål må være å overbevise pasienten om å utfordre aktivitetene som trigger smertene. I kognitiv tilnærming antas det at ulike feiltolkninger av smerte kan bidra til å opprettholde kronisk smerte. Én feiltolkning er å tenke at smerten tyder på at noe er alvorlig galt – altså katastrofetenkning. Bevegelsesfrykt er en annen feiltolkning av at aktiviteter som trigger smerte, må unngås. Bevegelsesfrykt gir en stadig innskrenkning i smertepasientens frihet, som også spiller dårlig på lag med nevroplasticiteten og kroppens muligheter til å gradvis avlære automatiske smertereaksjoner.

Men det er også kjent at noen pasienter mestrer smerter på en annen måte. I motsetning til bevegelsesfrykt har noen pasienter en tendens til å ignorere smerte og signaler om at kroppen trenger hvile. Dette gir overbelastning fordi det ikke tas hensyn til den totale belastningen. Jeg kjenner meg igjen i dette mønsteret. Det er reguleringen av aktivitet som hjelper meg i dårlige perioder. Da hjelper det lite å høre at jeg burde gjort mer.

I kognitiv terapi skal behandlingen skredersys til den enkelte ved å undersøke pasi-

entens opplevelse av problemet, og hvordan den enkelte tenker, føler og handler. Sammen blir behandler og pasient enige om mål for behandlingen før endringsarbeidet settes i gang. I rehabiliteringsinstitusjoner erfarer jeg ofte at problemformuleringen sammen med pasienten fases ut og erstattes med spørreskjemaer. Et skjema er ikke er i stand til å romme noe så unikt som den enkeltes tanker, følelser og ulikhet.

PSYKOLOGISERINGENS INNTOG

«Vi opererer ikke med diagnoser her», sier legen på rehabiliteringsinstitusjonen når jeg nevner diagnosen jeg har fått. Han forklarer at diagnoser gjør at folk fortolker smertene som farlige.

Det er kjent at det å oppleve kroppen som uopprettelig skadet fører katastrofetanker. Det gjør oss redde og åpner smerteporten. Et eksempel på dette er alle katastrofetankene som vekkes av å lese MR-beskrivelse om degenerative forandringer i rygg, uten å ha kjennskap til at det er naturlig med slitasje i bein og ledd, og at slike MR-funn oftest ikke har sammenheng med smerten.

Men ifølge kognitiv terapi er det *meningen* en tillegger informasjonen, som er av betydning for smerteopplevelsen, ikke å ha en diagnose i seg selv. Diagnoser kan ha ulik mening for ulike mennesker. For meg var det først da jeg fikk riktig diagnose om en underliggende genetisk bindevevssykdom, at det gikk mer stabilt fremover. Diagnosen er for meg en kilde til informasjon om hva jeg bør gjøre og ikke gjøre i behandling, og det gir meg en økt opplevelse av håndterbarhet og kontroll. Denne informasjonen er positiv for smertehåndteringen fordi jeg opplever at jeg blir myndiggjort til å ta bedre og mer informerte valg.

I psykisk helsevern bekymrer jeg og mine kollegaer oss ofte over den økende *patologiseringen* av pasientene. I det overveldende fokuset på diagnostisering og risikovurdering frykter vi ofte at fokuset på pasienten som et helt menneske går tapt. I møte med fysikalske rehabiliteringsinstitusjoner har jeg derimot begynt å bekymre meg for den økende *psykologiseringen*; at diagnosens hensikt i å gi informasjon om prognose og kurs i behandlingen har måttet vike for et ensidig fokus på å endre subjektive smerteopplevelser.

Jeg minnes den formidable støtten jeg fikk når jeg padlet kajakk under et rehabiliterings-

opphold. Det som var viktig for meg, var å få legehjelp til bivirkninger av legemidler som trigget nervesmerter. Personalet var overbevist om at kajakkpadling i den positive opplevelsens ånd var løsningen. Det var ingen som heiet på meg de dagene jeg ikke kunne sitte etter kajakkturen. Jeg kom hjem uten legehjelp og uten samtaler om smerte i en to ukers smerterehabilitering. En kan lure på om den kognitive tilnærmingen har ført til at helsepersonell unngår å snakke om smerte i smertebehandling, i frykt for å påvirke smerteopplevelsen negativt.

I forsøket på å endre pasientens fokus fra sykdom og smerte til muligheter er en vanlig fallgrube å ensidig lytte til det *friske* pasienten formidler, og lukke ørene når pasienten formidler *smerte*. Pasientopplevelser knyttet til slike møter i psykiatrien beskriver følelser av håpløshet og skam, og tilliten til helsepersonell svekkes. Slike opplevelser skaper barrierer for endringsarbeid.

Selvsagt er lystbetonte aktiviteter viktig, men ensidig fokus på å tenke positivt og gjøre hyggelige ting oppleves krenkende når helt elementære grunnleggende fysiologiske behov for akutt smertelindring, trygghet, søvn og ernæring ikke er ivaretatt. Pasienten må først møtes der pasienten er, før blikket kan løftes.

KAN FEIL IMPLEMENTERING GJØRE SKADE?

Jeg stiller meg ofte spørsmål om den fragmenterte implementeringen av kognitiv terapi i fysikalske rehabiliteringsinstitusjoner kan risikere å påføre pasienten skade. Å anse pasientens erfaringer og følelser som ikke viktige er en form for *invalidisering*. Stadige møter med invalidisering gjør noe med mennesker. Et invalidiserende miljø over tid kan påføre skade fordi det reduserer pasientens evne til å regulere egne følelser og atferd.

Det å møte pasienten som et meningsbærende individ, som selv kan definere sitt problem, anses også som sentralt i smerterehabilitering. Ved å ikke ta seg tid til *empowerment* kan det danne grobunn for mistillit mellom pasienter og helsepersonell, noe som kan hindre endringsprosessen. Er det ikke nettopp egenregulering og myndiggjøring som er avgjørende i håndtering av kronisk smerte? ✕



I møte med fysikalske rehabiliteringsinstitusjoner har jeg begynt å bekymre meg for den økende *psykologiseringen*

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.

Unik mulighet med obligatorisk mekling

Obligatorisk mekling gir en unik mulighet til å fange opp foreldreadferd som ellers vil gå under radaren i behandlingsapparatet.



TEKST

Grethe Nordhelle,
psykolog og advokat

OBLIGATORISK MEKLING



... de som utfører psykisk mishandling, benytter seg av manipulasjon som ikke blir avslørt

I **TIDSSKRIFTET NR.9/21** evaluerer Dittmann, Larsen og Holt familievernets differensieringsverktøy i foreldremekling. All forskning med søkelys på psykisk vold er viktig og nødvendig. Funnene i undersøkelsen stemmer overens med min kritikk av ordningen allerede før den trådte i kraft (Nordhelle, G., 2016). En screeningprosess i forkant av mekling vil ikke kunne avdekke mye av den alvorlige psykiske volden som skjer på subtile måter i det skjulte.

Min erfaring som mekler i nesten 30 år, kombinert med erfaringer fra min terapeutiske hverdag med overhyppighet av klienter som har vært utsatt for psykisk vold, har lært meg mye om dette temaet. For det første er de fleste ofre redde for å si noe om psykisk vold uten å være i tillitsfulle omgivelser. Et skjema inngir ikke denne tilliten. Ei heller fellessamtaler med overgriper til stede.

For det andre er det mange som mangler bevissthet om at de er utsatt for psykisk vold. Det kan ta tid i en terapeutisk prosess før offeret får tillitt, og deretter blir klar over hva som faktisk har skjedd. Har voldsutøveren lyktes i sine strategier, tror offeret på voldsutøverens presentasjon av hennes (eller hans) udugelighet, eller i det minste er forvirret på hva som er virkeligheten. Det er alvorlig å gjennomføre mekling i slike saker, der offeret ikke blir sett og forstått i meklingsprosessen og overgriper blir trodd. Mye av årsaken til dette er at de som utfører psykisk mishandling, benytter seg av manipulasjon som ikke blir avslørt (Nordhelle,

G., 2009). Det minste man kan gjøre i slike saker i forsøk på å avdekke noe, er å ha separate samtaler med offer og overgriper. Da må først offeret få tillitt til mekleren som benytter seg av terapeutisk kompetanse som tilnærming. En slik avdekking er vanligvis ikke gjort i løpet av en time. Vi undervurderer dessverre fortsatt hva som skjer når mekler blir utsatt for manipulasjon som del av psykisk mishandling. I min terapeutiske praksis har jeg dessverre mange saker der offeret har hatt en meget belastende erfaring i meklingsprosessen fordi overgriper har virket overbevisende i sin presentasjon av konflikten. Her må en ny runde til for hvordan man kan håndtere på en langt grundigere måte screeningen i saker der det er mistanke om psykisk vold. Det kan ikke avdekkes ved hjelp av skjemaer, men med et erfarent klinisk blikk.

Ikke minst for barns skyld er det viktig at det brukes mer tid på slike saker. Gjennom obligatorisk mekling er det en unik mulighet til å fange opp foreldreadferd som er svært belastende for barn, som ellers vil gå under radaren i behandlingsapparatet. ✕

LITTERATUR

Nordhelle, G. (2016). Høykonflikt – utvidet forståelse og håndtering via mekling. Universitetsforlaget
Nordhelle, G. (2009) Manipulasjon; forståelse og håndtering. Gyldendal akademisk

Medisinfrie tilbuds rolle i psykisk helsevern

For at medisinfrie enheter skal gi mening, må man forstå bakgrunnen for behovet.

I PSYKOLOGTIDSSKRIFTETS novembernummer tar Jan Ivar Røssberg til orde for at debatten om medisinfri behandling først og fremst burde handle om hvordan vi kan forbedre psykososiale behandlingsmetoder og samtidig begrense feil- og overmedisinering. Vi slutter oss til at dette er et viktig overordnet fokus. Røssberg kritiserer videre begrepet medisinfri, slik han har gjort i flere innlegg. Røssbergs erfaring er at pasienter på direkte spørsmål forteller at de hverken er overtalt eller tvunget til å ta medisiner. Dette stemmer sikkert i mange tilfeller, men her er erfaringene delte, og vi tror dette er noe av kilden til kontroversene omkring medisinfri behandling. For at medisinfrie enheter skal gi mening, må man forstå bakgrunnen for behovet. I vår studie av folks grunner for å ønske seg et medisinfritt behandlingstilbud (Standal et al., 2021) oppgir halvparten at grunnen er erfaringer med press om å bruke medisiner i ordinære tilbud, og over 60 % oppgir opplevd press eller mangel på alternativer som grunn. Drøye 15 % angir å ikke ha blitt respektert for ønsket om å ikke bruke medisiner i behandling siste halvår før innleggelsen. Dette er personer som er i frivillig behandling, og intervjubeskrivelser tegner et bilde av et betydelig uformelt press i situasjoner der pasienter skal ha valgmuligheter med hensyn til medisiner. De ønsker seg et tilbud der de er trygge på at fokuset er et annet. Navnet «medisinfritt» signaliserer dette. For å forbedre psykososiale behandlingstilbud kan medisinfrie enheter spille en rolle som spydspiss for bruk av samvalg på dette området. ✕

Med dette innlegget anser vi debatten om medisinfri behandling som avsluttet i denne omgang.

REFERANSE

Standal, K., Solbakken, O.A., Rugkåsa, J., Martinsen, A.R., Halvorsen, M.S., Abbass, A., & Heiervang, K.S. (2021). Why Service Users Choose Medication-Free Psychiatric Treatment: A Mixed-Method Study of User Accounts. *Patient preference and adherence*, 15, 1647–1660. doi:<https://doi.org/10.2147/PPA.S308151>

TEKST Kari Standal, psykologspesialist, ph.d.-kandidat Ahus, DPS Nedre Romerike
Kristin Sverdvik Heiervang, seniorforsker, ph.d., psykolog Ahus og FOU-avdelingen, UiO

MEDISINFRI BEHANDLING

DEBATT OM MEDISINFRI BEHANDLING

Tidligere innlegg:

- Nr. 11 - 2021** Hva medisinfrie tilbud er og ikke er (Jan Ivar Røssberg)
- Nr. 10 - 2021** Medisinfri behandling fra innsiden (Anders Wenneberg)
- Nr. 09 - 2021** Pasienterfaringer uten medisiner (anonym)
- Nr. 09 - 2021** Optimal behandling må bygge på tillit (Jan Ivar Røssberg)
- Nr. 08 - 2021** Kravet om medisinfri behandling er et brukeropprør (Anders Skuterud)
- Nr. 07 - 2021** En debatt om alt og ingenting (Jan Ivar Røssberg)
- Nr. 07 - 2021** Retten til medisinfri behandling (Mikael Julius Sømhovd, Aina Fraas-Johansen)
- Nr. 06 - 2021** Forskning først, behandling etterpå (Jone Bjørnstad, Wenche ten Velden Hegelstad)
- Nr. 06 - 2021** Lar brukernes rettigheter komme i annen rekke (Mikael Julius Sømhovd, Aina Fraas-Johansen)

ISTDP-debatten angår oss alle

Eg håpar vi kan bruke ISTDP-debatten som springbrett til å snakke om usikkerheita vi kjenner på som psykologar, og kva vi gjer med den.



