

TIDSSKRIFT FOR NORSK PSYKOLOGFORENING

PSYKOLOGI

Vol.59 nr.01 2022

**Metakognisjon
ved sosial angst**

Oppsummert

**IKKE FLERE
VOKSENSENGER
I 2040**

Aktuelt

**Patologisering
av barn og
unges psyke**

Meninger

**Psykologene går
for tidlig hjem**

*Fagbulletin
Forskningsintervju*



PSY KOL OGI

Vol. 59 nr. 01 2022

Sjefredaktør Katharine Cecilia Williams,
katharine@psykologtidsskriftet.no, tlf. 934 82 003

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

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

Redaksjonssekretær Nora Skjerdingsstad, nora@psykologtidsskriftet.no

Redaksjonen redaksjonen@psykologtidsskriftet.no

Debatt meninger@psykologtidsskriftet.no

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

Sentralbord 23 10 31 30

Redaksjonsråd Joar Øveraas Halvorsen, Cathrine Idsøe,
Pia Beate Pedersen og Martin Bystad

Denne utgaven ble godkjent til trykk 22.12.2021

Omslagsillustrasjon Åshild Irgens

Form Bøk Oslo AS

Trykk 07 Gruppen AS

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

© Tidsskrift for Norsk psykologforening



Nye kliniske innsikter

Mennesker har ulike behov, bor på ulike måter og har ulike bakgrunns-historier. Trolig vil man aldri oppnå enighet om hvordan ressurser skal fordeles, og hvilke prioriteringer som er nødvendige innenfor psykisk helsevern. Spørsmålet er om alle relevante faktorer blir inkludert i slike diskusjoner. Det finnes mange eksempler på hvordan nytenkning kan åpne helt nye muligheter og gi nye perspektiver på behovene mottakere av tjenestene har. Noen slike perspektiver kan du lese om i Psykologtidsskriftets første utgave i 2022.

Bystad et al. har undersøkt hvilken tid på døgnet de fleste innleggelse-sene ved Universitetssykehuset Nord-Norge finner sted (se «Døgnvari-asjoner for innleggelser ved akuttpsykiatriske enheter» på side 10). Forfatterne fant at en overvekt av innleggelser ble gjort på kvelds- og nattetid, et tidspunkt på døgnet der tilbudet som kan gis til pasienten, kanskje ikke er optimal. Selv om situasjonen skiller seg fra andre steder i landet, er det uansett fristende å spørre seg om i hvilken grad vanlig kontortid matcher behovene hos pasienter som trenger innleggelse. Forfatterne angir en rekke mulige forklaringshypoteser hvis videre studier kan avdekke behov som kan vise seg nyttig for planlegging og forbedring av behandlingstilbud.

I artikkelen «Bli venn med maten: evaluering av et lavterskel kurstilbud for personer med overspisingsproblematikk», på side 18, mener forfatterne at det tilgjengelige behandlingstilbudet til personer med overspisingslidelse trolig ikke er i samsvar med behovet. Cathrine Nitter et al. har samlet inn data blant personer med selvopplevd overspisingsproblematikk. Informantene deltok på kurset *Bli venn med maten*, som er et åtteukers kurs i oppmerksom spising (Mindful eating). Funnene vil bli fulgt opp i videre forskning, men fremstår foreløpig lovende.

Før man evaluerer effekten av nye metoder for behandling av psykiske lidelser, som metakognitiv terapi for sosial angst, er det viktig å undersøke fundamentet slike intervensjoner er bygget på. I «Metakognisjon versus kognisjon ved sosial angst», på side 26, oppsummerer Henrik Nordahl fra sin egen forskning som ble gjennomført ved NTNU og Universitetet i Manchester. Dersom du er nysgjerrig på hvordan metakognisjon og kognisjon relaterer seg til opprettholdelsen av sosial angst, vil jeg anbefale deg å studere modellen som presenteres i artikkelen. ✖



Katharine Cecilia Williams

Sjefredaktør

katharine@

psykologtidsskriftet.no



... det tilgjengelige behandlingstilbudet til personer med overspisingslidelse er trolig ikke i samsvar med behovet

30



FOTO: HASENGOLD / PLAINPICTURE / SCANPIX

TRAFIKKANALOGI

Nullvisjon for selvmord sidestilles ofte med suksessen for nullvisjonen i veitrafikken, men ikke alt er overførbart. Sikkerhet for selvmordstruede er mer enn å fysisk forhindre at pasienten dør, skriver Siv Hilde Berg og Fredrik A. Walby.

Fagessay

42

ILLUSTRASJON: KRISTIAN UTRIMARK



UJEVN MAKTBALANSE

I denne utgavens etikkpanel drøftes psykologers rollekonflikter og utnytting av klienter i ujevne maktrelasjoner. Den siste tidens mediefokus på psykologer som utnytter behandlerrolen til å misbruke pasienter, er grelle eksempler på dette, skriver Sissel Garnes.

Etikkpanelet



USYNLIG ARBEID

I nyutgivelsen *Hvis jeg faller* retter forfatter og professor Jan Grue søkelyset på åpenhet rundt funksjonshemmedes sårbarhet, belastning og usynlige arbeid. Anmelder Sissel Garnes mener psykologer bør ta med seg denne kunnskapen inn i terapirommet og ut i samfunnsdebatten.

Bokanmeldelse

Innhold

- 1 **Nye kliniske innsikter**
Leder | Katharine Cecilia Williams
- 4 **Usikkert planleggingsgrunnlag for helseforetakene**
Aktuelt | Per Halvorsen
- 10 **Døgnvariasjoner for innleggelser ved akuttpsykiatriske enheter**
Fagbulletin | Martin Bystad et al.
- 16 **Når pasientene kommer, har psykologen gått hjem**
Forskningsintervju | Per Halvorsen
- 18 **Bli venn med maten: evaluering av et lavterskel kurstilbud for personer med overspisingsproblematikk**
Originalartikkel | Cathrine Nitter, KariAnne Vrabel, Per-Einar Binder & Irene Kingswick
- 26 **Metakognisjon versus kognisjon ved sosial angst**
Oppsummert | Henrik Nordahl
- 30 **Nullvisjon for selvmord**
Fagessay | Siv Hilde Berg & Fredrik A. Walby
- 36 **Ellinor Hamsuns tragiske skjebne - del I**
Fagessay | Kim Larsen
- 42 **Når stod du sist i en rollekonflikt som psykolog?**
Etikkpanelet | Sissel Garnes
- 44 **MENINGER**
Kronikk: Psykologi uten psyke, psyke uten samfunn | Per Are Løkke (s. 49)
Debatt: Smertebehandling (s. 44 & 53-57), Psykologtidsskriftet (s. 58-62), Rorschach (s. 63)
- 64 **INNTRYKK**
Anmeldelser: Rettsmedisin for leger og jurister - og andre interesserte (s. 64), Arbeidet som ikke teller (s. 66)
- 64 **Minneord: Per Eriksen (1945-2021)**
- 71 **Annonser**
- 77 **Stillingsannonser**

Usikkert planleggingsgrunnlag for helseforetakene

Behovene i psykisk helsevern og rus er framskrevet til 2040, men beregningene svekkes av mangelfulle data for kommunale psykiske helsetjenester, mener Jon Tomas Finnsson.

TEKST Per Halvorsen
FOTO Tom Melby

- Samme antall sengeplasser for voksne
- Litt flere for barn og unge og mennesker med spiseforstyrrelser
- Vekst i polikliniske konsultasjoner

Slik lyder noen av signalene i rapporten «Ny modell for framskrivninger i psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling», som er et bestillingsverk fra Helse- og omsorgsdepartementet. Få dager før regjeringsskiftet høsten 2021 ble tallene presentert i marmorhallen i Klima- og miljødepartementet. På talerstolen stod Jon Tomas Finnsson, psykologspesialist og i dag avdelingsdirektør for helsefag i Helse Nord RHF. Finnsson var sentral i faggruppen som utarbeidet modellen.

– Dette er behovene Helseforetakene nå bør begynne å planlegge for, sier han til Psykologtidsskriftet.

– *Hvorfor kommer denne beregningsmodellen akkurat nå?*

– For å kunne planlegge for fremtiden må vi forsøke å anslå hvilke tilbud det er behov for i befolkningen. Norge har ikke oppdatert framskrivningene for psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) på mange år.

MANGLER KOMMUNALE NORMER

Til grunn for beregningene ligger blant annet befolkningsframskrivninger, data fra Norsk pasientregister og prognoser fra The Global Burden of Disease Study (GBD) (Senter for sykdomsbyrde 20. oktober 2020 og 11. juni 2021). GBD er basert på internasjonal forskning og opprinnelig initiert av WHO. Studien viser prevalens for psykiske lidelser. Ifølge GBD er forekomsten av de alvorligste lidelsene gan-



NY MODELL Vi har heller ikke fått beskjed av faggruppene om at løsningen på fremtidens utfordringer er mer av alt, sier Jon Tomas Finnsson.

ske stabil. Dette mener Finnsson gir et godt utgangspunkt for å beregne behovene til de alvorligst syke.

– Behandlingsbehovet for milde og moderate lidelser er mer preget av den løpende utviklingen og ulike samfunnstrender, påpeker han.

Finnsson mener at en av de største svakhetene ved modellen er sparsomme data fra kommunene. Det finnes for eksempel ikke oversikt over hvor mange personer som årlig mottar lavterskeltilbud i kommunen de bor i.

– Da er det vanskelig å definere et mål for vekst i lavterskeltilbud. Det hadde vært ønskelig å ha en helhetlig modell som så kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten i sammenheng, sier han.

Fagfolkene bak modellen forutsetter imidlertid at kommunene fortsetter å bygge ut sine tilbud og tar stadig mer ansvar for de milde og moderate lidelsene og fanger opp pasienter tidlig i sykdomsforløpet.

– Vi har lagt inn en forutsetning om at kommunene i gjennomsnitt fortsetter å utvikle tjenestetilbudet slik de har gjort de senere årene. Hva som gjøres, vil jo variere kraftig i og med at vi mangler tydelige normer for hva kommunene faktisk skal tilby av psykisk helse- og rustjenester.

– ... vi mangler tydelige normer for hva kommunene faktisk skal tilby av psykisk helse- og rustjenester

Jon Tomas Finnsson, psykologspesialist og avdelingsdirektør for helsefag i Helse Nord RHF





Overgang fra døgn til mer poliklinikk forutsetter blant annet at

- tradisjonell behandling og oppfølging erstattes med mer tidsintensive behandlingsopplegg, oppsøkende tjenester og behandlingstilbud.
- 10 prosent av døgnoppholdene omgjøres til poliklinikk for angst, mild/moderat depresjon, øvrig depresjon, tilpasningsforstyrrelser, personlighetsforstyrrelser, LAR, alkoholrelaterte lidelser og øvrige psykiske lidelser.
- det legges til 0,5 polikliniske konsultasjoner for hvert liggedøgn som reduseres.

Et av budskapene i den 113 sider lange rapporten er at det totale antall sengeplasser skal bestå. Sengene skal bare fordeles litt annerledes enn i dag. Finnsson viser til at de fleste som er innlagt i psykisk helsevern, er relativt unge, og at SSB forventer nedgang eller nullvekst i de største aldersgruppene i psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling.

BESKJED OM Å VÆRE BESKJEDEN

For psykisk helsevern for voksne spås dagens døgntilbud å være tilstrekkelig, men den geografiske fordelingen vil bli annerledes. Hvilke pasientgrupper som vil ha behov for døgnbehandling, vil også endre seg. For barn og unge blir det en liten vekst i antall døgnplasser. For TSB vil det være litt lavere.

Utgangspunktet for arbeidet var at det skulle leveres en bærekraftig modell. Finnsson sier arbeidsgruppen har forsøkt å balansere behovet for gode tjenester til pasienter i psykisk helsevern og TSB samtidig som det forventes stor vekst i behov for somatisk helsehjelp som følge av eldrebølgen.

– Vil det ikke da være en viss fare for å underkommunisere reelle behov?

– Vi har ikke lagt bånd på oss. Vi har heller ikke fått beskjed av faggruppene at løsningen på fremtidens utfordringer «er mer av alt». Dette er det vi tror vil bidra til en faglig god tjeneste ut fra de ressursene vi har i dag.

– Behovet for helsepersonell er ikke tatt med i beregningene. Hvordan påvirker det modellen som helseforetakene nå skal navigere etter?

– Modellen beskriver forventet endring i antall liggedøgn og antall polikliniske konsultasjoner. Helse Vest jobber i dag med å se på hvilke konsekvenser det vil få for bemanningsbehovene i spesialisthelsetjenesten. Når vi også kan si noe om behovet for helsepersonell, vil det innebære en klar forbedring i vår evne til å planlegge fremtidige behov i helse-tjenesten.

STORE VARIASJONER I DØGNPLASSER

Beregningsmodellen viser store variasjoner mellom helseforetakene i bruk av liggedøgn for pasienter med alvorlig psykisk lidelse. For opptaksområdet med flest liggedøgn per innbygger er det syv ganger flere liggedøgn enn i opptaksområdet med lavest antall liggedøgn. Rapporten konkluderer med at det totalt sett ikke er behov for å øke antall døgnplasser for

voksne. For angstlidelser skal sengekapasiteten ned. For barn og unge skal den noe opp. Det samme gjelder for mennesker med spiseforstyrrelser, som viser en stigende trend.

Han sier at det i dag legges ned gjennomsnittlig 135 senger i psykisk helsevern i året, og at modellen viser at det er på høy tid å sette på bremsen.

– Fortsetter denne utviklingen, vil det innebære at vi står uten senger i 2045. Det tror vi er en dårlig idé, sier han.