TEKST Signe Hjelen Stige, førsteamanuensis, Institutt for klinisk psykologi (UiB)

ISTDP

DET HAR VORE med interesse eg har følgd debatten om ISTDP som Camilla Flaaten sette i gang med sitt innlegg i juni-utgåva i år. Eg har følgd den med eit utanfråblikk på ISTDP som metode. Eg er sjølv sagt prega av jobben min på Institutt for klinisk psykologi ved UiB og av engasjementet mitt for terapeutopplæring. Men eg tenker ISTDP-debatten angår oss alle.

Nokre aspekt av debatten handlar meir om ISTDP som metode enn psykoterapi generelt, som Popovac sitt innspel om komplementering av angstmodellen som ligg til grunn for ISTDP. Men debatten aktualiserer også viktige, generelle ting, som balansen mellom å vite og ikkje vite, og korleis vi som psykologar forhold oss til vår eiga usikkerheit. Eg trur difor denne debatten kunne ha blitt utløynt av kva som helst av bona-fide-terapiformene vi har. Eg har difor i aukande grad blitt fascinert av kor stille alle andre sit i båten. Eg håpar difor at vi også nyttar høvet til å løfte blikket utover ISTDP og diskutere nokre viktige problemstillingar som eg tenker det er på tide å løfte fram att i lyset.

VI TRENG MODELLAR

Ingeborg Lishaugen valde modig å dele spesialistoppgåva si som innspel i debatten Flaaten initierte. Då vart interessa mi, kanskje ikkje uventa gitt konteksten eg skildra over, dratt mot skildringa av opplevinga av å vere nyutdanna psykolog, og korleis modellar også gir psykologar ein måte å handtere usikkerheit på. Interesse mi blir dratt mot dette fordi usikkerheit må vere ein del av klinisk arbeid. Vi kan ikkje eliminere usikkerheit og samtidig utøve godt psykologfagleg arbeid. Samtidig kan vi ikkje bli handlingslamme i møtet med usikkerheita. Vi må ha fotfeste, og vi må ha noko å navigere etter, som psykoterapiforskinga viser. Vi treng difor modellar.

Samtidig er faget vårt ekstremt komplekst, og det finns få svar med to strekar under. Eg

hugsar framleis forundringa over dei tydelege kulturforskjellane eg observerte mellom psykologstudentane og medisinstudentane då vi hadde medisinsk psykologi saman på 2. semester. Der vi psykologistudentane allereie var byrja å bli sosialisert inn i ei tenking som understreka kompleksitet og tentative svar, hadde medisinstudentane i mykje større grad oppleving av at dei kunne komme fram til svar dei kunne feste lit til. Eg ser ikkje dette som noko negativt, men heller at det speglar av forskjellar i type fenomen og problemstillingar ein står overfor i somatikken versus i psykisk helsevern. Samtidig stiller det større krav til å handtere usikkerheit og tole å ikkje vite.

DEFINISJONSMAKT

Om ein tek inn kva vi er forventta å handtere etter fullført psykologutdanning, er det på mange måtar ganske heftig. Psykoterapi er eit relasjonsintensivt arbeid, der møtet mellom meg som psykolog og klienten, menneskemøtet, er det berande. Når eg går inn i ein klientsamtale, veit eg ikkje kva som kjem til å skje – og eg må vere budd på å integrere eit bredt tilfang av kunnskap, inkludert kunnskap om korleis klienten opplever sin situasjon og preferansar i terapi, for å gjere gode, kliniske val. Samtidig må eg ha tilstrekkeleg frigitt kapasitet til å vere til stades her og no og møte klienten som menneske. Eg er difor utruleg glad for at vi i Norge har ei seksårig integrert profesjonsutdanning som gjev oss tilgang til eit bredt tilfang av psykologfagleg kunnskap og moglegheit til å øve oss på kliniske kjerneferdigheiter under rettleiing gjennom utdanninga.

Som psykologar forvaltar vi ei enorm definisjonsmakt, som Flaaten minner oss på. Takka vere systematisk fagpolitisk arbeid over tid har vi ei rolle i helsevesenet som kunnige, som ekspertar på behandling av psykiske helsepla-



SPRINGBRETT Eg håpar difor at vi også nyttar høvet til å løfte blikket utover ISTDP og diskutere nokre viktige problemstillingar som eg tenker det er på tide å løfte fram att i lyset, skriver artikkelforfattaren. Foto: Everett Collection / Shutterstock / NTB

ger. Dette gir oss ein posisjon til å kunne påverke og bruke faget vårt til beste for klientane vi møter. Men det forpliktar også, og eg trur at det kan gjere det vanskelegare å ikkje ha tydelege og raske svar. Eg tenker difor at posisjonen vi har fått i samfunnet og helsevesenet, også potensielt kan dra i motsett retning av ein ikkje-vite-modus som vi treng å beherske og romme, og gi plass for at terapi skal bli eit fruktbart samarbeidsprosjekt tilpassa den enkelte klienten. Eg håpar difor at vi kan bruke ISTDP-debatten som springbrett til å snakke om usikkerheita vi kjenner på som psykologar, og kva vi gjer med den. Korleis vi kan skilje mellom god og naudsynt audmjuke og usikkerheit som vi treng for å gjere jobben vår godt, og lammande, vond usikkerheit som hindrar oss i å vere til stades med klienten og open for det som skjer.

VEKSELVERKNAD

Eg håpar vi kan snakke om korleis vi reduserer usikkerheit – og moglege fordeler og ulemper med desse måtane, og korleis desse prosessane heng saman med forventningar knytt til rolla vi har i samfunnet, forventningar frå myndigheiter og arbeidsgivar og forventningar frå klientane våre. Eg håpar difor vi kan få ein vekselverknad mellom debatten Akiha Ottesen Berg trakk opp i februarutgåva, der ho aktualiserer utvikling i organiseringa og styringa av psykisk helsevern og korleis dette påverkar klinisk autonomi og tenking, og debatten kring måtar å handtere usikkerheit på og modellar si hjelpsame og mindre hjelpsame rolle i dette. ✕



... denne debatten kunne ha blitt utløyst av kva som helst av bona-fide-terapiformene vi har

DEBATT OM ISTDP

Tidligere innlegg:

- Nr. 11 – 2021** Behov for en mer fullstendig angstteori (Zemir Popovac)
- Nr. 11 – 2021** Spisskompetanse, ikke omnipotens (Annette Wolf El-Agroudi)
- Nr. 10 – 2021** Intensive Short-term Dynamic Psychotherapy – Methods, Evidence, Indications and Limitations (Allan Abbass)
- Nr. 09 – 2021** Jeg var en omnipotent ISTDP-terapeut (Ingeborg S. Lishaugen)
- Nr. 08 – 2021** Faren ved tolkende intervensjoner (Heidi Gjerde)
- Nr. 07 – 2021** Bekymringsmelding om ISTDP mottatt (Filip Myhre)
- Nr. 06 – 2021** Ett år med ISTDP – en bekymringsmelding (Camilla Bärthel Flaaten)



TIDSSKRIFTETS RYGGRAD Å styre Psykologtidsskriftet ovenfra, slik det ligger an til nå, gir et inntrykk av at Psykologforeningen og kanskje også sjefredaktøren har glemt at det er medlemmene som eier Psykologtidsskriftet, skriver artikkelforfatterne. Foto: Nora Skjerdingsstad

Tidsskriftets ryggrad og hjerte

Det skjer for tiden store endringer i Psykologtidsskriftet. Vi er bekymret både for prosessen og resultatet.



TEKST Ida Holth* og Peder Kjøs, tidligere redaktører i Psykologtidsskriftet

PSYKOLOG-TIDSSKRIFTETS REDAKSJONELLE PROFIL

DEN 8. NOVEMBER kunne vi lese på Psykologisk.no at to av tre journalister i redaksjonen til tidsskriftet nå mister jobben. Én annen stilling skal endres fra «redaksjonssjef» til «produksjonsansvarlig». Endringene innebærer at journaliststaben kuttes fra tre til én. Sjefredaktøren har ikke begrunnet oppsigelsene. I stedet er det Psykologforeningens president som uttaler kort at det er nødvendig med «mindre journalistikk og mer fagkompetanse», og vi forstår det slik at tidsskriftet nå skal rigges for vitenskapelig publisering, og at journalistiske sjangre skal tones kraftig ned. Det kan virke som om «fag» og «journalistikk» settes opp mot hverandre, og at begrepet «fag» først og fremst handler om publisering av originale vitenskapelige artikler. Vi spør oss: Innskrenkes nå psykologenes ytringsrom i tidsskriftet til fordel for spesialiserte vitenskapelige artikler? Ønsker leserne disse endringene, og er de realistiske? Vi reagerer på måten gode, erfarne kolleger behandles på i denne prosessen, folk som gjennom en

årrekke har lagt seg i selen for tidsskriftet. Vi er videre bekymret for konsekvensene av endringene vi nå ser. Vi lurar på om Psykologforeningen og sjefredaktøren er i ferd med å kaste et kjært barn ut med badevannet.

VIKTIG UTVIKLINGSARBEID

Det er flott at foreningen som eier ønsker å bidra til akademisk publisering på norsk, og vi forstår behovet for å styrke den psykologfaglige kompetansen i redaksjonen. Vitenskapelig publisering er ressurskrevende, og det ligger et omfattende utviklingsarbeid framfor redaksjonen i å profesjonalisere kvalitetskontrollen og publiseringsrutinene for å nå opp til etablerte standarder. Det som imidlertid er mindre forståelig, er kursendringen sett i lys av sentralstyrets forsikringer om at leserne skulle få i pose og sekk. I mai 2020 lovet sentralstyret at de ville «beholde den gode, uavhengige journalistikken og samtidig øke den faglige tyngden» (Sentralstyret, 2020).

* Interessekonflikt: Ida Holth søkte på stillingen som sjefredaktør i 2020.

Både psykologer og Psykologforeningen har måttet tåle kritikk fra sitt eget tidsskrift de siste årene, og vi vet at det har vært negative reaksjoner på enkelte saker. Kanskje er dette en del av bakgrunnen for kursendringen vi nå ser. Nå er det jo sånn at noen av pressens oppgaver omfatter nettopp kritikk, og slik bør det være, også når dette innebærer at journalistikken av og til bommer. Vi er redde for at den nye formålsparagrafen og profilen gjenspeiler en uvilje hos foreningen knyttet til undersøkende journalistikk. I verste fall vil nedprioriteringen av journalistikken kunne svekke foreningsdemokratiet.

For dem som ikke er helt oppdatert: Bakgrunnen for dagens endringer er sentralstyrets revisjon av Psykologtidsskriftets formålsparagraf, en prosess som ledet til at daværende sjefredaktør Bjørnar Olsen gikk av. I tillegg til å «formidle kunnskap, debatter og informasjon av relevans for psykologers praksis og psykologifagets utvikling» gjennom blant annet debatt, fagformidling og journalistikk, skulle nå de fagfelleverderte vitenskapelige artiklene «*utgjøre ryggraden i Psykologtidsskriftet*» (vår utheving). Så vidt vi vet, ble det ikke utredet hva en satsning på tidsskriftet som vitenskapelig publiseringskanal ville innebære, noe som kanskje har blitt mer omfattende enn det ledelsen hadde forventet.

MANGLER AKADEMISK KONTEKST

Psykologtidsskriftet har publisert mange gode originalartikler som har et bredt nedslagsfelt og belyser norske forhold, men det er tvilsomt om det er ønskelig eller mulig for tidsskriftet å bli en fullverdig vitenskapelig publiseringsplattform. Satsingen tar ikke tilstrekkelig høyde for den bredere akademiske konteksten en utgivelse som Psykologtidsskriftet eksisterer innenfor. Forskningspublisering i dag foregår i all hovedsak internasjonalt og på engelsk. Norge er et lite land, kompetansemiljøene er små, og psykologi er et internasjonalt fag. Skal du bygge deg en karriere som forsker, må du publisere internasjonalt og bryne deg i de internasjonale fagmiljøene. Slik ståa er i dag, renner det ikke inn med aktuelle originalartikler til redaksjonen. Nå kan det selvfølgelig hende at det grundige og nødvendige arbeidet som nå legges ned i å rigge tidsskriftet for å raskere kvalitetssikre og publisere vitenskapelige artikler, gjør det mer attraktivt for forskere å publisere. Men selv om det legges inn innsats for å styrke publiseringsprosessen i tidsskriftet, er det lite sannsynlig at Psykologtidsskriftet blir et toppvalg for forskere, gitt måten akademia er organisert på.

Som tidligere redaktører er vi selvfølgelig opptatt av at Psykologtidsskriftet skal være en kanal for ny kunnskap. Den tiden vi jobbet i redaksjonen, la vi grunnsteinene for sjangeren evidensbasert praksis, som er en praksisnær, poenggivende sjanger, tett på den hverdagen psykologer arbeider i. Hovedpoenget, slik vi ser det, bør imidlertid ikke være om en artikkel er original eller ei, men at den er leservennlig, solid og tankevekkende. I stedet for å ønske seg flere fagfelleverderte originalpublikasjoner, burde foreningen og redaktøren videreutvikle tidsskriftets rolle innenfor *fagformidling*. Vi tror det ofte er mer interessant for en kliniker å få en oppsummering av den viktigste forskningen innenfor sitt felt enn å lese en originalartikkel om et smalere tema. Originalartikler er krevende lesning, ofte med mange tekniske detaljer, og artiklene retter seg gjerne til andre forskere. Hvis poenget med artikkelen for eksempel var å bidra til å validere et nytt instrument, vil ikke artikkelen nødvendigvis være nevneverdig nyttig for den gjengse psykolog. En god oppsummering av



Sjefredaktøren har ikke begrunnet oppsigelsene. I stedet er det Psykologforeningens president som uttaler kort at det er nødvendig med «mindre journalistikk og mer fagkompetanse»





Ønsker leserne disse endringene, og er de realistiske?

Harald Janson et al.: «Journalisten formidler det som blir sagt, tilsynelatende uten å stille kritiske motspørsmål eller utøve kildekritikk.» Les debattinnlegget på side 1068

vesentlig forskning på dette instrumentet, eller et intervju med forskeren om tematikken, er derimot stoff en psykologleser vil ha mer utbytte av.

JA, TAKK, BEGGE DELER

Det er i denne fagformidlingen også journalistene har en sentral rolle. Journalistene bidrar til å gjøre forskning tilgjengelig, presentere nye ideer og aktuelle debatter i fagfeltet gjennom intervjuer, reportasjer og nyhetsaker. Tidsskriftet er en allmenn publikasjon, som når ut til psykologer, hovedsakelig praktikere, på mange forskjellige arbeidsteder med ulike behov. Så vel som å drive fagformidling jobber journalistene i Psykologtidsskriftet med å sette aktuelle fagpolitiske temaer under debatt. Journalistene har laget en rekke saker de siste årene om fagforeningspolitikk og psykisk helsefeltet, saker som angår norske psykologer i deres arbeidshverdag. Kvalitetsjournalistikk er som god vitenskap opptatt av å avdekke sannheter. Det er altså ingen motsetning mellom fri journalistikk og fri forskningsformidling. Sammen skaper de to kulturene et livlig og aktuelt tidsskrift.

Vi er bekymret for om kursendringen til tidsskriftet vil ramme yringskulturen blant psykologer. Psykologstanden er tjent med å ta kritikk av fagforeningspolitikk eller debatt om helsepolitikk i det åpne. Når sjefredaktøren og foreningen nå kvitter seg med mye journalistkompetanse, risikerer de å overlate en del av debatten og de kritiske perspektivene til sosiale medier. Når stillingskravene endrer seg fra «redaksjonssjef» til «produksjonsansvarlig», svekkes videre kvalitetssikringen av det som er igjen av journalistiske sjangre. Journalister er ikke feilfrie, men redaksjonelt ansatte som følger journalistisk yrkesetikk, vil nødvendigvis levere arbeid av en annen kvalitet enn de som ikke har journalistisk utdanning.

DET LESERNE FORTJENER

Å styre Psykologtidsskriftet ovenfra, slik det ligger an til nå, gir et inntrykk av at Psykologforeningen og kanskje også sjefredaktøren har glemt at det er medlemmene som eier Psykologtidsskriftet. Leserne trenger og fortjener et fritt og relevant tidsskrift med et mangfold av sjangre, ikke et overstyrt meldingsblad som legitimerer sin eksistens ved å fylle sidene med forskningsartikler som nødvendigvis ofte vil være lite relevante for de fleste. Nå må sjefredaktøren komme på banen og redegjøre for kursendringen. Hvorfor mister journalister jobben på kort varsel? Hvorfor er det presidenten som uttaler seg i spørsmål som redaktøren burde svare på? Har foreningen i praksis overtatt redaktøransvaret? ✕

REFERANSER:

- Sentralstyret i Norsk psykologforening (3. mai, 2020). *Tidsskrift for Norsk psykologforening*. Vi vil styrke Psykologtidsskriftet. <https://psykologtidsskriftet.no/debatt/2020/05/vi-vil-styrke-psykologtidsskriftet>
- Sørøy, A. (9. november, 2021). Psykologisk.no. Psykologtidsskriftet skifter retning: Samtlige journalister risikerer å miste jobben. <https://psykologisk.no/2021/11/psykologtidsskriftet-skifter-retning-samtlig-journalister-risikerer-a-miste-jobben/>



Faksimile av oktoberutgaven

Hva med litt ydmykhet?

Jeg hadde forventet litt mer ydmykhet fra BET-behandlere når eks-BET-pasienter forteller at behandlingen ikke var bra for dem.

ERFARINGENE SOM JEG beskriver i «En behandlingsform som påførte meg lidelse», er fra BET-seksjonen på Blakstad sykehus. Dette er den seksjonen som utviklet Basal eksponeringsterapi (BET), og som promoteres som ekte BET. Forfatterne av «Ikke forenelig med behandlingsmodellen» jobber på denne seksjonen. Så hvis ikke de engang tilbyr behandling som er «forenelig med behandlingsmodellen», må man kunne stille spørsmål om noen i det hele tatt tilbyr BET-behandling som er forenelig med BET-behandlingsmodellen!

Jeg beskriver i artikkelen mine egne erfaringer, men jeg har kjennskap til mange flere som har vært på BET, som opplever at behandlingen ikke har vært bra for dem. Selv har jeg måttet kjempe hardt for å få tilbake god nok oppfølging etter BET. Mange eks-BET-pasienter har ikke krefter til å kjempe slik som jeg, og får dermed ikke god nok hjelp fordi BET-behandlerne har lagt føringer for videre hjelp etter BET-behandlingen. Jeg ønsker meg litt

mer ydmykhet fra BET-behandlere overfor BET-pasienter som sier at BET ikke var bra for dem. Pasientene fortjener å bli lyttet til og tatt på alvor. Jeg håper svaret fra BET-seksjonen kan tolkes som et signal om akkurat det. ❌



TEKST Solveig H.H. Kjus, medforsker ved Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid (NAPHA)

BASAL EKSPONERINGS-TERAPI

DEBATT OM BET

Tidligere innlegg:

Nr. 10 - 2021 Ikke forenelig med behandlingsmodellen (Didrik Heggdal, Peggy Lilleby, Jørgen Strand)

Nr. 10 - 2021 En behandlingsform som påførte meg lidelse (Solveig H.H. Kjus)

Ubalansert om Rorschach i Psykologtidsskriftet

I reportasjen «Evidens eller eminense for Rorschach» gjør Psykologtidsskriftet seg selv til talerør for usaklige og feilaktige påstander.



TEKST Harald Janson¹, Ellen Hartmann², Marianne Opaas³, Peder Nørbech⁴, Gudrun S. Tanum Håan⁵ og Kari Troland⁶

RORSCHACH

¹ ph.d., psykolog, forsker ved Nasjonalt utviklingscenter for barn og unge

² professor emeritus (UiO), psykologspesialist

³ ph.d., psykologspesialist, forsker ved Nasjonalt kompetansesenter om vold og traumatisk stress

⁴ ph.d.-kandidat, psykologspesialist, sjefpsykolog, Barne- og familieetaten, Oslo kommune

⁵ psykolog, tidligere leder i Testpolitisk utvalg

⁶ psykologspesialist

I OKTOBERNUMMERET av Psykologtidsskriftet betoner sjefredaktør Katharine Cecilie Williams tidsskriftets ambisjon om klart å skille mellom meninger og fakta, og ønsket om å være en åpen og balansert debattarena. Det er prisverdige idealer, ikke minst i disse tider med debattpolarisering og alternative virkeligheter.

Mener redaktøren at tidsskriftet lever opp til de samme idealene i sin egen journalistikk? I samme nummer intervjuer journalist Øystein Helmikstøl blant andre psykologene Rolf Marvin Bøe Lindgren og Kjetil Fjell. De er ikke begeistret for Rorschach-metoden. Journalisten formidler det som blir sagt, tilsynelatende uten å stille kritiske spørsmål eller utøve kildekritikk. Han gjør dermed tidsskriftet til talerør for flere usaklige og feilaktige påstander, som alt i alt forsterker Grønnerøds (2021) observasjon at ellers oppegående fagfolk mister gangsynet i møte med Rorschach-metoden.

GRUNNLØS PÅSTAND

Påstandene hadde vært lett å identifisere som meninger dersom de ble fremført som debattinnlegg, men i en reportasje blir det langt mer uklart om de er ment å leses som nyheter, fakta eller meninger. Vi spør om det er et godt journalistisk prosjekt å oppkonstruere motsetninger innenfor eget fagmiljø ved aktivt å søke etter og ukritisk gi rom for usaklige og polariserende påstander, og bruker denne anledningen til å korrigere de viktigste av disse.

Påstanden om at de som bruker Rorschach-metoden, ikke forholder seg til alminnelig anerkjente vitenskapelige begreper, er grunnløs. Rorschach-forskning og bruk av Rorschach-funn i for eksempel utredninger er underkastet samme metode- og rapporteringskrav som annen metodikk. Testprosedyre og koding er fullstendig og transparent beskrevet i manualer. Den sentrale evidensen for validiteten til Rorschach-variabler består av empiriske undersøkelser om samsvar mellom variabler og kriterier publisert i vitenskapelige tidsskrifter.

MISTENKELIGGJØRING

En av de intervjuede mener at en kan se bort fra forskeren Joni Mihuras publikasjoner, fordi hun skulle ha økonomiske interesser i Rorschach-metoden. Opphavspersoner til test og testmaterieell har et eierskap til sine verk som er beskyttet i åndsverkslov og opphavsrett, og som vårt fag ønsker å slå vakt om (Helmikstøl, 2021). Opphavspersonene forventes samtidig å forske på metodene og formidle kunnskap om dem.

Vi antar for eksempel at Costa og McCrae, opphavsmennene til NEO-PI, mottar royalty, men stoler likevel på at de er vitenskapelig redelige som forskere når de fortsetter å publisere funn relatert til den samme testen. Det kan ikke gjelde andre vurderingskriterier for redeligheten til opphavspersoner til et Rorschach-system. Mihuras største bidrag til Rorschach-litteraturen er en omfattende metaanalyse som

er detaljert, transparent og etterprøvbart rapportert i APA-flaggskipet *Psychological Bulletin* etter en eksepsjonelt inngående fagfellevurderingsprosess (Mihura et al., 2013). Resultatene står seg etter inngående gransking i en hard og åpen debatt (Wood et al., 2015; Mihura et al., 2015). Blankt å avfeie slike funn ved å insinuere vitenskapelig uredelighet motivert av økonomiske interesser er et overtramp som ikke hører hjemme i en balansert fremstilling i et fagtidsskrift.

SELEKTIV OG OVERFLADISK

En av psykologene viser til «all forskning jeg har lest». Her hadde det vært betimelig med noen følgespørsmål fra journalisten om hva vedkommende egentlig hadde lest. En annen kilde hevdet bombastisk et feilaktig standpunkt ut fra å ha feillest kun abstract av en artikkel, noe journalisten lett kunne ha konstatert, men lar bli stående.

«What's wrong with the Rorschach» (Wood et al., 2011) blir sitert av en kilde, uten å ta med at Wood og medarbeidere i debatten som fulgte etter Mihuras metaanalyse, gikk tilbake på sin kritikk og erkjente at Rorschach-variabler er reliable og valide til bestemte formål (Wood et al., 2015). Også på dette punktet hadde journalisten kunnet balansere fremstillingen ved å utøve kildekritikk.

Journalisten har lest på Wikipedia at Hermann Rorschach skulle ha vært freudiansk, og kaller det en strid blant fagfolk når noen opplyser at det er en lite treffende beskrivelse. En kilde påstår videre at en må ha kjennskap til psykoanalytisk tenkning for å kritisere en Rorschach-utredning. Oppgaven i Rorschach-testen er perseptuell og teorinøytral. Metoden har blitt brukt og forstått ut fra blant annet kognitivt, nevropsykologisk, trekk-psykologisk, jeg-psykologisk, atferdspsykologisk, interpersonlig, og psykoanalytisk perspektiv, og i økende grad med hjelp av stadig bedre dokumenterte kvantitative skåringssystemer. De Rorschach-systemene som brukes i dag, inkluderer kodingskategorier og samlevariabler som har røtter fra flere av perspektivene, og er ikke koblet opp mot en bestemt metateori.