Finnsson forutsetter at den nye beregningsmodellen legges til grunn når helseregionene nå legger nye utviklingsplaner. Modellen er basert på nasjonale gjennomsnittsberegninger.

– Hvis vi er enige om at det skal gjelde et likeverdighetsprinsipp i psykisk helse og rus, må spesialisthelsetjenesten forholde seg til de nasjonale planene, og hvert enkelt helsefor- etak må bidra til å sikre at variasjonen i tjenestetilbudet blir mindre i årene fremover, ikke større.

– *Må man ikke tåle en viss grad av lokal variasjon hvis man vil gi tilpassete tjenester?*

– Det vil alltid være variasjon mellom ulike deler av landet. Dette kan skyldes ulikheter i sykkelighet, sosiale forhold eller geografi. Situasjonen i dag er at det er store ulikheter som er vanskelig å finne en god forklaring på.

PASIENTER SOM GLIPPER UNNA

Det har også vært en del av mandatet til arbeidsgruppene å finne fram til pasientgrupper som trenger helsetjenester de ikke får i tilstrekkelig grad i dag. Ungdom med rusproblemer er en av gruppene som trekkes frem. Det samme gjelder eldre over 65 år, som ifølge forskningen mottar lite tjenester i forhold til sykdomsforekomst.

– Modellen legger opp til en styrking av tilbudet til grupper der faggruppen vurderer at dagens tilbud ikke er i tråd med det som vurderes å være behovet. Eksempler er personer med alkoholmisbruk, spiseforstyrrelser og traumer/PTSD.

Men volumet blir jo ikke borte selv om pasientene tas ut av døgn, påpeker Finnsson. For poliklinisk aktivitet gir modellen derfor en klar økning for alle områder, ikke minst innenfor tverrfaglig spesialisert rusbehandling.

Tabellene til Finnsson viser altså at det totalt sett blir færre liggedøgn for mennesker med angstlidelser. Eksisterende kapasitet skal

refordeles. I dag er det store forskjeller mellom foretakene på dette området. For mange pasienter vil behandling på sengeposter erstattes av et mer tidsintensivt behandlingsopplegg på dagtid. 4-dagers metoden for behandling av angst, utviklet ved Helse Bergen HF, er et eksempel som nevnes.

PANDEMIEN IKKE LAGT INN

– *Hva ved samfunnsutviklingen kan likevel gjøre at behovene om 20 år blir annerledes enn dere har sett for dere?*

– Man kan jo tenke seg at forekomsten av ruspåvirket psykose kan påvirkes hvis det for eksempel blir veldig populært med en ny type rusmidler. Slike trender vil uansett ikke en framskrivningsmodell klare å ta høyde for.

– *Hvordan vil en eventuell innføring av rusreform påvirke utviklingen?*

– En rusreform som bidrar til mindre alvorlig rusutvikling, vil kunne slå ut. For eksempel forskyve tjenestebehovet fra sengeposter og over på poliklinikk. Alle samfunnsreformer som bidrar til en fornuftig utvikling, kan ha positive effekter, enten det gjelder rusreform eller ny oppvekstreform.

– *Hva med endringer i tvangslovgivningen, som er under revisjon?*

– Endring i lovverket kan ha kjappere effekt enn samfunnsendringer. Tvangslovgivningen vil helt klart kunne slå ut på bruk av døgnplasser. Du får inn færre på tvang, men de du får inn, vil kreve enda mer ressurser, og hvert opphold kan bli mer langvarig. Modellen må da kunne justeres.

Arbeidsgruppa har ikke tatt høyde for effekter av pandemien. Det ble det ikke tid til ved denne korsveien. Når modellen skal revideres, mener Finnsson det vil være naturlig å bygge inn eventuelle pandemieffekter. For at ikke planleggerne skal havne i baklekse, skal modellen revideres hvert fjerde år i forbindelse med utarbeidelse av ny Nasjonal helse- og sykehusplan.

Brukt riktig, mener han at modellen som nå foreligger, vil kunne bidra til kvalitet i psykisk helsevern.

– Modellen kan bidra til å sikre mindre ubegrunnet variasjon i helsetilbudet. Den legger inn sterkere vekst til pasientgrupper som har et lite utbygd tilbud i dag. Målet er å bidra til likeverdighet i tjenestetilbudet og tilstrekkelig kapasitet til alle pasientgrupper i psykisk helsevern og TSB, sier han.

»



REAGERER Psykolog Hanne Indregard Lind reagerer på at modellen ender på cirka samme døgnkapasitet som i dag. Foto: Psykologforeningen

- Tetter ikke behandlingsgapet

- Beregningsmodellen tar bare delvis hensyn til gapet mellom eksisterende tilbud og framtidens behov.

DET SIER KONSERNTILLITSVALGT for Akademikerne i Helse Sør-Øst, psykolog Hanne Indregard Lind. Hun reagerer på at modellen ender på cirka samme døgnkapasitet som i dag når det nå legges fram tallgrunnlag for behandlingsbehovet fram mot 2040. Hun mener den nye modellen i for stor grad tar utgangspunkt i dagens forbruk av tjenester, som hun mener ikke avspeiler det reelle behandlingsbehovet.

- Det er gjort analyser som viser at kort liggetid ikke gir lavere ressursinnsats når man ser på tallene over år, men heller gir flere re- og akuttinnleggelsler. Det er det ikke tatt høyde for når man nå framskriver behovet, sier hun

Indregard Lind mener arbeidet burde hatt et bredere kunnskapsgrunnlag, og at modellen i større grad burde søke å tette behandlingsgapet

FOR LAV DEKNINGSGRAD

- Mange lidelser har i dag for lav dekningsgrad, men kun for et fåtall av lidelsene økes den. Den

økes for eksempel ikke for angst og depresjon (med dekning i spesialisthelsetjenesten på henholdsvis 21 og 25 prosent).

På flere punkter mener hun beregningsmodellen er for svak. Noen svakheter mener hun skyldes mangel på tallgrunnlag. Andre svakheter mener hun prosjektet har lagt inn, for eksempel å vektlegge endring knyttet til metoder som per i dag ikke er evidensbaserte.

- Det beregnes blant annet å erstatte mange polikliniske konsultasjoner i psykisk helsevern for barn og unge med internettbasert oppfølging. Det er også beregnet at for ett liggedøgn som tas ut, legges 0,4 polikliniske konsultasjoner tilbake. Beregningene bak dette holder ikke vann, hevder hun.

- *Tror du behovene i psykisk helsevern og rus vil bli dekket om 20 år hvis helseforetakene legger denne beregningsmodellen til grunn?*

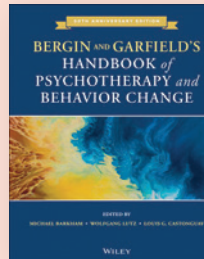
- Nei. Men modellen skal evalueres hvert år og revideres hvert fjerde år, så det er håp om at den kan treffe bedre med tiden. ❌

AKTUELT: NY BOK

Jubileumsutgave av psykoterapihåndboken

Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change fyller 50 år, og redaktørene Michael Barkham, Wolfgang Lutz og Louis G. Castonguay har utgitt en oppdatert jubileumsutgave av den sentrale håndboken for psykoterapiforskning og -praksis.

Referanseverket, nå utgitt i syvende utgave, har hatt en viktig posisjon siden den første utgivelsen ved å tilby en omfattende oversikt over forskningen i psykoterapifeltet. Utgaven inkluderer aktuelle tema som egenskaper ved effektive terapeuter, mindfulness- og akseptbaserte terapier, personaliserte tilnærminger,



NYUTGIVELSE Den velkjente psykoterapihåndboken er nylig utgitt i 7. utgave.

samt bruken av internettbasert behandling og behandlingsmodeller som kan imøtekomme det økende presset i psykisk helsevern. Over 60 eksperter har bidratt til utgaven.

Kilde: Wiley

Vil du skrive for Psykologtidsskriftet?

Vi ønsker ditt manuskript velkommen

Med et opplag på over 10 000 er Psykologtidsskriftet en enestående arena for deling av erfaringer, kunnskaper, meninger og faglige inspirasjoner med psykologkollegaer.

Vi ber om at du skriver teksten i samsvar med våre sjangerkriterier for en best mulig redaksjonell oppfølging.

SKRIV

Manuskript sendes til redaksjonen@psykologtidsskriftet.no. Husk å sette inn sjanger i e-postens emnefelt.

Kontakt oss gjerne dersom du synes det er vanskelig å finne en sjanger som passer for din tekst.

Du finner mer informasjon og forfatterveiledning på: *Skriv for oss* på psykologtidsskriftet.no.

Skriv for oss:



Døgnvariasjoner for innleggelser ved akuttpsykiatriske enheter

Martin Bystad¹, Njål Bjørhovde¹, Yvonne Solli Larsen¹, Per M. Aslaksen² og Henriette Riley³

¹ Psykisk helse og rus-klinikken, Universitetssykehuset Nord-Norge
² Institutt for psykologi, UIT Norges arktiske universitet og Barne- og ungdomspsykiatrisk avdeling, Universitetssykehuset Nord-Norge
³ Institutt for helse og omsorgsfag, UIT Norges arktiske universitet og Psykisk helse og rusklinikk, Universitetssykehuset Nord-Norge

KONTAKT

martin.bystad@gmail.com

MERKNAD

Forfatterne har ikke oppgitt noen interessekonflikter

FAGFELLEVDERT

Sammendrag

Formål: Hensikten med denne retrospektive studien var å undersøke når på døgnet pasienter innlegges ved akuttpsykiatriske enheter.

Metode: Registreringen ble gjort i perioden 01.04.15–31.12.17 ved Universitetssykehuset Nord-Norge (UNN) ved hjelp av et forhåndsbestemt registreringsskjema og utgjorde totalt 2763 innleggelser.

Resultater: Resultatene viste et innleggelsesmønster der flesteparten av innleggelsene fant sted på kvelds- og nattetid. Det var signifikant ($p = .001$) flere innleggelser på kvelds- og nattetid enn dagtid. Resultatene viste at 21.5 % (593) av innleggelsene fant sted mellom 00:00 og 08:00, mens 27.5 % (758) av innleggelsene fant sted mellom 08:00 og 16:00, og 51 % (1409) av innleggelsene fant sted mellom 16:00 og 00:00.

Konklusjon: Videre forskning bør forsøke å finne årsaken til et slikt innleggelsesmønster, og en kan med fordel spørre pasientene om hva de selv mener er årsaken til at innleggelsene finner sted sent på dagen.

Nøkkelord: døgnvariasjoner, innleggelser, akuttpsykiatri

Akuttpsykiatriske enheter gir øyeblikkelig hjelp til pasienter med særlig vanskelige og kompliserte tilstander med behov utover det som kan ivaretas i kommunehelsetjenesten eller ved distriktpsykiatriske senter (DPS).

Flere studier har de siste årene sett på antallet innleggelser og hyppigheten av tvangsbruk i akuttpsykiatriske enheter i Norge (Bjerke et al., 2019; Tøgersen et al., 2015; Wynn, 2018). Bjerke, Gjelstad og Ruud viser at antallet tvangsinnleggelser holdt seg stabilt i perioden 2010 til 2017 (Bjerke et al., 2019). Videre er det funnet at den gjennomsnittlige liggetiden i psykisk helsevern er redusert med 30 % i perioden fra 2009 til 2018 (Statistisk sentralbyrå, 2019).

Noen studier har også sett på tidspunkt for innleggelser i akuttpsykiatrien, det vil si når på døgnet pasienter blir lagt inn. Dette har imidlertid ikke blitt undersøkt de siste 10 årene og etter at samhandlingsreformen trådte i kraft (St.meld. nr. 47, 2008). Innleggelser ved akuttpsykiatriske enheter viser noe ulike mønstre. En norsk multisenterstudie fra 2006 der 19 akuttpsykiatriske enheter deltok, viste at gjennomsnittlig 48 % av innleggelsene i akuttpsykiatrien fant sted på dagtid, mens 42 % på kveldstid og 10 % på natt (Gråwe, Hatling & Ruud, 2006). En annen norsk studie fant at 24 % av pasientene ble innlagt mellom klokken (kl.) 16:00 og 22:00, mens 19 % ble lagt inn mellom kl. 22:00 og kl. 08:00, og øvrige innleggelser fant sted på dagtid (Deraas et al., 2006). Videre viste en undersøkelse av 1323 psykiatriske akutttinnleggelser på Lovisenberg Sykehus at 52 % av innleggelsene fant sted på dagtid, altså mellom klokken 08:00 og 16:00 (Berg, 2007). Det ble funnet at 39 % ble innlagt mellom klokken 16:00 og 01:00 og 9 % i tidsrommet 01:00–08:00. Forskjellene mellom tidspunktene var imidlertid ikke signifikante.

Hensikten med den nåværende studien er å undersøke hvordan innleggelser i akuttpsykiatriske enheter fordeler seg over døgnet. Vi forventet å finne at flertallet av innleggelsene skjedde på dagtid.

Metode

Dette er en retrospektiv studie av alle innleggelser til akuttpsykiatriske enheter i perioden 01.04.15–31.12.17 ved Universitetssykehuset Nord-Norge (UNN). UNN sitt opptaksområde dekker den akuttpsykiatriske behandlingen i Troms, Finnmark og Ofoten. Dette omfatter en befolkning på 268 797 i 2017. Data ble samlet inn ved hjelp av et registreringsskjema som hadde spørsmål om innleggelsestidspunkt, henviser, ledsager, innleggelsesparagraf

og innleggelsestype (akutt/planlagt). Totalt var dette 2763 innleggelser fordelt på tre enheter med 37 sengeplasser.