Påstanden om at Rorschach brukes av noen entusiaster som har et for intimt forhold til testen, er ikke faktabasert. Vi kjenner ikke til noen relevante undersøkelser som viser bredden av kompetansen til brukere av ulike psykologiske testmetoder i Norge. Men vi selv, og andre forskere og klinikere vi kjenner til som bruker Rorschach, har kompetanse på og bruker et bredt utvalg psykologiske test- og utredningsmetoder. ❌



Påstanden om at de som bruker Rorschach-metoden, ikke forholder seg til alminnelig anerkjente vitenskapelige begreper, er grunnløs

REFERANSER

- Grønnerød, C. (2021). Hvorfor mister fagfolk gangsynet i møte med Rorschach-metoden? *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 58(9), 746–751. <https://psykologtidsskriftet.no/fagessay/2021/09/hvorfor-mister-fagfolk-gangsynet-i-mote-med-rorschach-metoden>
- Helmikstøl, Ø. (2021). Testfelt uten styring. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 58(1), 6–13. <https://psykologtidsskriftet.no/nyheter/2021/01/testfelt-uten-styring>
- Mihura, J. L., Meyer, G. J., Dumitrascu, N., & Bombel, G. (2013). The validity of individual Rorschach variables: Systematic reviews and meta-analyses of the comprehensive system. *Psychological Bulletin*, 139(3), 548–605. <https://doi.org/10.1037/a0029406>
- Mihura, J. L., Meyer, G. J., Bombel, G., & Dumitrascu, N. (2015). Standards, accuracy, and questions of bias in Rorschach meta-analyses: Reply to Wood, Garb, Nezworski, Lilienfeld, and Duke (2015). *Psychological Bulletin*, 141(1), 250–260. <https://doi.org/10.1037/a0038445>
- Wood, J. M., Nezworski, M. T., Lilienfeld, S. O., Duke, M. C., & Garb, H. N. (2011). What's wrong with the Rorschach? Science confronts the controversial inkblot test. *Jossey-Bass*.
- Wood, J. M., Garb, H. N., Nezworski, M. T., Lilienfeld, S. O., & Duke, M. C. (2015). A second look at the validity of widely used Rorschach indices: Comment on Mihura, Meyer, Dumitrascu, and Bombel (2013). *Psychological Bulletin*, 141(1), 236–249. <https://doi.org/10.1037/a0036005>



ANMELDT: BOK

To praksisnære tilskudd til barne- og ungdomsfeltet

To norske fagbøker om psykoterapi med barn og ungdom er nylig kommet ut, og er etter min mening svært gode tilskudd til sjangeren.

DET ER KJÆRKOMMENT å få lese to norske, gode fagbøker om psykoterapi med barn og ungdom, særlig når begge er fulle av gode kasus og konkrete tips til intervensjoner. *Psykodynamisk terapi for barn* og *Lek og kreativitet – i psykoterapi med barn og ungdom* er begge praksisnære og reflekterte fagbøker som inspirerer til videre klinisk arbeid med barn, ungdom og familiene deres.

YDMYKT, REFLEKTERT OG PRAKSISNÆRT

Anders Flækøy Landmark står alene bak *Psykodynamisk terapi for barn*. Forfatterens holdninger skinner igjennom i boken, og fant gjengklang hos meg. Det handler om betydningen av å møte familier som strever, med åpenhet og ydmykhet, og ikke innta en bedrevitende holdning som terapeut. Barnets stemme skal frem. I mitt eget virke er jeg opptatt av å anvende tilbakemeldingsverktøy på en god måte, slik at vi nettopp får til åpenhet rundt behandlingsprosessen, der barnets egen stemme blir hørt. Landmark nevner ikke slike verktøy, men jeg opplever holdningen som den samme: anerkjennelsen av at det er mange måter å jobbe på, og at vi må finne veien som gir mening for familien, dersom det skal være nyttig og virkningsfullt.

Til tross for at tittelen på boka gir uttrykk for at dette er en metodespesifikk tilnærming, opplever jeg forfatteren som ydmyk også i

møte med andre metoder, faglige standpunkt og yrkesgrupper. Det virker som han tar innover seg at hans førstevalg av tilnærming ikke alltid er den beste, men at familiene han treffer, må guide ham til den intervensjonen som passer best for dem. Det fremstår som god skredersøm at familiens beste er øverste prioritet. Tankene mine går til diskusjonen rundt ISTDP, som har gått i tidsskriftet i det siste, og hvor viktig det er at vi ikke blir bastante i vår forståelse og tilnærming. Her fremstår Landmarks holdninger som en god rettesnor. Han evner også å trekke paralleller og se likhetstrekk mellom forskjellige metoder på en god måte.

Når det er sagt, gir altså Landmark en grundig og god innføring i psykodynamisk metodikk, teorier og forskning, og konkrete intervensjoner i tråd med dette. Dette er en god lærebok for de som ønsker å gå i gang med en psykodynamisk tilnærming. Boka er svært praksisnær, og kommer med mange konkrete og gode eksempler på både kasus og intervensjoner. Klinikeren i meg klør i fingrene etter å få prøve ut intervensjoner jeg ikke har prøvd før, og jeg tar meg selv i å reflektere over mange av mine egne behandlingsforløp underveis i lesningen av boka.

Jeg liker også godt hvordan Landmark understreker betydningen av å ikke lene oss kun på diagnoser, men å søke å forstå hvert enkelt barns uttrykk og hva det kommunise-

ANMELDT AV

Agnes Bohne, stipendiat ved Institutt for psykologi, UiT, og psykolog ved BUP Tromsø

rer. Symptomene kan se like ut, og diagnosene kan dermed være like, men hvert barn og hver familie er forskjellig. Hva symptomene er et uttrykk for, vil derfor variere. Denne forståelsen må være med i utforming av intervensjon. Å forstå barnet på barnets egne premisser gjenomsyrer boka, og forfatteren trekker gjentatte ganger frem hvordan barn med komplekse vansker ofte har større behov for å bli forstått enn å forstå noe selv. Dette er jeg veldig enig i, og jeg kommer til å bære det med meg i min praksis mer bevisst enn tidligere. Jeg har nok selv flere ganger falt for fristelsen til å «lære barnet gode strategier for å håndtere følelser» uten å jobbe grundig nok med at barnet selv skal bli forstått av både foreldre, skole, meg som behandler og andre viktige personer rundt barnet. I verste fall tenker jeg at vi som behandlere kan legge stein til byrden ved at barn som strever, må bli bedre utgaver av seg selv, når de allerede gjør så godt de kan, og kanskje bærer på skam for at det ikke er godt nok. En viktig påminnelse for min del – til tross for at det likevel er så selvsagt.

LEKEN GODTEPOSE

Landmark er også medforfatter og redaktør av *Lek og kreativitet*, sammen med Line Indrevoll Stånicke og Unni Tanum Johns. Denne boka er som en godtepose med kliniske kaser og faglige refleksjoner og tolkninger. Det er rørende å lese om alle barna som har funnet sin vei gjennom lek og kreative tilnærminger, og om terapeutene og foreldrene som åpner opp og gir dem det rommet de har behov for. Kasesene er interessante, og selv om mange av dem handler om å bearbeide traumer, er det likevel en god bredde i hva vi blir introdusert for.

Jeg vil likevel særlig trekke frem kapitlet om den spontane leken av Anne Kirsti Ruud. Også i dette kapitlet er vi inntrengende i traumebearbeiding, men Ruud evner å formidle det terapeutiske i den enkle lekenheten i å løpe om kapp eller leke stollek. Det får meg til å tenke over mine fantastiske kollegaer, som alle leker så mye i løpet av arbeidsdagen, og som strekker seg for å møte barn med åpenhet og lekenhet og på barnets premisser. På BUP er det ingen ansatte som synes det er merkelig om de møter et kappløp i gangen, og hvor nydelig er ikke det?

Kapitlet om digitale verktøy av Torun M. Vatne oppleves også som særlig matnyttig. Her tror jeg feltet vårt har en lang vei å gå, og Vatnes eksempler og erfaringer, blant annet med

bruk av mobil som verktøy i grupper, er nyttige for oss som har lyst til å henge med i 2021. Jeg ønsker meg mer erfaringsutveksling, tips og triks om bruk av digitale verktøy i terapi fremover, og jeg krysser fingrene for at vi som gode kollegaer kan dra hverandre fremover på dette feltet.

Tidvis opplever jeg språket i begge bøkene som unødvendig akademisk. Nå er jo dette akademiske fagbøker, men tankene går likevel til debatten i *Psykologtidsskriftet* vedrørende akademisk tåkeprat. Behøver vi å bruke så mange innviklede ord når vi snakker om faget vårt? Blir vi mindre presise hvis vi velger bort de vanskeligste begrepene? Landmark blir ikke det. Etter min mening forklarer han begrepene så godt og presist at jeg synes han er bedre uten så mange fremmedord. Han utviser en særdeles god forståelse for begrepene han bruker, og jeg sitter igjen med inntrykket av at hvis du virkelig forstår noe, kan du forklare det enkelt. Her har *Lek og kreativitet* litt mer å gå på. Særlig innledningskapitlet blir unødvendig tunglest på grunn av språket. Mange av de tyngre fagbegrepene er velkjente for meg, mens andre begreper, som kanskje ligger tettere på den psykodynamiske tradisjonen, virker fremmedgjørende på meg. Jeg faller for eksempel av i den lange utredningen om det gryende selvområdet, kjerneområdet, det subjektive selvområdet og det verbale og narrative selvområdet. Det er en merkelig følelse, å føle seg litt utestengt fra eget fagområde. I *Psykodynamisk terapi for barn* trekker Landmark parallellen til Babels tårn, der forskjellige språk og manglende gjensidig forståelse kan være hemmende for å nå et felles mål. Det slår meg at dette også gjelder i vår yrkesgruppe, og at våre forskjellige fagbegreper (ofte for å beskrive samme eller svært lignende fenomen) kan skape avstand mellom oss.

Begge bøker er nyttige, praksisnære og interessante, og jeg håper at de leses av flere enn de som regner seg som psykodynamikere. Her er nydelige faglige eksempler, refleksjoner og intervensjoner som er nyttige for oss i barne- og ungdomsfeltet, uavhengig av metodisk tilnærming. Jeg liker også godt at begge bøkene oppfordrer til mer lekenhet oss kollegaer imellom – kanskje har vi også mye å lære av rollespill og mer non-verbale uttrykksformer? Vi må komme mer ut av våre intellektuelle hoder, og møte både hverandre og pasientene med mer åpenhet, kreativitet og lek. ❌



BOK *Psykodynamisk terapi for barn*
FORFATTER Anders Flækøy Landmark
FORLAG Gyldendal
ÅR 2021
SIDER 368



BOK *Lek og kreativitet i psykoterapi med barn og ungdom*
FORFATTERE Line Indrevoll Stånicke, Unni Tanum Johns og Anders Flækøy Landmark (red.)
FORLAG Gyldendal
ÅR 2021
SIDER 336



SORG HOS BARN Som Ronja går barn ofte mer inn og ut av sorgen enn voksne, og sorgen er ofte mer knyttet til konkrete situasjoner, som at Skalle- Per ikke lenger er der for å fortelle skrøner på kvelden. På bildet sitter Ronja (Hanna Zetterberg) på fanget til Skalle-Per (Allan Edwall). Foto: Henrik Laurvik / NTB

Når familien er rammet av sorg

Sorg er en naturlig del av livet og det å være menneske. Når sorgen ikke går over av seg selv og livet ikke gjenopptas, kan det være behov for behandling rettet mot sorgen. To ferske fagbøker om kompleks sorg forsøker å gi svar på hvordan forstå og behandle den.

ANMELDT AV

Kristin Frisch Moe, studieleder Region-senter for barn og unges psykiske helse Øst og Sør (R-BUP)

«Men, nå,» sa Skalle- Per og slo øynene opp, «nå gode venner, tar jeg farvel med dere alle! For nå dør jeg.» Og så døde han. Ronja hadde aldri sett noen dø, og hun gråt en stund. Men han var så trett den siste tiden, tenkte hun, nå får han kanskje hvile seg et sted som jeg ikke vet om. Mattis storgråt. Han gikk frem og tilbake

i storsalen og ropte: «Han har alltid vært her! Og nå er han her ikke lenger!» På nytt og på nytt ropte han det samme: «Han har alltid vært her! Og nå er han her ikke lenger!» Da sa Lovis: «Mattis, du vet at ingen kan være her alltid. Vi blir født, og vi dør, slik er det, hva er det du klag-er for?» «Men jeg savner ham,» ropte Mattis.

«Jeg savner ham så det stikker i brystet.» «Vil du at jeg skal holde rundt deg en stund?» spurte Lovis. «Ja, gjør endelig det,» ropte Mattis. «Og du Ronja også!»

Savnet etter Skalle-Per lå tungt over bor- gen. Hele vinteren var Mattis mørk til sinns. Røverne var også triste, for humøret til Mattis bestemte over sorg og glede i Mattisborgen. Ronja flyktet ut i skogen med Birk, der var det vinter nå, og når hun sto på ski utenfor bergkol- lene, glemte hun alle sorger. Men hun husket dem når hun kom hjem og fikk se Mattis sitte og ruge foran varmen.

Som utdraget fra *Ronja Røverdatter* av Astrid Lindgren (1981) skildrer, er barns og voksnes sorg ulik. Som Ronja går barn ofte mer inn og ut av sorgen enn voksne, og sorgen er ofte mer knyttet til konkrete situasjoner, som at Skalle-Per ikke lenger er der for å fortelle skrøner på kvelden. For den voksne oppleves sorgen ofte sterkere og mer altomfattende den første tiden, slik Mattis gir uttrykk for i sin sorg. Da er det godt å ha en Lovis (Ronjas mor), som kan romme både Mattis' sterke sorg og Ronjas behov for å ikke sørge hele tiden.

Både barn og voksne har behov for ekstra støtte i livskrisen som det å miste en av de nærmeste representerer. For barnet påvirker den kognitive og følelsesmessige utviklingen mulighetene til å danne mening i det som har skjedd. Som Ronja er de avhengig av en Lovis som har følelsesmessig overskudd til å lytte til barnets opplevelse, romme vanskelige følel- ser og bidra til å danne mening ut ifra barnets ståsted.

Problemene oppstår når sorgen rammer så hardt at omsorgsgiverne ikke lenger er tilgjen- gelige for barnet. For hva hvis det var Lovis som døde og ikke Skalle-Per? Vi kan se for oss de utviklingsmessige konsekvensene for Ronja. Kanskje setter hun egne utviklingsbehov, som å leke og danne vennskap, til side for å være der for Mattis. Og kanskje skyver hun bort sine egne følelsesmessige behov i relasjonen til faren når Mattis ikke klarer å være der for henne.

BARN «GÅR UNDER RADAREN»

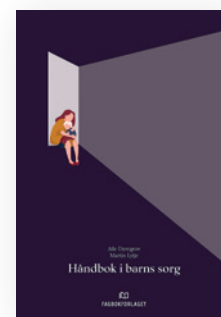
Det å miste en søsken eller en forelder er en dobbel risiko for barn og unge. De skal ikke bare håndtere tapet av en nær person og de store omveltningene dette skaper i det nære fami- liesystemet. De kan også miste tilgangen på et

sensitivt og responsivt samspill i det nærmeste omsorgssystemet.

Dette er utgangspunktet for boka *Håndbok i barns sorg* av Atle Dyregrov og Martin Lytje, som utkom tidligere i år. I boka starter forfat- terne med å referere til studier som entydig peker på at det å miste noen som står en nær i oppveksten, utgjør en betydelig risiko for skjev- utvikling (bl.a. skolevansker og sosiale vansker) og utvikling av psykiske vansker, selvmordsat- ferd og fysiske helseproblemer langt inn i vok- senalder. Forfatterne peker på at det er et para- doks at barn som etterlatte likevel synes å gå mye «under radaren» for de voksne som omgir dem. Boka refererer til studier som indikerer at nærmere halvparten av etterlatte barn og unge opplever at ingen voksne har snakket med dem om dødsfallet!

Dette er ikke ukjent i feltet «barn som pårø- rende» eller «barn som etterlatte». Det er van- skelig å vite hva man skal si til barn i sorg. Og det er vanskelig å vite hva som er god støtte hvis barnet og familien ikke ber om noe kon- kret. At det kommer en egen bok om barn og sorg, skrevet av noen av de fremste eksper- tene vi har, er derfor velkomment. Og her får vi virkelig svar. I tillegg til å gi en gjennomgang av relevant forskning deler forfatterne av sin solide kliniske erfaring, krydret med illustre- rende kasushistorier, og gir konkrete og prak- tiske råd. Boka omhandler både støtte til fami- lier og barn i normale sorgprosesser og klinisk sorgbehandling.

Når det gjelder klinisk sorgbehandling, omtales i liten grad den terapeutiske endrings- prosessen. I stedet vektlegges terapeutiske tek- nikker og konkrete eksempler på hva man kan si til barn/familier som del av behandlingen. Mer informasjon om endringsprosesser ved kli- nisk sorgbehandling av barn kan man lese i Eli- sabeth Cleves bøker *En stor og en liten er borte* (2005) og *Hur länge ska hon vara död?* (2011). Slik jeg ser det, er det imidlertid en styrke ved boka at utviklingsperspektivet er en rød tråd. Det handler om å gjenopprette familien som et system som støtter barnet i å løse utviklings- oppgaver som har stoppet opp i sorgen. Vel- kjente innganger til barne- og ungdomspsy- kologisk behandling beskrives. For eksempel fremheves betydningen av emosjonell støtte og veiledning til forelderen, i kombinasjon med individualbehandling til barnet og fami- liesamtaler. Veiledning til barnets omgivelser, »



BOK *Håndbok i barns sorg*

FORFATTERE

Atle Dyregrov og
Martin Lytje

FORLAG

Fagbokforlaget

ÅR 2021

SIDER 179



BOK *Sorg og komplisert sorg*

FORFATTERE

Pål Kristensen,
Kari Dyregrov og
Atle Dyregrov

FORLAG

Fagbokforlaget

ÅR 2021

SIDER 256

som skole og barnehage, beskrives også. Samtidig fremheves de særegne behovene barn i sorg kan ha i ulike aldre. Praktiske og konkrete beskrivelser av vanlige reaksjoner og behov hos barnet gjør at boka vil være nyttig for både profesjonelle hjelpere og andre som er en del av familiens naturlige nettverk.

I BARNETS NATURLIGE OMGIVELSER

Boka understreker at normal sorg og behandlingstrengende sorg ikke er to kvalitativt forskjellige ting, men utgjør ytterpunktene i et kontinuum. Det er derfor et stort overlapp mellom støtte, forebygging og behandling.

Forebygging handler om å bidra til at barnets livsutfoldelse og utvikling kan fortsette parallelt med at man støtter barnet i å håndtere de vanskelige følelsene som sorgprosessen bringer med seg. Barnets sorg kan påvirke barnets mulighet til å lære, utfolde seg i lek og å være i vennskap. Skole og barnehage er derfor sentrale aktører når en familie er rammet av sorg. En stor utfordring i dette feltet er at det er uklare ansvarsforhold knyttet til hvem som er familiens hjelpere i den normale sorgfasen. Barna og deres foreldre er som regel ikke pasienter noe sted. Det er derfor en styrke ved boka at den har en egen del som henvender seg direkte til skolen/barnehagen og pedagogisk personale. Her gis det konkrete råd om hvordan barnehagen/skolen kan gå frem for å bidra til å skape åpen kommunikasjon omkring det som har skjedd, og ivareta barnets behov for tilrettelegging i opplæringssituasjonen i sorgfasen. Denne delen av boka vil også være nyttig for psykologer som skal veilede skole og barnehage.

Familier i akutt sorg er sjelden i stand til å overskue egne behov utover det aktuelle tidspunktet. Det er derfor nyttig at denne delen er vinklet slik at skolen/barnehagen får en slags koordinerende rolle med ansvar for igangsetting, og at de gis et forslag til en oppskrift/ sjekkliste for arbeidet. Det oppmuntres til en slags «slik jobber vi når eleven er i sorg»- holdning. Jeg tror forfatterens intensjon er å bidra til økt trygghet i oppgaver som går langt utover den tradisjonelle lærerrollen. Som leser savnet jeg derfor noe mer om hvordan systemet for øvrig kan bidra. Det er bra at forfatterne utpeker en instans som kan ta ansvaret for å følge opp familiens og elevens behov over tid, men hvem kan skolen lene seg på? Kan man også vurdere om skolen kan bidra til å koble på andre gode hjelpere som barnets helsesykepleier eller familieteamet i bydelen/kommunen? En forklaring på at boka her virker vag, kan være at dette feltet er preget av uklare ansvarsforhold og store lokale og regionale forskjeller. Skolen/barnehagen er tross alt en stabil faktor i alle barns liv og kan bidra til at flere av barna som mister noen, blir snakket med om det.

DEN KOMPLISERTE SORGEN

Diagnosen forlenget sorglidelse (prolonged griefdisorder) er ny og kommer med i de nye diagnosemanualene DSM-V og ICD-11. I ICD-11 sorterer den under stressrelaterte lidelser. Diagnosen omhandler overopptatthet av savn / den savnede, emosjonell smerte og betydelig funksjonsnedsettelse i mer enn seks måneder etter tapet av en nærstående. Det er ikke egne kriterier for barn.

Boka *Sorg og komplisert sorg* utgis nettopp i forbindelse med at sorg nå blir en diagnose. Denne boka henvender seg først og fremst til klinikeren og den profesjonelle helperen. Skal vi som klinikere bruke denne diagnosen, må vi ha en forståelse av problematikken og kjenne til de mest nyttige terapeutiske inngangene. Etter min mening sørger denne boka for det. Boka

er, som boka om barns sorg, forfattet av noen av våre ledende klinikere og forskere på feltet: Kari og Atle Dyregrov og Pål Kristensen. Den gir en grundig og lettfattelig oversikt over relevant forskning, ulike forståelsesmodeller og behandling. Den omfatter sorg hos både barn og voksne og gir en ryddig innføring i hva som kjennetegner normale sorgprosesser, hva som kan være tegn på at sorgprosessen ikke går i riktig retning, og hva som indikerer behov for behandling. Her gis det også eksempler på mange nyttige terapeutiske teknikker og kliniske eksempler. Forfatterne argumenterer for at begrepet «komplisert sorg» hadde vært mer beskrivende for en diagnose, da den i tillegg til forlenget sorg også omfatter andre former for behandlingstrengende sorg, som unngåelse av sorg og traumatisk sorg. De peker også på at selv om forlenget sorglidelse er det mest utbredte blant voksne, tilsier klinisk erfaring at barn kan oppleve andre komplikasjoner. Blant annet beskriver forfatterne bortskyving av sorg (spesielt vanlig hos ungdom), unngåelse av alt som minner om den avdøde, eller at en emosjonell reaksjon som sinne, skyld, bekymring eller angst blir dominerende.

HVORFOR EN DIAGNOSE?

Sorg har alltid vært en del av menneskers liv og noe som har vært håndtert lenge før psykisk helsehjelp ble oppfunnet. Det er derfor betimelig å stille spørsmål om vi trenger en sorgdiagnose og psykologisk litteratur om sorg. Etter min mening er det positivt at sorg trer inn i det kliniske rommet, av flere grunner. For det første peker forfatterne på at sorg har befundet seg på behandlingsrommet lenge, men da under andre merkelapper, som depressiv episode eller PTSD. At det kommer psykologisk litteratur som peker på at forlenget sorglidelse er en avgrenset tilstand med særegne kjennetegn som utløser spesifikke behandlingsbehov, er derfor velkomment. For det andre kan kunnskap om hvordan sorglidelse utvikler seg, bidra til at bevisstheten om betydningen av det forebyggende arbeidet øker. For eksempel kan kunnskapen om at sorg også kan lede til alvorlige symptomer og skjevutvikling, bidra til at barnets omgivelser forstår betydningen av å hjelpe barnet til å danne mening i det som skjer.

KOMPLEKS SORG «GÅR I FAMILIER»

Selv om denne boka, til forskjell fra boka om barns sorg, også beskriver den voksne kliniske

sorgen, opplever jeg ikke at forfatterne mister familieperspektivet av syne. Boka refererer til forskning som viser at det er en nær sammenheng mellom utvikling av komplisert sorg hos forelderen og utvikling av komplisert sorg hos barnet. Når vi sitter overfor en forelder som har behov for sorgbehandling, er det derfor god grunn til å undersøke barnas situasjon og hvordan sorgen påvirker foreldrefunksjonen. Det at vi som hjelpere får mer kunnskap om sorglidelse, kan således bidra til at flere barn fanges opp, og at flere barn blir snakket med om det som har skjedd. Det er en styrke at boka også gir råd og praktiske eksempler på *hvordan* man som voksenklinikker skal snakke med barnet som pårørende i denne situasjonen.

Vice versa opplever jeg som barne- og ungdomspsykolog at kunnskap om den voksne sorgen bidrar til å øke min forståelse av den doble belastningen barnet i sorg kan stå i. I tillegg opplever jeg at kjennskap til den voksne sorgen bidrar til en utvidet forståelse av hvordan vi kan jobbe for å styrke samspillet innad i familien når sorgen har utviklet seg til en sorglidelse. Det handler om at familien skal få støtte til å klare omveltningen som død fører med seg. Å finne balansen mellom sorgen og savnet på den ene siden og å finne tilbake til dagliglivet på den andre, står sentralt i boka. Som Mattis og Ronja må både den voksne og barnet få hjelp til å finne nye roller overfor hverandre der barnets utviklingsbehov fortsatt blir ivaretatt.