Utvalg

Registreringen ble gjennomført per innleggelse, noe som gjør at det ikke er mulig å identifisere hvor mange innleggelser hver enkelt pasient hadde i løpet av undersøkelsen. Pasientene som inngikk i undersøkelsen, var i alderen 18–80 år, og 53 % av pasientene som ble innlagt, var menn. Vi undersøkte akutte innleggelser. Av pasientene som ble innlagt, var 54 % henvist til tvungent psykisk helsevern, henholdsvis 37 % til tvungen observasjon (iht. § 3–2) og 17 % til tvungent psykisk helsevern (iht. § 3–3) etter psykisk helsevernloven (Syse, 2007). For fem prosent av innleggelsene var henvisningsparagraf ikke registrert.

Innsamling av data

Registreringen ble gjennomført av fagutviklere og utvalgte ansatte ved den enkelte akutenhet. De lagrede pasientopplysningene var anonyme, og det var ingen mulighet for å identifisere hvilken pasient innleggelsen angikk. Forskerne hadde kun tilgang til de lagrede dataene. Følgelig var det ikke behov for godkjenning fra Regional etisk komité (REK). Undersøkelsen ble godkjent av personvernombudet ved UNN, datert 06.07.2018. Studien er delvis finansiert av prosjektmidler fra Helse-Nord.

Statistiske analyser

Data ble registrert i datainnsamlingsverktøyet Research Electronic Data Capture (REDCap) og direkte eksportert til formatet tilpasset statistikkprogrammet SPSS versjon 26 (IBM, USA). Ved hjelp av SPSS ble det gjort deskriptive analyser og Kruskal-Wallis test for å undersøke forskjeller i innleggelsestidspunkter. Kruskal-Wallis test ble benyttet fordi dataene ikke var normalfordelt. Signifikansnivået var 0.01. Det ble gjort en post-hoc-analyse med Bonferroni-korreksjon for å undersøke parvise sammenlikninger mellom de tre tidskategoriene natt, dag og kveld. Natt er definert som 00:00–08:00, mens dag er 08:00–16:00 og kveld er 16:00–00:00.

Resultater

Resultatene viste at 21.5 % (593) av innleggelsene fant sted mellom 00:00 og 08:00, mens 27.5 % (758) av innleggelsene fant sted mellom 08:00 og 16:00, og 51% (1409) av innleggelsene fant sted mellom 16:00 og 00:00 (se figur 1).

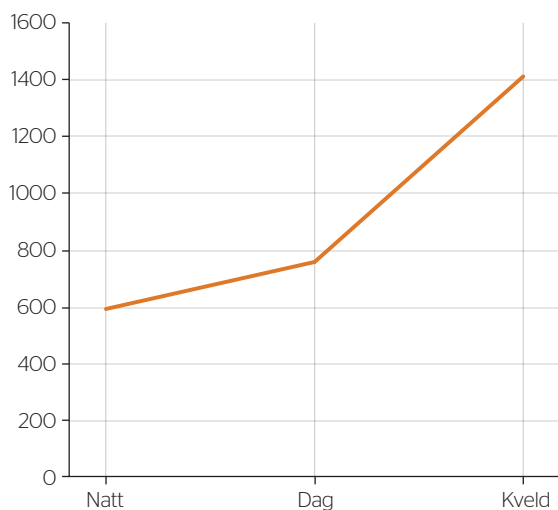
Resultatene viste signifikante forskjeller mellom de tre tidskategoriene $H(3) = 28, p = .001$. Sammenlikninger mellom tidskategoriene er angitt i tabell 1. Innleggelsesmønsteret var jevnt fordelt over de tre årene, som det fremkommer av tabell 2.

Av de frivillige (§ 2-1) innleggelsene var 18.5 % av innleggelsene om natten, 27.5 % av innleggelsene var på dag og 54 % på kveld. For innleggelsene på tvungen observasjon (§ 3-2) fant 28 % av innleggelsene sted på natt, mens 27 % av innleggelsene var på dag, og 45 % var på kveld. For innleggelsene på tvungent psykisk helsevern (§ 3-3) fant 14 % av innleggelsene sted på natt, mens 30 % av innleggelsene fant sted på dag og 56 % på kveld. Totalt var 33.5 % av innleggelsene på kveld og natt frivillige innleggelser, mens de resterende 66.5 % var tvangsinnleggelser. Av innleggelsene på natt var 29 % av dem i en helg (dvs. fredag kveld, lørdag eller søndag). For innleggelse på dag var 27 % av dem i helg, mens tilsvarende tall for kveld var 41 %.

Tabell 1
Sammenlikninger for hver tidskategori

Tidspunkt for innleggelse	Sammenliknet med	p
00:00–08:00	08:00–16:00	.01
16:00–00:00	08:00–16:00	.01
16:00–00:00	00:00–08:00	.53

Figur 1
Døgnvariasjoner for alle innleggelser ($N = 2763$)



Merknad. Antall innleggelser på y-aksen.

Når det gjelder henvisningsinstans, ble 15.5 % av innleggelsene gjort etter henvisning fra fastlege, og 51.5 % av henvisningene var gjort fra legevakt. Tilsvarende tall for DPS var 11.3 %, mens 20.5 % var fra «andre», med somatiske avdelinger og kommunale tiltak som de to største kategoriene. Prosentandelen som ikke var registrert var 1.2 %. Det var ikke signifikante forskjeller i hyppighet på henvisninger mellom legevakt og fastlege ($p = .871$) eller mellom legevakt og DPS ($p = .064$).

Diskusjon

Denne undersøkelsen viser at flest pasienter innlegges på akuttpsykiatriske enheter ved Universitetspsykehuset i Nord-Norge utenom perioden mellom kl. 08:00 og 16:00, med signifikant flere innleggelser på kvelds- og nattetid. De presenterte resultatene samsvarer til en viss grad med en tidligere undersøkelse (f.eks. Berg, 2007), men med et innleggelsesmønster med en større opphopning av innleggelser på kvelds- og nattetid.

Det er vanskelig å si noe sikkert om årsakene til innleggelsesmønsteret vi fant i vår undersøkelse. En mulig forklaring er at pasientene oppsøker legevaktslege grunnet mangel på lokale tilbud, og at tjenester som yter psykisk helsehjelp, har størst kapasitet på dagtid. Mangelen på lavterskeltilbud ved psykiske plager, samt begrensede faglige tilbud etter vanlig arbeidstid, kan være en grunn til at pasientene oppsøker legevakt. Det er vanskelig å tallfeste kvaliteten på den psykiske helsehjelpen pasienten får. Tall fra Statistisk sentralbyrå (Statistisk Sentralbyrå, 2021) viser svært stor variasjon når man ser på kommune størrelser og antall årsverk av personer som jobber med psykisk helsearbeid. Det er derfor uklart om mangel på psykiske helsetjenester i kommunen er en årsak til innleggelsesmønsteret i vår undersøkelse.

En annen forklaring kan være geografiske avstander mellom pasientenes bosted og sykehuset. Koordinering av transport ved innleggelse kan være en tidkrevende prosess, og dette gjør at innleggelsestidspunktet forskyves til kvelds- eller nattetid. Samtidig er det en stor andel av pasientene i undersøkelsen som henvises fra legevakt (54 %), noe som igjen kan tyde på at pasientene oppsøker hjelp etter dagtid. I tillegg viser undersøkelsen at pasienter med kort geografisk avstand til sykehuset også har en opphopning av innleggelser på kvelds- og nattetid (69 %).

Når hovedvekten av innleggelser skjer utenfor dagtid, kan dette føre til at pasienten får et dårligere tilbud (mindre oppfølging, færre samtaler, og spesialistvurderinger må settes på vent) når vedkommende legges

Tabell 2

Oversikt over innleggelser etter faktorene år, årstid, henviser, kjønn og alder.

	Tidspunkt på døgnet			Innleggingsparagraf			
	Natt	Dag	Kveld	§ 3-2	§ 3-3	TUD	Frivillig
År							
2015	147	231	397	264	110	72	370
2016	193	290	496	386	135	80	433
2017	252	236	515	388	143	92	468
Årstid							
Vinter	104	143	279	194	75	42	256
Vår	170	224	406	272	111	79	398
Sommer	166	200	385	282	122	79	330
Høst	152	190	339	292	80	44	287
Henviser							
Fastlege	33	161	258	182	73	19	189
Legevakt	494	297	720	679	121	40	677
DPS	31	118	176	63	50	38	203
Ukjent	2	13	18	7	10	3	16
Andre	33	169	237	109	134	144	188
Kjønn							
Kvinne	279	367	667	526	178	108	582
Mann	314	391	742	514	210	136	691
Alder							
18–29 år	249	281	468	431	99	63	451
30–60 år	304	387	771	459	231	162	736
61–90 år	50	90	170	150	58	19	86

Merknad. TUD: tvunget psykisk helsevern uten døgnopphold. Det var 132 «vet ikke» på innleggingsparagraf.

inn. For undersøkelsens tre akuttenheter var det for hver enhet en grunnbemanning med åtte miljøpersonale på dagtid, seks på kveldstid og fire på nattetid på 13 sengeplasser. Overleger, sosionomer og psykologspesialister er bare til stede på dagtid. På kveld og natt er det kun en lege i spesialisering til stede som har ansvaret for tre akuttposter, sikkerhetsposter, alderspsykiatri, samt rus og psykoseenhet. I perioden da undersøkelsen ble gjennomført, måtte en leie inn ekstra personale fordi innleggelsesmønsteret var lite forenlig med grunnbemanningen. Dette kan føre til stort press på personalet, økt bruk av ufaglærte vikarer og manglende tid til pasienten ved innleggelse.

Tilstrekkelig tid til pasienten ved førstegangssamtale kan være sentralt for å etablere en allianse med pasienter med psykiske lidelser (Kringlen & Finset, 2006). Innleggelse utenom dagtid ble vurdert som mer belastende for pasientene i en kvalitativ undersøkelse med 21 av pasientene som var registrert i vår undersøkelse (Alexandersen et al., 2016). En viktig grunn var mindre personale og mer ventetid. Dette er uheldig

for nyinnlagte pasienter i en sårbar situasjon. Spørsmålet er om det er mulig å snu innleggelsesmønsteret, eller om en må tilpasse vaktplaner og arbeidstid for kjernepersonell.

En viktig begrensning er at vi ikke har spurt pasientene om årsaken til at de ble innlagt sent på dagen, og hva som har skjedd forut for innleggelsene. Her sitter pasientene inne med betydningsfull informasjon som ikke er kartlagt i vår undersøkelse. En slik kartlegging bør gjøres i en fremtidig studie. En annen begrensning er at vi kun har oversikt over antall innleggelser, men vi har ikke data på unike pasientinnleggelser. Dette kan bety at noen få pasienter står for veldig mange innleggelser uten at vi kan tallfeste dette.

Konklusjon

Undersøkelsen viser at det er betydelige døgnvariasjoner i innleggelsestidspunkter til akuttpsykiatriske enheter ved Universitetssykehuset i Nord-Norge, og at

det er signifikant flere innleggelser på kvelds- og nat-
tetid enn på dagtid. Fremtidig forskning bør forsøke
å finne årsakene til at hovedvekten av innleggelser
skjer utenfor dagtid, slik at dette mønsteret kan mot-

virkes. Da kan det særlig være viktig å spørre pasien-
tene om årsakene til at de fleste innleggelser finner
sted utenom dagtid, og hva som har skjedd forut for
innleggelsen. ✘

Referanser

- Alexandersen, A., Weber, A., Brustad, A. K. & Bjørgen, D. (2016). *Bruker spør bruker. En kvalitativ undersøkelse av innleggelser i psykisk helsevern*. Tromsø: Universitetssykehuset i Nord-Norge.
- Berg, J. E. (2007). Når på døgnet legges pasienter inn i en akuttpsykiatrisk avdeling? *Tidsskriftet for Den norske legeforening*, 127, 590–591.
- Bjerke, E., Gjelstad, K. & Ruud, T. (2019). Less use of compulsory hospitalisation in mental health care? *Tidsskriftet for Den norske legeforening*, 139(4). <https://doi.org/10.4045/tidsskr.18.0657>
- Deraas, T. S., Hansen, V., Giaever, A. & Olstad, R. (2006). Acute psychiatric admissions from an out-of-hours Casualty Clinic; how do referring doctors and admitting specialists agree? *BMC Health Services Research*, 6, 41. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-6-41>
- Gråwe, R. W., Hatling, T. & Ruud, T. J. S. R. (2006). Akuttpsykiatrisk behandling i Norge – resultater fra en multisenterstudie (Rapport). SINTEF. <https://www.sintef.no/globalassets/upload/helse/psykisk-helse/pdf-filer/mapweb.pdf>
- Kringlen, E. & Finset, A. (2006). *Den kliniske samtalen – kommunikasjon og pasientbehandling*. Gyldendal Akademisk.
- Statistisk Sentralbyrå (2021). Psykisk helsearbeid og rusarbeid i kommunene. Hentet 10.09.21 fra <https://www.ssb.no/statbank/table/12228/>
- Statistisk sentralbyrå. (2019). *Kortere liggetid i psykisk helsevern* [Statistikk]. St.meld. nr. 47 (2008–2009). Samhandlingsreformen: rett behandling – på rett sted – til rett tid. Helse- og omsorgsdepartementet <https://www.regjeringen.no/contentassets/d4f0e16ad32e4bbd8d8ab5c21445a5dc/no/pdfs/stm200820090047000dddpdfs.pdf> <https://www.ssb.no/helse/artikler-og-publikasjoner/kortere-liggetid-i-psykisk-helsevern>
- Syse, A. J. (2007). *Psykisk helsevernloven med kommentarer* (2. utgave). Oslo: Gyldendal forlag.
- Tøgersen, K., Bjerke, E., Gjelstad, K. & Ruud, T. (2015). Psykiatriske tvangsinnleggelser i Østfold i 2000 og 2010. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 135, 31–34.
- Wynn, R. (2018). Involuntary admission in Norwegian adult psychiatric hospitals: a systematic review. *International Journal of Mental Health Systems*, 12, 10. <https://doi.org/10.1186/s13033-018-0189-z>

AKTUELT: FORSKNING

Psykologisk behandling gir varig bedring

En nylig publisert metaanalyse i *World Psychiatry* viser at psykologisk behandling alene, og i kombinasjon med farmakologisk behandling, har bedre effekt enn psykofarmakologisk behandling, for vedvarende bedring hos depressive pasienter.

Alvorlig depresjon er en lidelse der personer ofte opplever tilbakefall. Det er derfor viktig å starte behandlingen med terapier som maksimerer sjansene for at pasienten ikke bare skal oppleve bedring, men også at de skal forbli bedre.

Forskerne har gjennomgått randomiserte kontrollerte studier (RCT) som har sammenlignet de ulike behandlingstypene og der pasientene er fulgt opp over tid. Metaanalysen legger følgelig føringer for kliniske retningslinjer for hvilken behandling som er å foretrekke i den initiale fasen av behandlingen for depresjon.

REFERANSE:

Furukawa, T. A., Shinohara, K., Sahker, E., Karyotaki, E., Miguel, C., Ciharova, M., Bockting, C. L. H., Breedvelt, J. J. F., Tajika, A., Imai, H., Ostinelli, E. G., Sakata, M., Toyomoto, R., Kishimoto, S., Ito, M., Furukawa, Y., Cipriani, A., Hollon, S. D. & Cuijpers, P. (2021). Initial treatment choices to achieve sustained response in major depression: a systematic review and network meta-analysis. *World Psychiatry*, 20(3), 387-396.



FERSK FORSKNING Studien er nylig publisert i *World Psychiatry*.

AKTUELT: DISPUTAS

Utviklingen av kognitiv atferdsterapi i behandling av depresjon

Psykolog Tom Johan Johnson ved Universitetet i Tromsø disputerte 29. november for sin doktorgrad, der han undersøker utviklingen av kognitiv atferdsterapi for depresjon over tid.

Disputanten evaluerte problemstillingen basert på tre metaanalyser, som fokuserte på tidsmessige trender, effektstørrelser og assosierte moderatører for utviklingen.

Dagens kognitive atferdsterapi (KAT) for depresjon viste seg mindre effektivt for depressive problemer enn tidligere. Behandlingsmanualer og prosedyrer må oppdateres og tilpasses rutinemessig for å sikre at behandlingen holder mål, konkluderer Johnson. Behandling som var akseptert som beste praksis for 10-15 år siden, vil mest sannsynlig begynne å falme dersom de ikke oppdateres og tilpasses tiden.

Resultatene viste imidlertid også at gruppebasert KAT var mer effektivt i dag sammenlignet med tidligere, mens mindfulnessbaserte tilnærminger til KAT ikke viste noen signifikant utvikling i behandlingseffekt over tid.

Kilde: UiT



DISPUTERT Tom Johan Johnson disputerte nylig med sin avhandling ved Institutt for psykologi, UiT Norges arktiske universitet. Foto: UiT

AKTUELT: FORSKNING

Kognitiv trening fører til bedre emosjonsregulering

Eksekutive funksjoner spiller en viktig rolle i emosjonsregulering, og relatert til dette, depresjon. En studie gjennomført av førsteforfatter Jan Stubberud et al. har sett på effekten av kognitiv trening på emosjonsregulering hos individer med depresjon. I den randomiserte kontrollerte studien fikk 63 deltagere enten Goal Management Training (GMT) eller computerized cognitive training (CCT), som begge er behandling under paraplybegrepet kognitiv trening.

Forskerne konkluderer med at begge gruppene opplevde bedring, og funnene viser følgelig at kognitiv trening, gitt ved CCT og GMT, har potensialet til å redusere maladaptiv emosjonsregulering ved depresjon.

REFERANSE:

Stubberud, J., Huster, R., Hoorelbeke, K., Hammar, Å., & Hagen, B. I. (2021). Improved emotion regulation in depression following cognitive remediation: A randomized controlled trial. *Behaviour research and therapy*, 147, 103991.



KVELD OG NATT Psylogkompetansen er ikke relevant bare fra åtte til fire, mener Martin Bystad.

Når pasientene kommer, har psykologen gått hjem

På tidene av døgnet det blir akuttinnlagt flest pasienter i psykisk helsevern, er det dårligst bemanning, fant forskere ved Universitetssykehuset i Nord-Norge.

TEKST

Per Halvorsen

FOTO

Ingun A. Mæhlum

- DET ER EN åpenbar mismatch mellom pasientens behov for hjelp og tilgjengeligheten på fagfolk, sier Martin Bystad.

Han er psykologspesialist og forskningsleder ved Psykisk helse og rusklinikken, Universitets-

sykehuset Nord-Norge. Sammen med gode kolleger har han studert innleggelsesmønsteret ved tre akuttposter ved Åsgård sykehus.

I fagartikkelen «Døgnvariasjoner for innleggelser ved akuttpsykiatriske enheter» i janu-

artugaven tegner forfatterne et tydelig bilde: Langt de fleste pasientene legges inn på kvelds- og nattestid. Over halvparten av innleggelserne fant sted mellom klokka 16 og midnatt. Mer enn hver femte pasient ble innlagt mellom midnatt og klokka 8 om morgenen. Da hadde psykologer og andre fagfolk for lengst gått hjem.

Av artikkelen framgår det at det i undersøkelsesperioden måtte leies inn ekstrapersonell fordi pasientenes behov var lite forenlig med grunnbemanningen.

– Det understreker det dårlige samsvaret mellom bemanningen og pasientenes behov. Situasjonen kan føre til stort press på personalet, økt bruk av ufaglærte vikarer og manglende tid til pasienten ved innleggelse, sier Bystad til Psykologtidsskriftet.

MANGLER LAVTERSKELTILBUD

Han mener mismatchen er problematisk. Han minner om den sårbare situasjonen pasientene er i når de blir innlagt på en akuttpost. Desto viktigere er det hvordan de blir møtt.

– Du kommer kanskje midt på natta. Alle de andre pasientene sover. Kanskje er det bare en lege på bakvakt.

Han sier det er stor forskjell på å komme inn på en akuttpost klokka 12 på formiddagen og klokka 12 på kvelden.

– Nøkkelpersonell er ikke til stede. Paragrafvurderinger blir utsatt. Pasientene blir sittende og vente. Det skaper mye ekstra usikkerhet i en situasjon som er usikker nok fra før av. Pasienten får simpelthen et dårligere tilbud, mener Bystad.

Han tror årsaken til innleggelsesmønsteret er sammensatt.

– Det kan rett og slett være at pasientens problemer baller på seg i løpet av dagen og topper seg etter ordinær arbeidstid. Eller at mennesker med alvorlige psykiske lidelser oftere enn andre har forskjøvet søvnmønster. De starter dagen senere og oppsøker hjelp senere. Og på ettermiddagen er det jo gjerne legevakt som er tilgjengelig og blir innleggende instans.

Bystad påpeker at legevakten som regel vil kjenne pasienten dårligere enn fastlegen. Han vil ikke ta sjansen på at pasienten ikke får adekvat hjelp, og «sikrer» seg gjennom en innleggelse. Bystad mener at en fastlege, ut fra sine kunnskaper om pasienten, med større sann-

synlighet ville kunne ha avverget en akuttinnleggelse. Han mener også at mangelen på lavterskeltilbud og begrensede faglige tilbud etter vanlig arbeidstid kan være én grunn til at pasientene oppsøker legevakt.

SVIKT I SAMHANDLING

Innleggelsesmønsteret som nå er dokumentert, er ikke unikt for Nord-Norge, selv om det forsterkes av lange reiser som følge av store avstander.

– Tendensen er den samme andre steder i landet, også i Oslo, om enn ikke fullt så sterk som her nord, sier Bystad.

Han ønsker å gå dypere i materien, og planlegger en spørreundersøkelse blant pasienter for å høre mer om hva de selv mener er årsakene til at de så ofte legges inn på kvelds- og nattestid. Han har blant annet lyst til å spørre hva som har skjedd forut for innleggelsen. Selv tror han noe av forklaringen kan være mangelfull oppfølging av det lokale hjelpeapparatet.

– Jeg ser ikke bort ifra at innleggelsesmønsteret er nok et tegn på svikt i samhandlingen mellom tjenestenivåene. I mange kommuner får ikke pasientene en form for oppfølging som kunne ha forebygget akuttinnleggelse. Får flere pasienter god hjelp der de bor, vil det i mine øyne være åpenbart at presset på akutt-tjenestene ville ha lettet noe.

ENDRETE ARBEIDSTIDER

– *Er ikke disse funnene det endelige beviset på at psykologene må finne seg i å jobbe mer også utenfor ordinær arbeidstid, hvis de er opptatt av at de sykeste pasientene fortjener den beste kompetansen?*

– Jo. Og det er et signal til Psykologforeningen om at det er viktig å bidra til at den beste kompetansen er tilgjengelig når folk har aller mest behov for den. Psykologkompetansen er ikke relevant bare fra åtte til fire. Den kan også være relevant på kvelds- og nattestid. Om psykologen ikke er den første som møter pasienten, kan hen være bakvakt og tilgjengelig for råd og veiledning, sier Bystad.

Registreringen som undersøkelsen bygger på, ble gjort i perioden fra 1. april 2015 til årsskiftet 2017 og omfattet totalt 2763 innleggelser. ❖



Pasienten får simpelthen et dårligere tilbud

ORIGINALARTIKKEL

TIDSSKRIFT FOR NORSK PSYKOLOGFORENING 2022 VOL. 59 NR. 01 S. 18-25 DOI: <https://doi.org/10.52734/53T9gEC2>

Bli venn med maten: evaluering av et lavterskel kurstilbud for personer med overspisingsproblematikk

Cathrine Nitter^{1,2}, KariAnne Vrabel^{3,4}, Per-Einar Binder⁵ og Irene Kingswick¹

¹Rådgivning om
spiseforstyrrelser

²Høgskolen på
Vestlandet

³Modum Bad

⁴Psykologisk institutt,
Universitetet i Oslo

⁵Institutt for
klinisk psykologi,
Universitetet i Bergen

KONTAKT

cathrine.nitter@hvl.no

MERKNAD Prosjektet ble initiert og gjennomført av Rådgivning om spiseforstyrrelser, i samarbeid med KariAnne Vrabel og Per-Einar Binder. Prosjektet er finansiert av Stiftelsen DAM. Forfatterne oppgir ingen interessekonflikter.

FAGFELLEVDERT

Sammendrag

Denne studien evaluerer et kurstilbud for oppmerksom spising for personer med selvrapportert overspisingsproblematikk. Studien ble initiert av en norsk interesseorganisasjon som arbeider med spiseforstyrrelsesproblematikk. Deltakere i studien møttes en gang per uke over åtte uker. Spiseforstyrrelsespatologi (Eating Disorder Questionnaire, EDE-Q) og selvmedfølelse (Self-Compassion Scale, SCS) ble målt før, like etter og seks måneder etter kursslutt.

Resultater: Det var signifikante bedringer i EDE-Q og SCS-skårer fra før til etter kurs. Resultatene var stabile seks måneder etter kursslutt. Antall dager med overspisingsepisoder viste en signifikant nedgang gjennom hele perioden.

Konklusjon: Det er behov for flere metodisk robuste studier på dette spesifikke kurset, men våre foreløpige funn virker lovende. Intervensjoner med vekt på oppmerksom spising kan være et aktuelt alternativ for personer som har overspisingsproblematikk, og som per i dag har få behandlingstilbud.

Nøkkelord: overspisingslidelse, overspising, mindfulness, oppmerksom spising, lavterskeltilbud, fedme.

Overspisingsslidelse karakteriseres ved hyppige, tilbakevendende overspisingsepisoder, minimum en gang per uke over flere måneder, uten den kompensatoriske atferden man ser hos personer med bulimi (American Psychiatric Association [APA], 2013). En overspisingsepisode inkluderer opplevd kontrolltap over matinntaket, hvor man spiser mer eller annerledes enn normalt (APA, 2013). Overspisingen er ofte knyttet til høyt stressnivå og negative følelser som skam og avsky. Det er gjennomført få nasjonale studier som måler forekomst av spiseforstyrrelser, men det er rapportert at overspisingsslidelse er den hyppigst forekommende lidelsen (Dahlgren et al., 2017b), også internasjonalt (Kessler et al., 2013). Forekomsten varierer basert på studiedesign og diagnosesystem, men angis ofte til omtrent 2–3 % (Hoek, 2016; Keski-Rahkonen & Mustelin, 2016; Smink et al., 2014). Man antar at det er store mørketall når det gjelder forekomsten av spiseforstyrrelser generelt, fordi mange ikke oppsøker hjelp og ikke blir registrert. Overspisingsslidelse antas å være underdiagnostisert og underbehandlet (Kornstein et al., 2016), og en av grunnene er at diagnosen er ny og ble innlemmet i DSM-5 i 2013 (APA, 2013; Dahlgren et al., 2017c). Overspisingsslidelse gir større risiko for vektøkning og utvikling av overvekt og fedme (APA, 2013; Sonnevile et al., 2013). Jo høyere kroppsmasseindeks (KMI), jo høyere er forekomsten av overspisingsslidelse (APA, 2013; Fairburn, 2014; Kessler et al., 2013). Noen studier rapporterer at omtrent 20–30 % av personer med fedme har en overspisingsslidelse (de Zwaan, 2001; Gøttestam et al., 2004; Kessler et al., 2013).