For å favne kompleksiteten i dette arbeidet trenger vi imidlertid ikke bare kunnskap om klinisk sorg hos voksne og barn, men også gode rutiner for samarbeid. Systemarbeidet tematiseres i liten grad i de to bøkene. Bøkene gir gode eksempler på hvordan familiearbeidet rundt sorg kan se ut, men ikke hvordan en DPS, en BUP eller en førstelinjeinstans kan samarbeide seg imellom. Skal vi ta den sterke sammenhengen mellom foreldres og barns utvikling av patologisk sorg på alvor, blir et viktig mål for fremtiden å danne gode behandlingsguider for sorg der det også legges føringer for ansvarsfordeling og samarbeid på tvers av instansene. ✘



Problemen oppstår når sorgen rammer så hardt at omsorgsgiverne ikke lenger er tilgjengelige for barnet

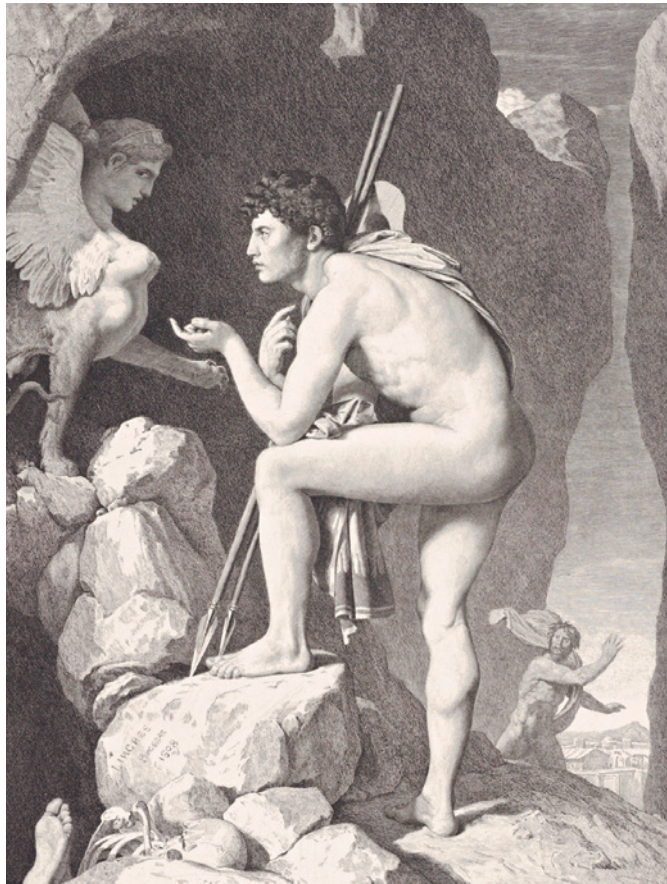
Har du lyst til å anmelde i Psykologtidsskriftet?

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



KONG ØDIPUS I begynnelsen av boken får leseren servert en svært nyansert analyse av Sofokles' skuespill *Oedipus Rex* og hovedtemaene i skuespillet. Maleri: Claude-Ferdinand Gaillard / The Metropolitan Museum of Art

Psykoanalytiske innganger

Historien har vist oss at endringer av tidsånden ofte karakteriseres av til dels voldsomme svingninger fra en ytterlighet til en annen. Dersom du har forkastet psykoanalysen kan det være lurt å lese denne boken. *PSYCHOANALYSIS my way gir* leseren en inngang til å motvirke en draging mot en polarisert ytterkant.

TEKST Kim Larsen

Min interesse for Freud-biografier, psykoanalysens historie og psykiatrihistorie ble tent for alvor da jeg som ung student var så heldig å lese om psykoanalysens historie i Henri F. Ellenbergers encyklopediske *The discovery of the unconscious. The*

history and evolution of dynamic psychiatry (1970). Psykoanalysen hadde en lang periode, særlig i amerikansk psykiatri og psykoterapi, et slags hegemoni uten særlig rivaliserende forståelsesformer. Dette endret seg uunngåelig ved at psykologien ekspanderte på 1960-tal-

let og brakte med seg nyere perspektiver og modeller for psykoterapi: læringsteori i forskjellige former (Skinner, Bandura), kognitiv terapi (Beck) og familierapi (Bateson, Watzlawick). I psykiatrien medførte innføringen av *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* at man etter hvert ikke tok for gitt de underliggende psykoanalytiske forutsetninger som hadde ligget til grunn for de første versjonene (Greenberg, 2013). Samtidig startet innføringen av en stor flora av medikamentelle behandlinger på 1950-tallet, først ved oppdagelsen av sterke ataraxica som Klorpromazin i 1952 og trisykliske antidepressiva (Imipramin) senere på 1950-tallet og benzodiazepiner (Librium og Valium) tidlig på 1960-tallet (Kringlen, 2001; Slater, 2018). Psykoanalysen gikk etter hvert fra å ha hatt en slags monopolstilling i psykiatrien til i våre dager å være nærmest marginalisert (Kringlen, 2001; Scull, 2019; Shorter, 1997). Psykoanalysen fikk etter hvert en sterkere stilling i humaniora som litteraturstudier (Felman, 1982) og fortolkning av historiske begivenheter, såkalt psycho-history (Cocks & Crosby, 1987).

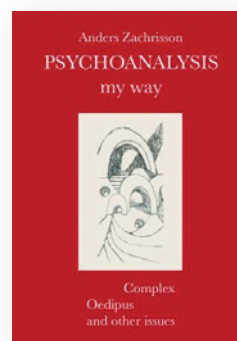
En endring av tidsånden karakteriseres ofte av til dels voldsomme svingninger fra en ytterlighet til en annen. Dette er tydelig både i politikken og i kulturen, så vel som i psykologifaget og psykiatrien; Patricia Allderidge har i sin tankevekkende artikkel «Cycles in the care of the insane» (1979) beskrevet hvordan psykiatrisk behandling og begrunnelser for organiseringen av den har gått i bølger med skiftende (og ofte motsatte) faglige begrunnelser, hvor man alltid har vært overbevist om at den siste løsningen er den beste. Først behandling/oppbevaring av sinnslidende i private hjem; deretter oppbygging av store institusjoner i landlige og fredelige omgivelser, deretter deinstitutionalisering og «community treatment» og så videre. Så lenge man ikke klarer å oppnå en gyllen middelvei mens grøftene på begge sider besøkes hyppig, vil det være en fare for at babyen blir skylt ut med badevannet. Med min vedvarende interesse for Freud-biografier og psykoanalysens historie la jeg etter hvert merke til hvordan psykoanalysen særlig fra begynnelsen av 1990-tallet ble avskrevet i faglige debatter på svært sviktende grunnlag, ofte fremført med en skråsikker og selvsagt besserwissen som den som kaster seg på tidsånden, kan tillate seg. Psykoanalysen ble fremstilt i en stråmannspreget, konstruert og endimensjonal variant som var vanskelig å kjenne igjen dersom en leste originalkildene. Selv om psykoanalysen internasjonalt hadde hatt en altfor dominerende posisjon, stod man nå i fare for det motsatte – at psykologifaget ikke tok vare på de innsikter psykoanalysen hadde, men avfeiet dem in toto.

PSYCHOANALYSIS my way gir en anledning til å rette opp i dette, dersom du skulle ha kommet i skade for å gjøre en slik opptreden selv. Boken består av forfatterens artikler fra de senere cirka 20 år og er delt inn i fire deler. De to første og lengste, *Conceptual foundations* og *Clinical conceptions*, består av henholdsvis seks og syv kapitler, mens de to siste delene er markant kortere og består av to kapitler hver. Del en dreier seg om psykoanalysens epistemologi, begrepsapparat og tolkning av empiri, og del to dreier seg om den kliniske anvendelse og grenseoverskridelser i terapi. I del tre, *Education*, omtaler forfatteren utdanning og evaluering av psykoanalytiske kandidater, og han analyserer forskjellige aspekter ved veiledningsprosessen. I del fire, *Psychoanalysis and literature*, får vi tolkninger av to litterære verker: *Peer Gynt* (1867) og *Hamlet* (1604).

Boken dekker således et vidt spekter av tematikk, og det er mye å hente for alle, nesten uansett hvilke terapiformer en praktiserer. Særlig beskri-

”

De som nok vil ha størst utbytte av den, er de som har avskrevet psykoanalysen



BOK *PSYCHOANALYSIS my way. Complex Oedipus and other issues*

FORFATTER Anders Zachrisson

FORLAG Kolofon Forlag

ÅR 2021

SIDER 471

»

velsene av overføring og motoverføring er etter min mening glimrende i denne sammenheng. Med Freuds kantianske utgangspunkt blir alle oppfatninger av andre personer, også pasienter, aldri «objektive», men vil som Zachrisson skriver, være en konsekvens av at trekk ved personen samvirker med vår egen intrapsykiske verden av internaliserte objekter:

The perception will never be completely free of 'distortions' from the internal object world, but free enough to allow the other person an 'independent existence' in the mind of the perceiver and to open up space for mutual relating, concern, interest, learning and knowledge» (s. 76).

I forlengelsen av dette er spesielt behandlingen av profesjonelle normer, etikk og grenseoverskridelser i terapi i del to og tre viktig for alle som driver med terapi eller veiledning. Psykoanalysen er spesielt sensitiv overfor uønskede forskyvninger i den terapeutiske relasjon, siden denne er satt i sentrum for terapien ved at terapeutens overføringstolkninger og tolkning av egne motoverføringsreaksjoner utgjør et sentralt innsiktsskapende og helbredende element. Selv om disse diskusjonene skjer innenfor rammen av psykoanalysens begrepsapparat, tilfører de mye også for psykologer som driver med andre terapiformer hvor dette også er nødt til å utgjøre et element, om enn ikke så sentralt som i psykoanalytisk terapi.

Når det gjelder analysen av litterære verker i del fire, finnes det en populær forestilling om at psykoanalytiske fortolkninger av litterære verker er eksessivt reduksjonistiske ved at kunstverket kan forklares som følge av en eller annen forsvarsmekanisme eller kompleks, og at kunstverket kan reduseres til dette, og at de symbolske lagene og det kaleidoskopiske ved kunstverket ødelegges i samme slengen. Freud selv var dessverre skyld i en del tvilsomme analyser av denne type. (Se for eksempel hans behandling av Leonardo da Vinci; Freud, 1909, 1910). Analysene av *Peer Gynt*, der Marit Aalen er medforfatter (se kapittel 16), og *Hamlet* viser det motsatte; hvordan et psykoanalytisk blikk legger til kompleksitet og potenserer opplevelsen og forståelsen av verkene. Forfatterne konkluderer sin gjennomgang av *Peer Gynt* slik: «It is our view that new psychological concepts will open vistas for new readings and even broader interpretations

of the psychological treasure house called *Peer Gynt*. Nevertheless, as a gifted dramatist, Ibsen transcends what is contained in *any* theory» (s. 398. Uthevinger i originalen). På samme måte får vi også i begynnelsen av boken en svært nyansert og detaljrik analyse av Sofokles' skuespill *Oedipus Rex* og hovedtemaene i skuespillet: emosjonelle relasjoner i familien og hovedpersonens uunnngåelige konflikter i sin søken etter selverkjennelse (kapittel 1).

Den totale skrotingen av psykoanalysen som karakteriserer deler av vårt fag i dag, er trist og urettferdig og tar ofte ikke høyde for den senere utvikling innen psykoanalysen. Faget kan dermed gå glipp av betydelige innsikter. Psykoanalysen eksisterer i spennet mellom vitenskap og hermeneutikk, og mellom disse polariteter skapes en rik teoretisk verden som utgjør et fruktbart utgangspunkt for ny utforskning. Boken vil kunne leses med stort utbytte av alle psykologer, særlig kliniske psykologer. De som nok vil ha størst utbytte av den, er de som har avskrevet psykoanalysen; de vil bli svært overrasket over hvilken åpenhet, nysgjerrighet og kreativitet som karakteriserer dagens utgave(r) av psykoanalysen. ✘

REFERANSER:

- Allderidge, P. (1979). Hospitals, madhouses and asylums. Cycles in the care of the insane. *British Journal of Psychiatry*, 134, 321–334.
- Cocks, G. & Crosby, T.L. (Red.). (1987). *Psycho-history. Readings in the method of psychology, psychoanalysis and history*. Yale University Press.
- Ellenberger, H. F. (1970). *The discovery of the unconscious. The history and evolution of dynamic psychiatry*. Basic Books.
- Felman, S. (Red.). (1982). *Literature and psychoanalysis. The question of reading: Otherwise*. Johns Hopkins University Press.
- Freud, S. (1909). A fantasy of Leonardo da Vinci. Scientific meeting on December 1, 1909. I H. Nunberg & E. Federn (Red.), *Minutes of the Vienna Psychoanalytic Society. Vol II: 1908–1910* (1967, s. 338–352). International Universities Press.
- Freud, S. (1910). Leonardo da Vinci and a memory of his childhood. I James Strachey (red.), *The Pelican Freud Library: Art and literature* (Bd. 14, s. 145–231). (Oversatt fra tysk.)
- Greenberg, G. (2013). *The book of woe. The DSM and the unmaking of psychiatry*. Blue Rider Press.
- Kringlen, E. (2001). *Psykiatriens samtidshistorie*. Universitetsforlaget.
- Scull, A. (2019). *Psychiatry and its discontents*. University of California Press.
- Shorter, E. (1997). *A history of psychiatry. From the era of the asylum to the age of Prozac*. John Wiley.
- Slater, L. (2018). *The drugs that changed our minds. A history of psychiatry in ten treatments*. Simon & Schuster.

Forebygging er viktig, også for eldre

Når vi snakker om forebygging i psykisk helse, tenker de fleste av oss på tilbud for barn og unge, eller på tilbud for voksne med milde til moderate problemer. Dette er åpenbart svært viktige. Å gi barn tidlig hjelp, før problemene blir for store, sparer både barnet, familien og samfunnet for belastninger senere. Det samme gjelder for voksne. Å gi lavterskel psykisk helsehjelp som forebygger fravær fra arbeid, og i verste fall uførhet, er viktig for den enkelte, for familien, og for samfunnet. Effektene av forebygging er ofte vanskelige å måle, men vi vet likevel at dette har stor betydning.