Kognitiv atferdsterapi (KAT) er gullstandard for behandling av spiseforstyrrelser, også for overspisingsslidelse (Godfrey et al., 2015; Murphy et al., 2010). KAT er anbefalt i National Institute for Health and Care Excellence (2017), APA (2010) og i Nasjonale retningslinjer for behandling av spiseforstyrrelser (HelseDirektoratet, 2017). KAT ved spiseforstyrrelser gir moderate behandlingsresultater, og ikke alle responderer på behandling (Wilson et al., 2007). For personer med overspisingssproblematikk har mindfulnessbasert terapi fått økt oppmerksomhet og interesse (Godfrey et al., 2015; Katterman et al., 2014). Mindfulness er en meditasjonspraksis som fokuserer på tilstedeværelse i øyeblikket og å rette oppmerksomheten mot relevante aspekter av en opplevelse på en ikke-dømmende måte (Ludwig & Kabat-Zinn, 2008). Overspising kan forstås som en måte å unngå negative følelser på, der en er preget av fastlåste atferds- og tankemønstre knyttet til spising (Fairburn, 2003). Personer med overspisingssproblematikk sliter ofte med lav selvfølelse og skam (Fairburn, 2003) og med

reduert evne til å fange opp signaler fra kroppen (Sobik et al., 2005; Sysko et al., 2007). Et mulig rasjonale for bruk av mindfulness overfor denne gruppen er at mindfulness kan bidra til å fremme evnen til å være oppmerksom på følelser, automatiserte tanke-mønstre og fysiske sansninger, og øke kapasiteten til å tilpasse seg og håndtere følelser (Kristeller & Wolever, 2011). Mindfulness er også assosiert med økt kognitiv fleksibilitet, selvaksept og selvmedfølelse, og kan bedre interosepsjon (Baer et al., 2005; Kristeller & Wolever, 2011).

Mindful eating, oversatt til *oppmerksom spising*, er en egen tilnærming av mindfulness som fokuserer på sammenhengen mellom kropp og sinn, på bevissthet om spisevaner og på hvordan følelser påvirker spiseatferd (Framson et al., 2009; Pintado-Cucarella & Rodríguez-Salgado, 2016). Foreløpig er oppmerksom spising en nokså utforskert metode, men et par empiriske studier antyder at det å trene på oppmerksom spising kan redusere overspisingssatferd, negative følelser og gi økt kontroll over egne spisevaner (Dalen et al., 2010; Pintado-Cucarella & Rodríguez-Salgado, 2016).

På bakgrunn av det ovennevnte ønsket interesseorganisasjonen Rådgivning om spiseforstyrrelser (ROS) å tilby og evaluere om kurset Mindful Eating Conscious Living (MECL) (Bays, 2017), som vi har valgt å kalle *Bli venn med maten* (Rådgivning om spiseforstyrrelser, u.å.), kan fungere som et lavterskel kurstilbud for personer med overspisingssproblematikk. Formålet med selve kurset er å bli kjent med indre prosesser knyttet til hva og hvorfor man spiser, fremfor å fokusere på vektreduksjon. I evalueringen av kurset ville vi se på endring i selvrapporterte spiseforstyrrelsessymptomer og tre underskalaer i Neffs selvmedfølelse mål (Neff, 2003): selvmedfølelse, mindfulness og selvfordømmelse. Vi ønsket å se på selvmedfølelse fordi en høy selvmedfølelse kan fungere som en beskyttende faktor mot negativt kroppsbilde og forstyrret spiseatferd (Braun et al., 2016). Følgende problemstillinger ble formulert:

1. Hvordan er forløpet og status for spiseforstyrrelsessymptomer ved deltakelse i *Bli venn med maten*?
2. Hvordan er forløp og status for selvmedfølelse ved deltakelse i *Bli venn med maten*?

Metode

Deltakere

Høsten 2018, 2019 og 2020 ble det gjennomført 29 grupper i kurset *Bli venn med maten*. Kursinstruktører var personer som var ansatt i ROS og eksterne som inngikk et samarbeid med ROS i prosjektpe-

rioden. Deltakere ble rekruttert via ROS sine kanaler samt instruktørens egne profesjonelle nettverk og gjennom sosiale medier. Deltakerne meldte sin interesse direkte til den aktuelle instruktøren. De gikk så gjennom et screeningintervju, enten på telefon eller ved fysisk samtale. Intervjuet dekket spørsmål knyttet til psykiske problemer som selvsikading, selvmordstanker, alvorlig depressiv lidelse, posttraumatisk stresslidelse, sosial angst og anoreksia nervosa. Deltakere som ble inkludert i kurset, måtte være fylt 16 år og ha selvopplevd overspisingsproblematikk. Eksklusjonskriterier for deltakelse var alvorlig grad av psykiske lidelser, kartlagt via screeningintervjuet. Vi anslår at 25–30 deltakere ikke gjennomførte hele kurset og avbrøt i løpet av kursperioden. Tallene her er usikre fordi det mangler en systematisk oversikt over frafallet. Siden anoreksia nervosa var et eksklusjonskriterium, valgte vi å utelukke en deltaker som hadde KMI på 17 i utregningene, da vi antok at denne deltakeren mer sannsynlig strevde med spisevegring.

Totalt 196 deltakere ble inkludert i studien, hvorav 95 % var kvinner. Av deltakerne var 45 % fra Vest-Norge, 27 % fra Sør- og Øst-Norge, 25 % fra Midt-Norge og 3 % fra Nord-Norge. Aldersvariasjonen var 20–67 år, med snittalder på 41.4 år (SD = 12). Gjennomsnittlig kroppsmasseindeks (KMI) ved oppstart var 32 (SD = 7). Tabell 1 gir en oversikt over pasientene ved oppstart.

Prosedyre

Bli venn med maten er et åtteukers kurs innen oppmerksom spising (Bays, 2017) som er utviklet og basert på metodene Mindfulness Based Stress Reduction og Mindfulness Based Cognitive Therapy, samt klinisk kompetanse og erfaring (Bays, 2017).

Kurset er manualbasert og krever en omfattende sertifisering av kursholdere. Det er anbefalt at de har helse-relatert utdanning samt kurs og praksis innen generell mindfulness. Totalt 13 instruktører holdt kurs, og alle var under sertifisering, hvorav de kursene de holdt i denne evalueringen, inngikk som en del av sertifiseringen (for informasjon om sertifiseringskravene se Mindful Eating Conscious living (u.å.) og appendiks). Alle instruktørene fikk utdelt en kursmanual oversatt fra engelsk til norsk som gir detaljert informasjon om kursopplegget.

Innholdet i kurset fokuserer på mindfulness, spiseatferd og forholdet til mat. Man retter oppmerksomheten mot opplevelser i kroppen og på hvor i kroppen man blant annet kjenner sult, tilfredshet og metthetsfølelse. Kurset består av teori, oppgaver og frivillig deling av egenerfaring. Kurset har fysisk oppmøte, og hver samling varer 2,5–3 timer. Deltakerne med instruktør møttes en gang per uke i åtte uker. Hvert kurs hadde fra seks til ti deltakere. En oversikt over innholdet i de åtte kurssamlingene fremkommer i appendiks.

Datainnsamling

Denne spesifikke studien baserer seg på *to* spørreskjemaer som deltakerne besvarte på tre tidspunkter: ved oppstart, ved avslutning og ved seks måneders oppfølging etter avsluttet kurs. I tillegg besvarte deltakerne spørreskjema for oppmerksom spising og subjektiv livskvalitet, men disse dataene er ikke inkludert her. Spørreskjemadata ble samlet inn via Survey Xact, som er et nettbasert survey-program. Lenke til skjema ble sendt til deltakerne på e-post og SMS, med påminnelser inntil to ganger dersom skjemaene ikke ble besvart. Påminnelser gjaldt for avslutningsskjema og oppfølgingskjema. Oppstartskjemaet måtte besvares før kurset var satt i gang, og ble sendt ut til deltakerne fra en uke til en dag før oppstart.

Tabell 1

Oversikt over sosiodemografiske variabler og frekvens av overspising ved oppstart (N=196)

Variabel	Ved oppstart
Alder (snitt ± SD) (n= 146)	41.4 (12)
KMI (snitt ± SD)	32.0 (7)
Ant. objektive overspisingsepisoder siste 28 dager (snitt ± SD)	8 (8)
Ant. pers. med overspisingsdager de siste 28 dager (n, %)	142 (72)
Ant. dager med objektive overspisingsepisoder siste 28 dager (snitt ± SD)	11 (7)
Sted (n, %)	
Vest	88 (44.7)
Sør-Øst	53 (26.9)
Midt	50 (25.3)
Nord	6 (3.0)

Merknad. KMI: kroppsmasseindeks; SD: standardavvik; ant.: antall.

Kartlegging

Demografisk informasjon

Kjønn, alder og bosted ble kartlagt basert på informasjon som kursinstruktørene hadde lagret i det innledende screeningintervjuet. Siden samlingene krevde fysisk oppmøte, registrerte man hvor deltakerne hørte til med utgangspunkt i hvor i Norge de deltok på kurset.

Spiseforstyrrelse

For å måle spiseforstyrrelsespatologi brukte vi Eating Disorder Examination Questionnaire (EDE-Q) (Fairburn & Beglin, 2008). EDE består av fire subskalaer: *restriksjon*, *bekymring for spising*, *bekymring for figur* og *bekymring for vekt*. Hver subskala består av fem til åtte spørsmål, og deltakerne besvarer spørsmål med utgangspunkt i de siste fire ukene (28 dager) på en skala fra 0 til 6. Det beregnes en gjennomsnittsskår global EDE, basert på subskalaskårene, som avspeiler alvorlighetsgraden av spiseforstyrrelsessymptomene. Noen spørsmål handler også om frekvensen av ulike typer atferd, for eksempel overspising, selvfrekalt oppkast, misbruk av avføringsmidler, misbruk av vann drivende midler og frekvensen av overtrening. Normtall for global EDE i en ikke-klinisk norsk populasjon har i en studie vist seg å være 1.42 (SD = 1.07) (Rø et al., 2010), og i en studie av en norsk klinisk populasjon har normtallene vist seg å være 4.00 (SD = 1.31) for kvinner og 3.48 (SD = 1.53) for menn (Dahlgren et al., 2017a). Cronbachs alpha varierte fra .88 til .93 mellom de ulike måletidspunktene.

Selvmedfølelse

Vi brukte tre av seks subskalaer fra Self-Compassion Scale (SCS) (Neff, 2003): *selvmedfølelse*, *mindfulness* og *selvførdømmelse*, som totalt inkluderte 14 spørsmål. De tre underskalaene ble anvendt fordi de ble vurdert som mest aktuelle for denne studien. Hver skala består av 4 til 5 spørsmål, skalabredde 1–5. Global skår for selvmedfølelsskalaen antas å være rundt 3.0 i en normalbefolkning (Neff, 2003), men det finnes ikke definerte normtall for de ulike subskalaene. Cronbachs alpha for de tre subskalaene varierte noe på tvers av de tre måletidspunktene: selvmedfølelse mellom .90 og .93, mindfulness mellom .64 og .81 og selvførdømmelse mellom .79 og .91.

Statistiske analyser

Det ble benyttet repeterte multivariate variasjonsanalyser (repeated measures multivariate analysis of variance, MANOVA) for å undersøke hvorvidt det var signifikant endring over tid på global EDE-Q-skår og alle subskalaene restriksjon, bekymring for spising,

bekymring for figur og bekymring for vekt, og de tre SCS-subskalaene selvmedfølelse, mindfulness og selvførdømmelse. Ikke-parametriske tester, McNemar test og Wilcoxon signed rank test, ble benyttet for å regne ut hvorvidt det var forskjell i antall personer som hadde objektive overspisingsepisoder, og hvorvidt det var forskjell i antall objektive overspisingsepisoder. Effektstørrelser ble kalkulert ved Cohens d (Cohens d lik henholdsvis liten effekt ≥ 0.2 , middels effekt ≥ 0.5 og stor effekt ≥ 0.8) (Cohen, 1988). Reliabilitetstesting (Cronbachs alpha) ble benyttet på de dimensjonale skalaene global EDE, restriksjon, bekymring for figur, bekymring for vekt, bekymring for spising, selvmedfølelse, mindfulness og selvførdømmelse. Signifikansnivået ble satt til $p < .05$. Det ble benyttet IBM SPSS versjon 26 for alle analyser.

Etikk

Studien er forelagt Regional etisk komite (ref. 2018/1019) og ble vurdert som et kvalitetssikringsprosjekt som falt utenfor helseforskningslovens virkeområde. Deltakerne måtte lese og signere informasjons- og samtykkeskjema før deltakelse.

Resultater

Repeterte målinger (MANOVA) for global EDE-Q-skår og de tre SCS-subskalaene selvmedfølelse, mindfulness og selvførdømmelse viste en signifikant effekt av tid ($F(8,95) = 19.82, p < .001$) fra oppstart, avslutning og til seks måneders oppfølging (tabell 2).

Spiseforstyrrelsessymptomer

Den signifikante tidseffekten ble replikert for alle subskalaene på EDE-Q ($F(8,102) = 11.59, p < .001$) (se tabell 2). Post-hoc-analyser avdekket at den betydeligste nedgangen på alle mål fremkom i løpet av kursperioden. Det var ingen endring i skårer fra avslutning av kurset til seks måneders oppfølging.