Dette gjelder også for eldre, en gruppe vi langt sjeldnere snakker om når vi snakker om lavterskeltilbud og forebygging. Det betyr imidlertid ikke at det ikke er viktig med forebygging også for denne gruppen.

Ensomhet og depresjon er vanlig hos eldre, særlig eldre som er enslige, enten de har vært alene over tid, eller har mistet sin partner. Mange opplever en spiral av selvforsterkende plager, med ensomhet, depresjon, tiltaksløshet, sosial tilbaketrekning, manglende matlyst, svekket ernæringsstatus og svekket fysisk, psykososial og kognitiv fungering. Ofte blir plagene vurdert som en naturlig følge av alder – det er vanlig at eldre blir svekket fysisk eller har problemer med hukommelse og konsentrasjon. Selv om dette kan stemme, i alle fall for noen eldre, kan disse symptomene selvsagt også være konsekvenser av depresjon. Og hvis depresjonen får utvikle seg, slik at personen blir mer passiv, unngår sosial kontakt, og også spiser dårligere, kan det etter en stund være vanskelig å avgjøre hva som er naturlige følger av alderdom, og hva som faktisk skyldes depresjon, i kombinasjon med u hensiktsmessige livsbetingelser som isolasjon og dårlig ernæringsstatus.

Hvert år er det omtrent 75–100 personer over 65 år som tar livet av seg, flere menn enn kvinner. Det er sannsynligvis mørketall her, fordi man av hensyn til pårørende kan være tilbøyelige til å vurdere at overdoser av medikamenter skyldes uhell, at personen har glemt hvor mye medisin han allerede hadde tatt, eller lignende. Selv om et selvmord hos en eldre person gir færre tapte leveår enn selvmord hos unge, er det likevel trist at mennesker er i så vanskelige situasjoner at de ikke ser andre løsninger enn

å ta sitt eget liv. Mange av de som dør, er også personer som med riktig hjelp og støtte kunne hatt flere gode leveår igjen.

Selv mord er selvsagt også en stor belastning for familien, og kan ofte medføre mye skyldfølelse hos de som blir igjen.

Vi vet at det i årene fremover vil bli flere eldre, samtidig som det vil bli færre helsepersonell tilgjengelig. Det blir derfor viktig at så mange som mulig klarer seg selv i størst mulig grad, og holder seg så friske som mulig, også i livets siste fase. For å oppnå dette er det ikke nok med forebygging av fysisk sykdom, det er også nødvendig med tilrettelegging for psykisk helse. Det betyr selvsagt ikke at alle skal ha individuelle samtaler. For noen vil dette være nødvendig, for andre vil det være mer hensiktsmessig med forebygging av ensomhet, tilrettelegging for sosialt fellesskap, og hjelpere som kjenner tegnene på depresjon og tidlig kan sette inn aktuelle tiltak. Her har psykologer mye å tilby. Omtrent 1 % av våre medlemmer oppgav i kommuneundersøkelsen 2020 at de arbeidet med eldre. Det er et lavt tall. Det trengs flere stillinger rettet spesielt mot eldre, både hjemmeboende og på sykehjem og i omsorgsboliger. Til det skjer, er det mye å hente på samarbeid med andre kommunale tjenester, veiledning og generelt folkehelsearbeid rettet også mot denne aldersgruppen. Fordi forebygging, også for eldre, er viktig både av hensyn til den enkelte, familier og samfunnet som helhet.

Til slutt, siden vi nå er i desember, vil jeg gjerne benytte anledningen til å takke for alt godt arbeid som er gjort dette året, og å ønske alle medlemmer en riktig god jul! Jeg gleder meg til videre samarbeid i det nye året!



FOTO: PSYKOLOGFORENINGEN

TEKST Arnhild
Lauveng, Visepresident
for fag og profesjon

Sidene merket
Medlemsnytt
er produsert av
Psykologforeningen
og redaksjonelt
uavhengig av
Tidsskrift for Norsk
psykologforening.

Dette må du vite om overføring av feriedager

Det nærmer seg årsskiftet, og du som arbeidstaker kan ha gjenstående feriedager fra inneværende år. Arbeidstaker plikter som hovedregel etter lov- og avtaleverk å avvikle all feriefritid hvert år. Her er imidlertid reglene for overføring av ferie du bør kjenne til.



TEKST Rådgiver
Kari Helene Frøislie

HVOR LANG FERIE HAR DU KRAV PÅ?

I henhold til ferieloven har du som arbeidstaker krav på 25 virkedager i løpet av et kalenderår, det vil si fire uker og en dag¹. Mandag til lørdag regnes som virkedager etter loven, hvor søndag og lovbestemte helligdager faller utenfor.

Majoriteten av Psykologforeningens medlemmer har imidlertid bedre rettigheter i tariffavtale, som gir rett til fem ekstra feriedager. Dette kalles for den avtalefestede ferien, og er enten nedfelt i tariffavtale eller annen avtale². Det vanlige er derfor å ha rett på til sammen fem uker ferie i løpet av et kalenderår.

Hvis du i tillegg fyller 60 år i ferieåret, gir ferielovens bestemmelser deg rett på én ekstra ferieuke³.

AVTALT OVERFØRING AV FERIEDAGER

Som hovedregel skal arbeidstaker avvikle all feriefritid hvert år⁴. Dette gjelder også når man skifter arbeidsgiver i løpet av ferieåret. Formålet er å sikre at du som arbeidstaker får nødvendig ro og avkobling fra arbeidet. Unntaksvis kan arbeidstaker nekte å ta ferie dersom feriepengene opptjent hos nåværende og/eller tidligere arbeidsgiver, ikke dekker lønnsbortfallet under ferien⁵. Dette gjelder typisk hvis du er nyutdannet og ikke har jobbet hele opptjeningsåret i virksomheten.

Selv om hovedregelen er klar, gir lov- og avtaleverk anledning til overføring av feriedager. Arbeidstaker kan inngå skriftlig avtale med arbeidsgiver om overføring av feriedager

på inntil 12 virkedager (to uker) til påfølgende ferieår⁶. Begge parter må være enige om dette, og verken arbeidstaker eller arbeidsgiver kan i utgangspunktet kreve slik overføring. Om arbeidsgiver derfor ønsker at all ferie skal avvikles i løpet av ferieåret, kan arbeidsgiver som hovedregel kreve dette.

AUTOMATISK OVERFØRING AV FERIEDAGER

Om manglende uttak av ferie skyldes forhold på arbeidsgivers side, sykdom eller foreldrepermisjon hos arbeidstaker, skal alle ferielovens feriedager som er til gode ved ferieårets slutt, overføres til neste år⁷. Det samme gjelder feriepenge tilhørende disse dagene. Dette gjelder uavhengig om det er igjen flere enn 12 feriedager.

Arbeidsgiver har derfor et særskilt ansvar for å påse at arbeidstaker avvikler all ferie. Dersom arbeidstaker har feriedager til gode som ikke er avtalt overført, skal alle feriedagene til gode overføres til neste år. Arbeidsgiver har da brutt ferielovens bestemmelser ved å ikke sørge for at arbeidstaker har avviklet all ferien i løpet av ferieåret.

OVERFØRING AV DEN AVTALEFESTEDE FERIE

De avtalefestede feriedagene på fem virkedager er ikke regulert av ferielovens bestemmelser, og man står friere til å håndtere overføring av disse dagene. Med mindre personalhåndbok eller arbeidsgivers praksis legger begrensninger, kan også disse etter skriftlig avtale overføres i sin helhet. Dette vil da være i tillegg til de 12 virkedagene som man kan overføre etter ferielovens regler og forutsetter enighet mellom arbeidsgiver og arbeidstaker.

1 Lov 29.04.1988 nr. 21 (ferieloven) § 5 (1)
2 Se bl.a. hovedtariffavtalen i KS 1.5.2020-30.04.2022 side 20 og sosiale bestemmelser Spekter 10 (helseforetak) 2020-2022, side 9.
3 Lov 29.04.1988 nr. 21 (ferieloven) § 5 (2)
4 Lov 29.04.1988 nr. 21 (ferieloven) § 5 (1)
5 Lov 29.04.1988 nr. 21 (ferieloven) § 5 (5)

6 Lov 29.04.1988 nr.21 (ferieloven) § 7 (3)
7 Lov 29.04.1988 nr. 21 (ferieloven) § 7 (3)



Utdanning

Forlenget sorg-terapi (FST)

For deg som jevnlig arbeider med komplisert sorgproblematikk

Utdanningen består av to samlinger:

Del 1: 8. og 9. mars 2022, i Oslo

Del 2: 31. mai–2. juni 2022, i Oslo

Veiledning mellom samlingene

www.uio.no/fst



UNIVERSITETET
I OSLO



Nasjonalt senter for
selvmordsforskning
og -forebygging

Lyden av oss

- Kurs i stemmebruk for psykologer

20.–22. januar 2022 i Oslo

Informasjon og påmelding: <https://ruthwilhelmine.wixsite.com/lyden-av-oss/meld-deg-pa>
eller e-post perjohanisdahl@gmail.com

Ønsker du å annonsere i Psykologtidsskriftet?

Neste utgivelse er **3. januar**,
frist for å bestille annonse i
januar-utgaven er **16. desember**

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



Norsk Karakteranalytisk Institutt
utdanning i karakteranalyse og kropporientert psykoterapi

To-årig grunnseminar

Oppstart vårsemester 2022 i Oslo. Oppstart er under planlegging i Kristiansand, Bergen og Tromsø.

Videreutdanning i karakteranalyse og kropporientert psykoterapi

Utdanningen gir en innføring i psykoanalytisk og karakteranalytisk teori og metode. Psykologer og leger kan søke, og det er et krav at kandidaten har minimum to års klinisk praksis. Grunnseminaret har et begrenset antall plasser og består av 200 timer undervisning over fire semestre.

Grunnseminaret inngår i den karakteranalytiske utdanningen som er godkjent som fordypningsprogram i spesialiteten i psykoterapi (Norsk psykologforening). Norsk Karakteranalytisk Institutt har per i dag avtale om adgang til økonomisk stønad til veiledning og egenbehandling under utdanningen. Som kandidat ved NKI har du også anledning til å søke refusjon fra HELFO for behandlingstimer du gir under utdanningen.

**Søknadsskjema og
ytterligere informasjon:**
www.karakteranalyse.no
eller på telefon 412 56 600

Søknadsskjema sendes til
kontor@karakteranalyse.no

Søknadsfrist: 3. januar
På grunn av begrenset plass
anbefales det å søke tidlig.



MMPI-II

Målgruppe

Psykologer og psykologspesialister.

Målsetting

Øke kunnskap om metoden og utvikle forståelse av innhentede data og evne til tolkning av disse. Kurset vektlegger primært MMPI-2, men andre versjoner vil bli omtalt.

Deltakerne vil etter kurset bedre forstå MMPI-2's psykometriske egenskaper, bruk av MMPI-2 på pasienter med mer vanlige og med alvorlige sinnslidelser, bruk av MMPI-2 ved oppstart av psykoterapi, kliniske aspekt ved tolkning.

Undervisningsmetode

Forelesning, gruppearbeid, tolkning av profiler i plenum.

Kursmateriell

Utdelte anonymiserte profiler, deltakere bør ha Haviks bok.

Om kurslederne

John Nikolaisen, Spesialist i klinisk voksen psykologi. Jobber med utdanning i Klinikk psykisk helse og avhengighet, OUS. Brukt MMPI og MMPI-2 i privat praksis med ulike pasientgrupper men særlig pasienter som har begått seksuelle overgrep eller andre seksuelt problematiske handlinger.

Eilin Erevik, psykolog og førsteamanuensis i personlighetspsykologi ved Universitetet i Bergen.

Underviser i MMPI for profesjonsstudenter og er med i gruppen som skal lage en norsk versjon av MMPI-3.

Anne Lill Ørbeck, Spesialist i klinisk psykologi og nevropsykologi. Underviser i utredning og diagnostikk ved UIO og NPE. Mest erfaring fra psykose og rettspsykiatri. Har brukt MMPI -1 og MMPI-2 i utredninger i psykiske helsevern og ved judicielle observasjoner.

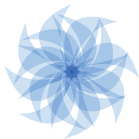
Sted og dato: Oslo 10.-11. mars 2022

Påmeldingsfrist: 3. februar 2022

Medlemspris: kr 7 400

Kursnr.: 105-21

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



Psyk meg opp i ledelse!

Norsk psykologforening viderefører tilbudet til psykologer med lederansvar innenfor helseforetakene. Vi inviterer nå til kull 17 med første samling 16. og 17. februar 2022.

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

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

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

16. og 17. februar 2022

30. og 31. mars 2022

4. og 5. mai 2022

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

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

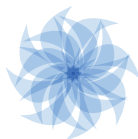
Vil du vite mer; se Psykologtidsskriftet januar 2008 s. 74, februar 2008 s. 198 og mai 2008 s. 608. Søk også på nettsiden til Norsk psykologforening.