Tabell 3 gir en oversikt over frekvens på antall deltakere som overspiser, og antall registrerte objektive overspisingsepisoder for de tre måletidspunktene. En stor andel personer, 142 av 196 (72 %), som startet på kurset, rapporterte om dager med objektive overspisingsepisoder de siste 28 dagene. I snitt hadde disse 142 deltakerne 11 (SD = 7) dager med objektive overspisingsepisoder. Ved seks måneders oppfølging rapporterte deltakerne gjennomsnittlig om åtte dager (SD = 7) med objektive overspisingsepisoder. Dette tilsvarer en reduksjon på 27 % fra oppstart til seks måneders oppfølging. Endringer i antall overspisingsepisoder var signifikante både mellom kursstart og kursslutt, og mellom kursslutt og seks måneders oppfølging (se tabell 3).

Tabell 2

Gjennomsnitt og standardavvik for EDE og SCS ved oppstart, avslutning og 6 md. oppfølging

Måling	Oppstart	Avslutning	6 md. oppf.	Opp.- avsl. F-verdi	6 md. oppf. F-verdi	Opp.-avsl. d-verdi	Avsl.-6 md. oppf. d-verdi
EDE (n = 110)							
Global	4.1 (1.0)	3.4 (1.2)	3.3 (1.1)	55.3***	1.5	0.6	0.1
Bekymring for spising	3.5 (1.5)	2.9 (1.4)	2.7 (1.4)	26.5***	3.2	0.4	0.1
Bekymring for figur	5.0 (1.2)	4.2 (1.5)	4.0 (1.5)	57.0***	3.5	0.6	0.1
Restriksjon	3.2 (1.2)	2.6 (1.3)	2.7 (1.4)	28.0***	1.0	0.5	0.1
Bekymring for vekt	4.7 (1.1)	4.0 (1.4)	3.9 (1.3)	35.5***	1.7	0.6	0.1
SCS (n = 103)							
Selvmedfølelse	2.4 (0.9)	2.9 (0.9)	2.9 (0.9)	39.1***	0.6	0.6	0.0
Mindfulness	2.9 (0.7)	3.2 (0.8)	3.2 (0.7)	10.5**	0.2	0.4	0.0
Selvfordømmelse	3.8 (0.8)	3.2 (0.9)	3.3 (1.0)	60.4***	0.3	0.7	0.1

Merknad. EDE: Eating Disorder Examination; SCS = Self-compassion Scale; md.: måneder; oppf.: oppfølging; opp.: oppstart; avsl.: avslutning. d-verdi = Cohens d

** p < .01

*** p < .001

Tabell 3

Antall personer med objektive overspisinger og antall episoder med objektive overspisinger ved oppstart, avslutning og ved 6 md. oppfølging (N = 196)

	Oppstart	Avslutning	6 md. oppf.	Test statistikk oppst.-avsl.	Test stat. avsl.-6 md. oppf.	Test stat. oppst.-6 md. oppf.
Ant. pers. som overspiser, n (%)	142 (72)	104 (72)	67 (63)	.000 ¹	1.250 ¹	5.042 ^{*1}
Objektive overspisings- episoder siste 28 dager, n (SD)	11.4 (7.3)	8.8 (6.8)	7.8 (7.3)	1073 ^{**2}	561.5 ^{*2}	448 ^{**2}

Merknad. md.: måneder; oppf.: oppfølging; oppst.: oppstart; avsl.: avslutning; stat.: statistikk. ¹McNemar test, ²Wilcoxon signed ranked test

* p < 0.05

** p < 0.01

*** p < 0.001

Selvmedfølelse

Repeterte målinger (MANOVA) for de tre SCS-subkalaene viste en signifikant effekt av tid ($F(6,97) = 14.11, p \leq .001$) over perioden oppstart, avslutning og seks måneders oppfølging etter kurs. Post-hoc-analyser viste betydeligst endring mellom oppstart og avslutning av kurset. Selvmedfølelse-skårer økte signifikant (fra 2.4 til 2.9) fra kursstart til kursslutt. Vi fant videre signifikant endring i gruppens gjennomsnittlige skårer for mindfulness (fra 2.9 til 3.2) og selvfordømmelse (fra 3.8 til 3.3) mellom kursstart og kursslutt. Det ble ikke registrert noen signifikante endringer mellom kursslutt og ved seks måneders oppfølging, men skårene holdt seg på samme nivå.

Diskusjon

Oppsummert fant vi at deltakerne i *Bli venn med maten* rapporterte bedring i spiseforstyrrelsessympto-

mer (EDE-Q) og selvmedfølelse (SCS). Endringene fant sted i løpet av de åtte kursukene, og det var ingen ytterligere signifikante endringer i selvrapporderte spiseforstyrrelsessymptomer eller selvmedfølelse fra kursavslutning til seks måneders oppfølging. Frekvensen av objektive overspisingsepisoder, derimot, var signifikant redusert fra kursavslutning og til seks måneders oppfølging.

Det finnes foreløpig ingen publiserte studier som ser på betydningen av kurset MECL for bedring av overspisingsproblematikk. Vår evaluering av *Bli venn med maten* inkluderte ikke spesifikke mål på oppmerksom spising, men resultatene våre samsvarer likevel helt generelt med noen få studier som har undersøkt betydningen av oppmerksom spising blant personer med overvekt og spiseforstyrrelser. En studie (Pintado-Cucarella & Rodríguez-Salgado, 2016) har for eksempel rapportert en negativ sammenheng mellom

overspisingsatferd og oppmerksom spising. En annen pilotstudie (Dalen et al., 2010) av et seksukers kursprogram for overvekt der man la vekt på oppmerksom spising og mindfulness, fant en signifikant reduksjon av overspisingsatferd og negative følelser. Til tross for at Dalen et al. (2010) ikke spesifikt så på personer med overspisingsproblematikk, kan resultatene herfra antyde at slike kurstilbud bidrar til å redusere negativ spiseatferd, slik man også fant indikasjon på i vår evaluering.

Deltakerne i *Bli venn med maten* hadde en global EDE-skår på 4.1 ved kursoppstart. Dette tallet samsvarer med global EDE-skår fra studier av pasienter med spiseforstyrrelses-diagnoser i behandling (Vrabel et al., 2008). ROS er en interesseorganisasjon som henvender seg til en bred målgruppe, og våre EDE-Q-resultater indikerer at personene som kontakter ROS, har et høyt symptomtrykk uten at de har tilbud i behandlingsapparatet. Dette kan understreke betydningen av å utvikle gode lavterskeltilbud. For en normalpopulasjon er gjennomsnittlig global EDE-Q-skår på 1.42 (SD = 1.07) (Rø et al., 2010). Selv om vi fant en betydelig nedgang i global EDE-Q-skår i vår evaluering, var symptomtrykket ved kursslutt og ved seks måneders oppfølging et godt stykke over det som er forventet i en normalbefolkning, noe som antyder at denne gruppen har behov for ytterligere hjelp og oppfølging.

Høy selvmedfølelse kan fungere som en beskyttende faktor mot negativt kroppsbilde og forstyrret spiseatferd (Braun et al., 2016). I denne studien antydet resultatene en bedring i selvmedfølelse fra kursoppstart til seks måneders oppfølging, som indikert av de tre SCS-subskalaene. Selvmedfølelse endret seg fra en lav skår på 2.4 til en moderat skår 2.9 (Neff, 2003). Mindfulness ble endret, men holdt seg i det moderate området på alle tidspunkt, mens selvfordømmelse ble redusert fra 3.8 til 3.3. I en generell befolkning antar man at skårene ligger på rundt 3. Det vil si at gruppen nærmet seg et nivå som samsvarer med den generelle befolkningen.

En svakhet ved evalueringen er at den er basert på selvrappport og selvopplevde symptomer på overspising. En del av deltakerne hadde blant annet ikke full skår på EDE-Q overspising. Planlagte studier fra øvrig innsamlet datamateriale vil se nærmere på slike subgrupper i utvalget.

En annen svakhet er at vi ikke kan si sikkert om endringene vi fant i denne evalueringen, kan knyttes spesifikt til bedring i oppmerksom spising, eller om det skyldes andre faktorer. I mangelen på gode tilbud for denne bruker- og pasientgruppen er det trolig mange som føler seg alene om det de strever med. I så måte

kan det å møte andre i samme situasjon ha en effekt i seg selv. Oppmerksom spising ble målt før, etter og ved seks måneders oppfølging, og disse funnene vil omtales i fremtidige publikasjoner på datamaterialet.

Siden dette er en observasjonsstudie uten kontrollgruppe, kan vi åpenbart ikke si noe om årsakssammenhenger. I den forbindelse er det viktig å formidle at formålet med evalueringen ikke var å gjøre en kontrollert intervensjonsstudie, men å se på om et slikt kurstilbud kan fungere i ROS for personer med selvopplevd overspisingsproblematikk.

En styrke ved evalueringen er dens naturalistiske tilnærming, som kan anses å gi høyere grad av økologisk validitet. En annen fordel er at den er brukernær. Prosjektet er initiert av ROS og for ROS. Som bruker- og interesseorganisasjon har vi god innsikt i hvor skoen trykker, og hvor det er behov for mer kunnskap når det gjelder hjelpetilbud for personer med spiseproblematikk. Dette er også første gang noen forsøker å evaluere dette kurset for målgruppen.

Målet for ROS var å evaluere om kurset *Bli venn med maten* kunne være nyttig for de av våre brukere som opplever overspisingsproblematikk. Til tross for de metodiske svakhetene mener vi, basert på resultatene som er presentert her, at kurset virker lovende med tanke på bedring av spiseforstyrrelsespatologi og selvmedfølelse. Det at man kan tilby et kurs på lavterskelnivå, gjør hjelpen mer tilgjengelig for personer med overspisingsproblematikk. For mange er tilfriskning en prosess hvor man går gjennom flere runder med sykdom og tilfriskning. *Bli venn med maten* kan trolig være et godt kurssupplement til eksisterende behandling.

Videre studier bør se nærmere på sammenhenger mellom spisepatologi og selvmedfølelse, samt endringer i oppmerksom spising blant personer som deltar på dette spesifikke kurset, og som nevnt er det planlagt flere publikasjoner på det innsamlede materialet i nær fremtid. ✖

Appendiks er tilgjengelig i nettversjonen av artikkelen.

Referanser

- American Psychiatric Association. (2010). *Practice Guideline for the Treatment of Patients With Eating Disorders* (3. utg.). Hentet 08. august 2020 fra https://www.psychiatry-online.org/pb/assets/raw/sitewide/practice_guidelines/guidelines/eatingdisorders.pdf
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-V)* (5. utg.).
- Baer, R. A., Fischer, S. & Huss, D. B. (2005). Mindfulness-based cognitive therapy applied to binge eating: A case study. *Cognitive and Behavioral Practice*, 12, 351–358. [https://doi.org/10.1016/S1077-7229\(05\)80057-4](https://doi.org/10.1016/S1077-7229(05)80057-4)

- Bays, J. C. (2017). *Mindful Eating. A Guide to Rediscovering a Healthy and Joyful Relationship with Food* (2. utg.). Shambhala.
- Braun, T. D., Park, C. L. & Gorin, A. (2016). Self-compassion, body image, and disordered eating: A review of the literature. *Body Image*, 17, 117–131. <http://dx.doi.org/10.1016/j.bodyim.2016.03.003>
- Cohen, J. (1988). *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences* (2. utg., s. 19–27). New York: Lawrence Erlbaum Associates.
- Dahlgren, C. L., Stedal, K. & Rø, Ø. (2017a). Eating Disorder Examination Questionnaire (EDE-Q) and Clinical Impairment Assessment (CIA): clinical norms and functional impairment in male and female adults with eating disorders. *Nordic Journal of Psychiatry*, 71(4). <https://doi.org/10.1080/08039488.2016.1271452>
- Dahlgren, C. L., Stedal, K. & Wisting, L. (2017b). A systematic review of eating disorder prevalence in the Nordic countries: 1994–2016. *Nordic Psychology*, 70(3), 209–227. <https://doi.org/10.1080/19012276.2017.1410071>
- Dahlgren, C. L., Wisting, L. & Rø, Ø. (2017c). Feeding and eating disorders in the DSM-5 era: a systematic review of prevalence rates in non-clinical male and female samples. *Journal of Eating Disorders*, 5(56). <https://doi.org/10.1186/s40337-017-0186-7>
- Dalen, J., Smith, B. W., Shelley, B. M., Sloan, A. L. & Leahigh, L. D. (2010). Pilot study: Mindful eating and living (MEAL): weight, eating behavior, and psychological outcomes associated with a mindfulness-based intervention for people with obesity. *Complementary Therapies in Medicine*, 18(6), 260–264. <https://doi.org/10.1016/j.ctim.2010.09.008>
- de Zwaan, M. (2001). Binge eating disorder and obesity. *International Journal of Obesity*, 25, 51–55. Hentet fra <https://www.nature.com/articles/0801699.pdf>
- Fairburn, C. G. (2014). *Få bukt med overspising*. Gyldendal Akademisk.
- Fairburn, C. G. & Beglin, S. J. (2008). Eating Disorder Examination Questionnaire (EDE-Q 6.0). I C. G. Fairburn, *Cognitive Behavior Therapy and Eating Disorders*. New York: Guilford Press.
- Fairburn, C. G., Cooper, Z. & Shafran, R. (2003). Cognitive behaviour therapy for eating disorders: a «transdiagnostic» theory and treatment. *Behaviour Research and Therapy*, 41, 509–528.
- Framson, C., Kristal, A. R., Schenk, J., Littman, A. J., Zeliadt, S. & Benitez, D. (2009). Development and Validation of the Mindful Eating Questionnaire. *Journal of American Dietetic Association*, 109(8), 1439–1444. <https://doi.org/10.1016/j.jada.2009.05.006>
- Godfrey, K. M., Gallo, L. C. & Afari, N. (2015). Mindfulness-based interventions for binge eating: a systematic review and meta-analysis. *Journal of behavioral medicine*, 38, 348–362. <https://doi.org/10.1007/s10865-014-9610-5>
- Gøttestam, K. G., Skårderud, F., Rosenvinge, J. H. & Vedul-Kjelsås, E. (2004). Patologisk overspising – en oversikt. *Tidsskrift for Den norske legeförening*, 16(124). <https://tidsskriftet.no/2004/08/tema-spiseforstyrrelser/patologisk-overspising-en-oversikt>
- Helsedirektoratet. (2017). *Nasjonal faglig retningslinje for tidlig oppdagelse, utredning og behandling av spiseforstyrrelser*. <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/spiseforstyrrelser>
- Hoek, H. W. (2016). Review of the worldwide epidemiology of eating disorders. *Current Opinion in Psychiatry*, 29(6), 336–339. <https://doi.org/10.1097/YCO.0000000000000282>
- Katterman, S.N., Kleinman, B.M., Hood, M.M., Nackers, L.M. & Corsica, J.A. (2014). Mindfulness meditation as an intervention for binge eating, emotional eating, and weight loss: A systematic review. *Eating behaviours*, 15, s. 197–204. Doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.eatbeh.2014.01.005>
- Keski-Rahkonen, A. & Mustelin, L. (2016). Epidemiology of eating disorders in Europe: Prevalence, incidence, comorbidity, course, consequences, and risk factors. *Current Opinion in Psychiatry*, 29(6), 340–345. <https://doi.org/10.1097/yco.0000000000000278>
- Kessler, R. C., Berglund, P. A., Chiu, W. T., Deitz, A. C., Hudson, J. I., Shahly, V., Aguilar-Gaxiola, S., Alonso, J., Angermeyer, M. C., Benjet, C., Bruffaerts, R., de Girolamo, G., de Graaf, R., Haro, J. H., Kovess-Masfety, V., O'Neill, S., Posada-Villa, J., Sasu, C., Scott, K., Viana, M. C. & Xavier, M. (2013). The prevalence and correlates of binge eating disorder in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *Biological psychiatry*, 73(9), 904–914. <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2012.11.020>
- Kornstein, S. G., Kunovac, J. L., Herman, B. K. & Culp-Perper, L. (2016). Recognizing Binge-Eating Disorder in the Clinical Setting: A Review of the Literature. *The Primary Care Companion for CNS Disorders*, 18(3). <https://doi.org/10.4088/PCC.15r01905>
- Kristeller, J. L. & Wolever, R. Q. (2011). Mindfulness-based eating awareness training for treating binge eating disorder: The conceptual foundation. *Eating Disorders*, 19, 49–61. <https://doi.org/10.1080/10640266.2011.533605>
- Ludwig, D. S. & Kabat-Zinn, J. (2008). Mindfulness in Medicine. *Jama*, 300(11), 1350–1352. <https://doi.org/10.1001/jama.300.11.1350>
- Mindful Eating Conscious Living. (u.å.). *Train to teach?* Hentet 10.10.21 fra <http://me-cl.com/train-to-teach-3/>
- Murphy, R., Straebl, S., Cooper, Z. & Fairburn, C. G. (2010). Cognitive behavioral therapy for eating disorders. *The Psychiatric Clinics of North America*, 33(3), 611–627. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2010.04.004>
- National institute for health and care excellence. (2017). *Eating disorders: recognition and treatment*. NICE guideline (NG69). <https://www.nice.org.uk/guidance/ng69>
- Neff, K. D. (2003). Development and validation of a scale to measure self-compassion. *Self and Identity*, 2, 223–250. <https://doi.org/10.1080/15298860309027>
- Pintado-Cucarella, S. & Rodríguez-Salgado, P. (2016). Mindful Eating and its relationship with body mass index, binge eating, anxiety and negative affect. *Journal of Behavior, Health and Social Issues*, 8(2), 19–24. <https://doi.org/10.1016/j.jbhsi.2016.11.003>
- Rø, Ø., Reas, D. L. & Lask, B. (2010). Norms for the Eating Disorder Examination Questionnaire among female university students in Norway. *Nordic Journal of Psychiatry*, 64(6). <https://doi.org/10.3109/08039481003797235>

- Rådgivning om spiseforstyrrelser. (u.å.). *Kurs: Mindful Eating*. Hentet 10.10.21 fra <https://nettros.no/bli-venn-med-maten/>
- Smink, F. R., van Hoeken, D., Oldehinkel, A. J. & Hoek, H. W. (2014). Prevalence and severity of DSM-5 eating disorders in a community cohort of adolescents. *International Journal of Eating Disorders*, 47(6), 610–619. <https://doi.org/10.1002/eat.22316>
- Sobik, L., Hutchison, K. & Craighead, L. (2005). Cue-elicited craving for food: A fresh approach to the study of binge eating. *Appetite*, 44, 253–261. doi: 10.1016/j.appet.2004.12.001.
- Sonneville, K. R., Horton, N. J., Micali, N., Crosby, R. D., Swanson, S. A., Solmi, F. & Fild, A. E. (2013). Longitudinal associations between binge eating and overeating and adverse outcomes among adolescents and young adults: does loss of control matter? *JAMA Pediatrics*, 167(2), 149–155. <https://doi.org/10.1001/2013.jamapediatrics.12>
- Sysko, R., Devlin, M. J., Walsh, B. T., Zimmerli, E. & Kissileff, H. R. (2007). Satiety and test meal intake among women with binge eating disorder. *International Journal of Eating Disorders*, 40, 554–561. <https://doi.org/10.1002/eat.20384>
- Vrabel, K. R., Rosenvinge, J. H., Hoffart, A., Martinsen, E. W. & Rø, Ø. (2008). The Course of Illness Following Inpatient Treatment of Adult with Longstanding Eating Disorders: A 5-year Follow-Up. *International Journal of Eating Disorders*, 41(3), 224–232. <https://doi.org/10.1002/eat.20485>
- Wilson, G. T., Grilo, C. M. & Vitousek, K. M. (2007). Psychological treatment of eating disorders. *The American Psychologist*, 62, 199–216. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.62.3.199>



OPPSUMMERT

Metakognisjon versus kognisjon ved sosial angst

Kan den metakognitive modellen bidra til bedre forståelse og behandling av sosial angst?

TEKST

Henrik Nordahl

KONTAKT

henrik.nordahl@ntnu.no

ILLUSTRASJON

Andrea Ferkingstad

Sosial angstlidelse er en av de vanligste psykiske lidelsene og har en livstidsprevalens på omtrent 12 %. Lidelsen debuterer typisk i ungdomsårene, den går sjelden over av seg selv, og er en sårbarhetsfaktor for blant annet depresjon og arbeidsrelaterte vansker. Det er derfor svært viktig at vi har gode forståelsesmodeller og intervensjoner for pasienter med sosial angst og relaterte vansker.

Kognitiv atferdsterapi basert på modellen til Clark og Wells (1995) er i dag den sterkeste anbefalte behandlingen for sosial angstlidelse (SAD) (NICE, 2013). Sentralt for modellen er antakel-

sen om at individer med SAD har negative tanker om det sosiale selvet. Disse tankene fører til at de engasjerer seg i en prosesseringsstil som er kjennetegnet av selvfokusert oppmerksomhet og sikkerhetsatferd, noe som opprettholder den sosiale angsten. Behandlingen søker derfor å teste gyldigheten av de negative tankene gjennom for eksempel videofeedback, atferdseksperimenter og kognitiv restrukturering.

Den metakognitive modellen stiller spørsmål ved betydningen av negative tanker som sentrale for psykiske vansker generelt. I dette perspektivet blir psykologiske lidelser opprett-

holdt som følge av problemer med å regulere tenkning. Denne effekten er videre antatt å være en funksjon av skjevheter i det *metakognitive kontrollsystemet* (Wells, 2019) markert av uhensiktsmessige metakognitive antakelser. Metakognitive antakelser er en type deklarativ kunnskap om kognisjon (tanker, tenkning og kognitive funksjoner), for eksempel at «hvis jeg tenker noe negativt om andre, er jeg en dårlig person», «bekymring holder meg trygg», og «jeg har en dårlig hukommelse». I det metakognitive perspektivet skal behandling teste gyldigheten av metakognitiv kunnskap, der målet er å oppnå bedre regulering av tenkning.

Før man evaluerer effekten av nye metoder for behandling av psykiske lidelser, som metakognitiv terapi for sosial angst, er det viktig å undersøke fundamentet slike intervensjoner er bygget på. Et interessant forskningsområde er derfor å undersøke den relative betydningen av negative tanker om selvet knyttet til sosiale situasjoner (kognisjon) versus antakelser om tenkning (metakognisjon). Kunnskap om dette vil informere oss om behandling bør omhandle gyldigheten av tanker (kognitiv terapi) og/eller gyldigheten av antakelser om regulering av tenkning (metakognitiv terapi).

I vårt prosjekt, som er gjennomført ved NTNU og Universitetet i Manchester, har vi sammenlignet betydningen av kognisjon versus metakognisjon for sosial angst og relaterte vansker. I en statistisk sammenligning av de to perspektivene på sosial angst fant vi at den metakognitive modellen passet dataene bedre enn den kognitive (Nordahl & Wells, 2017a). Endring i metakognisjon, men ikke endring i kognisjon predikerte symptombedring hos pasienter med sosial angst (Nordahl et al., 2017a). Metakognisjon, men ikke kognisjon predikerte depresjonssymptomer (Nordahl et al., 2018) og arbeidsstatus blant de med sosial angst (Nordahl & Wells, 2017b). I eksperimentelle studier har vi funnet at metakognisjon (Nordahl et al., 2016) og kognitiv selvbevissthet (en metakognitiv strategi), heller enn det å fokusere på et indre mentalt forestillingsbilde (sentralt i den kognitive modellen) (Nordahl et al., 2017b), bidrar til negativ selvevaluering.

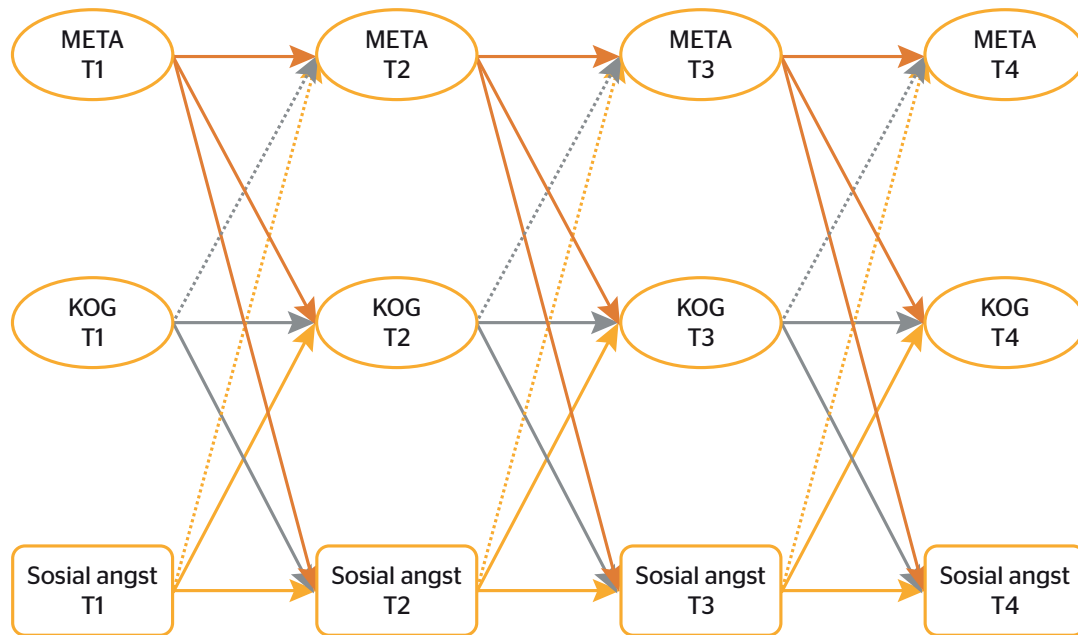
Alle studiene som er beskrevet her, indikerer at metakognisjon har større betydning enn kognisjon for sosial angst og relaterte vansker, men disse er korrelasjonsstudier. Vi har imidlertid undersøkt forholdet mellom sosial angst, kognisjon og metakognisjon i longitudinelle data (Nordahl et al., in press). Her fant vi at både kognisjon og metakognisjon predikerte sosial angst over tid. Videre fant vi at metakognisjon *også* predikerer kognisjon, mens kognisjon *ikke* predikerer metakognisjon. Sosial angst predikerer også kognisjon, men ikke metakognisjon. Oppsummert antyder altså disse dataene at symptomer og kognisjon står i et gjensidig årsaksforhold, mens metakognisjon ligger til grunn for begge, illustrert i figur 1.

Forskningen vi har gjort, tyder på at vi kan utvikle bedre forståelsesmodeller og behandling for pasienter med sosial angst hvis vi vektlegger metakognisjon heller enn kognisjon. Muligens vil endring av metakognisjon påvirke den sosiale angsten og de relaterte vanskene i parallell, da de samme antakelsene om tenkning virker å ligge til grunn for flere ulike typer av vansker. Istedenfor å jobbe med gyldigheten av de negative tankene (kognisjon) bør vi fokusere på gyldigheten av antakelser om tenkning (metakognisjon). Her virker antakelser om kontrollerbarheten av tenkning («jeg har ingen kontroll over tenkningen min») å være de mest sentrale.