Spørsmål om kurset kan rettes til:

Tove Mathiesen, tlf. 922 50 986, e-post tove.mathiesen@ahus.no

Einar Li, tlf. 916 37 495, e-post li.ledelse@gmail.com

Søknad om deltakelse, som må være anbefalt av overordnet, **sendes innen 20. desember 2021** til Tove Mathiesen på e-post tove.mathiesen@ahus.no



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

Bjørgvin Bjørgvin distriktpsikiatriske senter (DPS), Helse Bergen søker

Psykologar til Helse og Arbeid

Bjørgvin DPS er ein klinikk i Divisjon psykisk helsevern i Helse Bergen. På vegne av Helse Bergen har vi fått tildelt middel frå Helse Vest for å utvikle behandlingstilbodet til pasientar psykiske lidingar og samtidige muskel- og skjelettsjukdommar.

I denne anledning er vi på jakt etter psykologar som vil jobbe innanfor arbeidsfeltet! Brenn du for å hjelpe pasientar til å fungere i arbeidslivet over tid på tross av psykiske symptom og lidingar? Tenkjer du at alle pasientar har noko å bidra med i det ordinære arbeidslivet, og at arbeid gir oss betre helse?

Vi lyser ut 3 faste stillingar til psykologar som ønskjer å jobbe i Helse Bergen og ta spesialisering i det nye fagfeltet klinisk arbeidspsykologi, eller andre relevante spesialiseringar. I tillegg til obligatoriske kurs i samband med spesialisering vil psykologane få kurs i arbeidsretta behandling, og gi slik behandling til sjukemelde pasientar med angst, depresjon og muskel-skjelettlidningar. Ein vil jobbe tett med ein spesialist i klinisk arbeidspsykologi og få rettleiing og opplæring i dette feltet, og samarbeide noko med Avdeling for fysikalsk medisin og rehabilitering. Arbeid er Psykologforeningas satsingsområde dei neste åra, og vi ser for oss eit aukande behov for denne kompetansen innanfor både helsevesenet, NAV og på arbeidsplassane.

Som psykolog ved Bjørgvin DPS skal du arbeide saman med spesialist innan klinisk arbeidspsykologi for å utvikle behandlingstilbod til pasientgruppa, bidra til å byggje bruer mellom ulike deler av helsetenesta og sørge for sømlause overganger mellom dei ulike delane av helsetenesta.

Som søkjar har du Norsk autorisasjon og gjerne tilleggsutdanning innan kognitiv terapi.

Vi kan tilby fast stilling og lønn i henhold til gjeldande avtalar, gode føresetnader for spesialisering og vidareutdanning og eit godt arbeidsmiljø med gode moglegheiter for fagleg utvikling innan eit spennande fagfelt.

Interessert?

Kontakt: Psykologspesialist og prosjektleiar Ingrid Blø Olsen eller Klinikkdirktør Fredrik Hiis Bergh på telefon 55 95 70 00

Referansenr.: 4451935129 - **Søknadsfrist:** 15.12.2021



Psykologspesialist/psykolog

Poliklinikken i Arendal har behov for å tilsette en psykologspesialist/psykolog i 100 % fast stilling som skal arbeide inn mot fengslene. Den som tilsettes bør ha interesse for fagfeltet og et ønske om å bidra i utviklingen av et solid spesialisthelse-tjenestetilbud til de innsatte. 50 % stillingsbrøk er p.t. definert inn mot fengslene sammen med annet helsepersonell fra ARA poliklinikk, 50 % disponeres i poliklinikken. Utredning, diagnostisering og behandling jf. pakkeforløp av rusmiddelavhengige, samt spillavhengighet.

I løpet av 2020 ble det etablert to nye fengsler på Agder, med 100 plasser i Mandal og 200 plasser i Froland.

Kontaktperson: Elin Sørsvann, enhetsleder, tlf. 950 53 797

Søknadsfrist: 31.12.2021

For fullstendig annonse og søke på stillingen se www.sshf.no/om-oss/jobb-hos-oss

Unicare Landaasen søker:



Psykolog 100 %, fast stilling

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

Stillingen egner seg utmerket for deg som ønsker å undervise samt veilede pasienter én-til-én. Denne stillingen vil ha sitt hovedfokus knyttet til diagnosen tinnitus, men skal også bidra i forhold til andre diagnosegrupper ved Unicare Landaasen. Vi har et stort fokus på psykoedukasjon av pasienter og baserer programmene, uansett diagnose, på pasientens egenmestring. De psykologiske faktorene er en viktig del av mestrings- og rehabiliteringsprosessen.

Kontaktpersoner: Øystein G. Torp, daglig leder, tlf. 482 30 070, e-post oystein.torp@unicare.no og Anne Skaugrud, avdelingsleder «Trening og veiledning», tlf. 412 87 994, e-post anne.skaugrud@unicare.no

Søknadsfrist: 31.12.2021

Søknad sendes elektronisk via webcruiter.



Barne-, ungdoms- og familieetaten, region øst

Vokser du av følelsen av at kompetansen din spiller andre gode?

Psykologspesialist/psykolog (midlertidig stilling) og psykolog (vikariat) i ambulant team

Er 2022 året du brukte din kompetanse til å innovere statlig barnevern sammen med oss?

Ved pilotprosjektet Støttespillerne har vi ledig:

- en midlertidig 100 % stilling som psykologspesialist/psykolog med snarlig tiltredelse og ut 2022 og
- et vikariat som psykolog fra 01.03.22- 30.10.22.

Begge stillingene har mulighet for forlengelse.

Vi har bygd opp et tverrfaglig team som sammen skal kunne spille på hverandres kompetanse innen psykologi, barnevern, skole og familie. Sammen skal det ambulante teamet være utpreget gode på samarbeid og kommunikasjon opp mot barn og ungdom samt tjenestene, menneskene og systemene rundt dem. Oppgavene er å bistå barnevernsinstitusjoner med å stabilisere, kartlegge og mobilisere tjenester rundt ungdommene.

Kvalifikasjoner:

Psykolog eller psykologspesialist med norsk autorisasjon og relevant kompetanse innen utviklingspsykologi, kognitiv atferdspsykologi eller familierapi. Nevropsykolog eller psykolog i spesialisering til nevropsykolog oppfordres til søke.

Erfaring og personlig egnethet er viktig. Vi ser etter deg som har et stort driv og ønske om å jobbe ambulant. Du må trives med å gi og få veiledning samt dele din kompetanse på en hensiktsmessig måte. Du er en lagspiller som brenner for barn og unge. Du bør anse deg selv som fleksibel nok til å jobbe med tjenesteutvikling, samtidig som at du er robust nok til å jobbe med brukergruppen. Hvis dette høres ut som en jobb du gjerne vil ha, så gleder vi oss til å høre fra deg!

Vi tilbyr

Stillingen er plassert i statlig lønnsregulativ i stillingskode 1304 psykolog med godkjent spesialitet, p.t. kr 677 600 - 882 900 (ltr 72 - 80), 0794 psykolog, p.t. kr 543 500 - 650 300 pr. år (ltr 60 - 70). Avlønning og stillingskode vurderes etter utdanning og erfaring og fastsettes etter en helhetsvurdering av kvalifikasjoner.

Da arbeidet er ambulant, vil det utarbeides en kompensasjonsmodell for forskjøvet arbeidstid.

Generelle opplysninger

Inkludering og mangfold er en styrke og gjør at vi kan løse oppgavene våre enda bedre. Derfor ønsker vi oss medarbeidere med ulike kompetanser, fagkombinasjoner, livserfaringer og perspektiver. Har du funksjonsnedsettelse, hull i CV-en eller innvandrerbakgrunn, oppfordrer vi deg som søker til å krysse av i jobbsøkerportalen. Er det kvalifiserte søkere, kaller vi inn minst én i hver gruppe til intervju, og får du jobben, legger vi til rette for deg om du trenger det. Utenom å velge ut riktige kandidater bruker vi ikke avkrysningene til noe annet enn anonymisert statistikk.

Stillingen er for tiden lagt til
Ås ungdomssenter - avdeling Skiptvet

Kontaktinformasjon

Avdelingsleder Anne Lise Aadahl
tlf: 466 16 282

Enhetsleder Claes Høyland tlf: 466 16 278

Søknadsfrist 15. desember 2021.

Se fullstendig utlysning og søk stillingen via

www.jobbnorge.no (ID 215382).



SØKER DU JOBB?

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

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

PSYKOLOGTIDSSKRIFTET ANNONSER OG ABONNEMENT

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.

16.12, 19.01, 16.02, 21.03, 19.04, 19.05, 20.06, 18.07, 19.08, 19.09, 19.10, 18.11



PSYKOLOGTIDSSKRIFTETS MATERIELLFRISTER OG ANNONSEPRISER 2022

SPESIALPLASSERING:

1/1 side 4 farger plassert på 3. omslagside kr 19 900.

KURSANNONSER/RUBRIKKANNONSER:

Kurs, utleie av lokaler m.v. kr 26 per sp.mm.

Fargetillegg kr 11,50 per sp.mm.

Priseksempel for en 1/4 sides kursannonse i sort/hvitt kr 2 990, samme format i farger kr 4 313.

SMÅANNONSER:

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

NETTANNONSER:

Pris for en stillingsannonse kun på nett er kr 9 800, pris for kursannonse kun på nett er kr 6 500. Nettannonsene har ingen frister, kan publiseres i løpet av kort tid, og ligger tilgjengelig i inntil en måned. For et tillegg på kr 4 500 kan kursannonser annonsert i Psykologtidsskriftet også oppføres på www.psykologforeningen.no under «Kurs og konferanser» og www.psykologtidsskriftet.no/Kurskalenderen.

Få ekstra oppmerksomhet til din stillingsannonse på nettsiden. For kr 5 950 per måned eller kr 1950 per uke kan annonsen vises på forsiden av www.psykologtidsskriftet.no under boksen for «ledige stillinger».

Alle stilling ledig-annonser innrykket i Psykologtidsskriftet blir også publisert, som en medlemservice, på www.psykologtidsskriftet.no/stillingsannonser

Nr	Materiellfrist	Utgivelse
1	16.12	03.01
2	19.01	01.02
3	16.02	01.03
4	21.03	01.04
5	19.04	02.05
6	19.05	01.06

ANNONSEFORMATER

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

PRISER STILLINGSANNONSER/PROFILANNONSER:

Format	4 farger	Sort
1/1 side	18 300	16 700
1/2 side	14 300	12 700
1/4 side	12 300	10 300

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.

**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

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

Jakob Støre-Valen

984 23 805
jakob@valen.cc

Studentrepresentanter**Morten Bremnes**

478 38 693
bremnesmorten@gmail.com

Julie Bjerkvik

938 93 002
juliebjerkvik@gmail.com

Varamedlem**Alf Martin Eriksen**

909 65 138
alfmeriksen@gmail.com

LOKALAVDELINGER**Akershus****Maria Nylund**

maria_nylund@hotmail.com
997 98 973

Aust-Agder**Anniken Lucia Willumsen**

Laake
annilaak@gmail.com
462 98 210

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 Lindøe**

libi@siv.no
473 83 123

Troms**Anne Sofie Bentzen**

annesofie.bentzen@hotmail.com
404 61 116

Vest-Agder**Ann Birgithe S. Eikhom**

abseikhom@gmail.com
971 29 052

Vestfold**Anne-Kristin Imenes**

anne.kristin.imenes@gmail.com
907 55 410

Østfold**Anita Cecilie Skram**

anitaskram4@hotmail.com
911 28 184

FAGETISK RÅD**Maria Norheim, leder**

Rådgivningstelefon
480 58 723, onsdager
kl 1500–1700

**ANKEUTVALG
FOR FAGETISKE
KLAGESAKER****Rune Raudeberg, leder,**

e-post rune.raudeberg@gmail.com, tlf. 952 47 487

**LØNNS- OG ARBEIDS-
MARKEDSUTVALGET****Rune Frøyland, leder,**

tlf. 450 30 522

Ingvild Gregersen,

nestleder, tlf. 957 27 801

Bjarte Bønes Bruntveit,

Spekter-helse, tlf. 909 98 052

Birgit Aanderaa, Spekter-

helse, tlf. 917 12 983

Inger Marie Andreassen,

KS, tlf. 924 28 703

Bjørn Arne Øvrebø, Stat,

tlf. 982 49 732

Helene Kindle-Skau, Virke/

HUK, tlf. 924 28 703

Grete Schau, Privatpraksis,

tlf. 909 19 372

Ingrid Grov Mannsverk,

Oslo kommune, tlf. 482 98 128

**FORHANDLINGS-
UTVALG FOR PRIVAT
PRAKSIS****Rune Frøyland, leder,**

e-post 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 larsravnohlckers@
gmail.com, tlf. 908 81 250

Familiepsykologi

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

**Rus- og
avhengighetspsykologi**

Eva Karin Løvaas, leder,
e-post 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
RETTPSYKOLOGI 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

Bransjeavisen
Psykologisk.no –
psykologiens dagsavis –
er en møteplass for alle
psykologi-interesserte,
og i rask vekst.

Hold deg
daglig oppdatert
i psykologi.



Psykologisk.no
er en selvstendig
nettavis som aktualiserer
psykologisk kunnskap i
samfunnsdebatten.

Abonner på en
psykologisk
dagsavis.

Psykologisk.no/pluss

Psykologisk
.no