Hovedmomenter

- Kognisjon står sentralt i kognitive modeller og kognitiv atferdsterapi, mens den metakognitive modellen vektlegger metakognisjon og regulering av tenkning
- Metakognisjon, men ikke kognisjon predikerer symptombedring gjennom behandling for pasienter med sosial angstlidelse (Nordahl et al., 2017a)
- Metakognisjon, men ikke kognisjon predikerer depresjonssymptomer blant pasienter med sosial angstlidelse (Nordahl et al., 2018)
- Metakognisjon, men ikke kognisjon predikerer arbeidsstatus blant de med sosial angst (Nordahl & Wells, 2017b)
- Metakognisjon kan ligge til grunn for både symptomer og negative tanker (Nordahl et al., in press)





FIGUR 1 En illustrasjon av sammenhengen mellom metakognitive antakelser (META), kognitive antakelser (KOG) og sosial angst over fire måletidspunkter (T1-T4) basert på Nordahl et al. (in press). Statistisk signifikante effekter ($p < .001$) er representert av hele linjer, mens ikke-signifikante effekter er representert av stiplede linjer.

Som et første steg mot bedre behandling har noen få studier undersøkt effekten av metakognitive teknikker for sosial angst. Vogel og kollegaer (2016) behandlet pasienter med sosial angst med en kombinasjon av oppmerksomhetstrening og adaptiv oppmerksomhetsstyring, og de fant svært god effekt av disse to metakognitive intervensjonene. Så mange som 46 % av pasientene ble friske. Gkika og Wells (2015) sammenlignet kognitiv restrukturering, en del av kognitiv terapi, med *frakoblet oppmerksomhet*, en metakognitiv intervensjon som brukes for å redusere uhensiktsmessig selvregulering og modifisere metakognitive antakelser. De fant at frakoblet oppmerksomhet hadde en bredere effekt, for eksempel reduserte teknikken også bekymrings-tenkning. Interessant nok fant de også at det å kombinere kognitiv restrukturering og frakoblet oppmerksomhet virket mot sin hensikt

hvis kognitiv restrukturering ble benyttet sist. Dette funnet taler imot integrasjon av de ulike teknikkene i behandlingen av sosial angst. Vi har videre testet metakognitiv terapi for sosial angst i en enkel kassserie hvor behandlingen ga positiv effekt på bare åtte timer for tre pasienter med ulik grad av sosial angst (Nordahl & Wells, 2018).

Samlet finner vi sterk indikasjon for at metakognisjon har en rolle i opprettholdelsen av sosial angst og relaterte vansker, og at metakognisjon er mer betydningsfullt enn kognisjon. Studiene som er oppsummert her, indikerer at en metakognitiv tilnærming til sosial angst kan føre til gode resultater, men dette må vurderes videre i større og bedre kontrollerte studier. Det er fortsatt et åpent spørsmål om metakognitiv terapi kan være en mer effektiv behandling enn kognitiv terapi for sosial angstlidelse. ✘

REFERANSER

- Clark, D. M. & Wells, A. (1995). A cognitive model of social phobia. I R. G. Heimberg, M. R. Liebowitz, D. A. Hope & F. Schneier, R. (red.), *Social Phobia: Diagnosis, Assessment, and Treatment* (s. 69–93). The Guilford Press.
- Gkika, S. & Wells, A. (2015). How to deal with negative thoughts? A preliminary comparison of detached mindfulness and thought evaluation in socially anxious individuals. *Cognitive Therapy and Research*, 39, 23–30.
- National Institute for Health and Care Excellence. (2013). *Social anxiety disorder: recognition, assessment and treatment of social anxiety disorder* [Clinical guideline 159].
- Nordahl, H., Anyan, F., Hjemdal, O. & Wells, A. (in press). Metacognition, Cognition, and Social Anxiety: A Test of Temporal and Reciprocal Relationships. *Journal of Anxiety Disorders*.
- Nordahl, H., Nordahl, H. M., Hjemdal, O. & Wells, A. (2017a). Cognitive and metacognitive predictors of symptom improvement following treatment of social anxiety disorder: A secondary analysis from a randomized controlled trial. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 24, 1221–1227.
- Nordahl, H., Nordahl, H. M., Vogel, P. A. & Wells, A. (2018). Explaining depression symptoms in patients with social anxiety disorder: Do maladaptive metacognitive beliefs play a role? *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 25, 457–464.
- Nordahl, H. M., Nordahl, H. & Wells, A. (2016). Metacognition and perspective taking predict negative self-evaluation of social performance in patients with social anxiety disorder. *Journal of Experimental Psychopathology*, 7, 601–607.
- Nordahl, H., Plummer, A. & Wells, A. (2017b). Predictors of Biased Self-perception in Individuals with High Social Anxiety: The Effect of Self-consciousness in the Private and Public Self Domains. *Frontiers in Psychology*, 8, 1126.
- Nordahl, H. & Wells, A. (2017a). Testing the Metacognitive model against the benchmark CBT model of Social anxiety disorder: Is it time to move beyond cognition? *PLOS ONE*, 12(5), e0177109.
- Nordahl, H. & Wells, A. (2017b). Social anxiety and work status: the role of negative metacognitive beliefs, symptom severity and cognitive-behavioural factors. *Journal of Mental Health*, 24, 1–5.
- Nordahl, H. & Wells, A. (2018). Metacognitive Therapy for Social Anxiety Disorder: An A-B Replication Series Across Social Anxiety Subtypes. *Frontiers in Psychology*, 9, 540.
- Vogel, P. A., Hagen, R., Hjemdal, O., Solem, S., Smeby, M. C. B., Strand, E. R., Fisher, P., Nordahl, H. M. & Wells, A. (2016). Metacognitive Therapy Applications in Social Phobia: An Exploratory Study of the Individual and Combined Effects of the Attention Training Technique and Situational Attentional Refocusing. *Journal of Experimental Psychopathology*, 7, 608–618.
- Wells, A. (2019). Breaking the Cybernetic Code: Understanding and Treating the Human Metacognitive Control System to Enhance Mental Health. *Frontier in Psychology*, 10, 2621.

Nullvisjon for selvmord

Selvordsfeltet kan lære av nullvisjonen i veitrafikken. Det krever samtidig en betydelig satsning og en tilpasning til sikkerhetens egenart i psykisk helsefeltet.

TEKST Siv Hilde Berg¹ og Fredrik A. Walby

¹ ph.d, psykolog og masterstudier i samfunnsikkerhet. Postdoktor SHARE, Senter for kvalitet og sikkerhet i helse-tjenesten, Universitetet i Stavanger
² forsker og psykologspesialist, Nasjonalt senter for selvmordsforskning og -forebygging, Universitetet i Oslo

KONTAKT

Siv.h.berg@uis.no

Handlingsplan for forebygging av selvmord 2020–2025 innførte for første gang en nullvisjon for selvmord i Norge. Nullvisjonen formidler et verdisyn om at vi som samfunn ikke har noen å miste, skrev Solberg-regjeringen. Hva nullvisjonen skal omfatte, sies det lite om. Helsepersonell vi snakker med, frykter at nullvisjonen vil bety økt bruk av tvang og enda mer krav om dokumentasjon for å holde ryggen fri. Mange opplever også manglende anerkjennelse av kompleksiteten i selvmordsproblematikken og det manglende kunnskapsgrunnlaget i selvmordsforebyggingen. Vi savner en systematisk plan for hvordan nullvisjonen skal brukes for å gi retning for arbeidet videre, og vi savner et innhold.

NULLVISJON SOM STRATEGI

Begrepet nullvisjon er hentet fra sikkerhetsfaget, og har som mål å redusere ulykker gjennom systematisk og langsiktig styring med omfattende ulykkesforebyggende tiltak. Nullvisjon innenfor veitrafikk ble innført med *Nasjonal transportplan 2002–2011*. I 2001 var det 275

drepte i trafikken. I 2020 var det for første gang siden 1947 færre enn 100 drepte på norske veier. Suksesshistorien med nullvisjon i veitrafikken har ofte blitt satt opp imot selvmordsforebygging, der vi ikke har sett noen nedgang i selvmordsratene de siste 15 årene. I 2018 ble selvmordstall fra den systematiske gjennomgangen av selvmord i psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling offentliggjort (Walby et al., 2018). Rapporten avdekket at annenhver dag i snitt tok en pasient i psykisk helsevern livet sitt. Dette ble møtt med en åpenhet fra helsemyndighetene for å få ned selvmordstall med metoder hentet fra trafikksikkerhet, skrev NRK den 27. april i 2018 (Førland et al., 2018).

«I 2019 døde 29 personer under 30 år i trafikken. Samme år døde 148 personer under 30 år av selvmord», skriver Aftenposten den 29. mars 2021, og med innføringen av nullvisjon for selvmord skal vi nå lære av veitrafikken, opplyser Bent Høie (Røren & Aasheim, 2021).

Men satsingene er ikke sammenliknbare. Uten et innhold og en strategi fremkommer

sammenlikningene med veitrafikk som en utopi med et nærmest urealistisk forenklet inntrykk av overføringsverdien mellom veitrafikk og psykisk helse. Vi vil nevne tre områder som må løftes bedre i debatten om hva nullvisjon for selvmord bør inneholde. Vi trekker veksler på studier vi har utført for å forstå fenomenet sikkerhet for pasienter innlagt i selvmordskrise.

(1) NULLVISJON I VEITRAFIKK ER MER ENN EN VERDI

Helhetlige tiltak må rettes mot der vi har kunnskap. Nullvisjon i veitrafikk bygger på tre pilarer: *etikk*, ethvert menneske er unikt og uerstattelig, *vitenskapelighet*, kunnskap skal ligge til grunn for utformingen av tiltak, og til slutt *ansvar*, trafikantene, myndighetene og andre som kan påvirke trafikksikkerheten, har et delt ansvar.

Handlingsplanen for forebygging av selvmord omfavner etikkpilaren, men skal vi kunne sammenlikne en nullvisjon for selvmord med veitrafikk, er det helt grunnleggende at det også jobbes systematisk med å styrke tiltak som gir effekt, der prinsippet om vitenskapelighet ligger til grunn. Det er ikke uproblematisk.

Innenfor veitrafikk har vi fått betydelig kunnskap om årsaks- og hendelseskjeder. Vi har kunnskap om at enkelttiltak, som å senke farten og bruke bilbelte, fører til reduksjon i dødsfall og hardt skadde. Dette står i stor kontrast til hva som er status for selvmordsforebygging. Her finnes ingen «midtrabatter» eller «airbagger» som kan settes inn og effektivt gi selvmordsforebyggende effekt for alle.

Vi vet ikke eksakt hva som skal til for å forhindre at en person tar livet sitt. Innenfor psykisk helsevern utføres det til daglig en rekke tiltak der vi ikke har kunnskap om effekten på selvmordsatferd. Vi har ingen kontrollerte studier som dokumenterer effekten og risikoen knyttet til observasjon av pasienter i selvmordsfare (Reen et al., 2020), og vi vet lite om hvilke pasienter som har nytte av å ha behandling under lukkede dører fremfor åpne dører. En av årsakene til usikkerhet i evidensgrunnlaget skyldes at det ikke er etisk forsvarlig å plassere individer med høy selvmordsfare i en kontrollgruppe der de ikke gis beskyttelsestiltak.

Vi har heller ingen metoder for å forutse hvilke pasienter som kommer til å ta livet sitt i sengepost. Hvert år dør om lag 25 personer av selvmord mens de er innlagt i Norge (Walby et al., 2018). Det anses statistisk å være et lavfrekvent fenomen. Hendelser med lav baserate, slik som selvmord i sengepost, lar seg med få unntak predikere. Vi har ikke støtte for å bruke risikoskalaer i selvmordsrisikovurderinger, selv om flere skalaer har relativt god sensitivitet og spesifisitet, gjør den lave baseraten at de ikke kan brukes til å identifisere pasientene selv i høyrisikogrupper (Carter et al., 2017), og medfører dessuten en svært høy andel falske positive.

Det betyr ikke at vi ikke vet hva som virker, men at det som virker, er mer sammensatt, og at tiltakene ikke utelukkende kan settes inn mot individer som er i selvmordsrisiko. Tiltakene må også settes inn på gruppenivå.

De fleste individer som har forsøkt å ta livet sitt, har en psykisk lidelse. Det er sterk støtte i evidensgrunnlaget for psykologisk og medisinsk behandling av psykisk lidelse for å forebygge selvmord (Zalsman et al., 2016). Vi vet også at YAM, et kortvarig tiltak i skolen som hjelper ungdom å håndtere stress, kriser og livsutfordringer, reduserer selv-



Vi vet ikke eksakt hva som skal til for å forhindre at en person tar livet sitt





Det har ofte blitt konkludert med at selvmordet skyldes fraværet av risikovurderinger, og helsepersonellet har blitt gjort til syndebukk for selvmordet

mordsforsøk med 50 % blant ungdom (Wasserman et al., 2015). Det å ha lett tilgang til helsetjenester og oppfølging etter innleggelse er også effektive tiltak (Zalsman et al., 2016). I Norge som i andre land vet vi at selvmord ofte skjer nær opp mot siste kontakt med helsetjenesten (Walby et al., 2018).

Skal vi rette tiltak mot der vi har kunnskap, er det behov for helhetlige tiltak som rettes mot å styrke tjenestene i alle ledd. Tilgjengeligheten til tjenestene må forbedres, kapasiteten i kommunen og spesialisthelsetjenesten må økes. Primærforebyggende tiltak i skolene må inkluderes.

Solberg-regjeringens totale budsjett for Handlingsplan for forebygging av selvmord var kun 20 millioner kroner i 2021, og Solberg-regjeringen ville bruke halvparten til opplysningskampanjer. Dette til tross for svak evidens for slike tiltak (Zalsman et al., 2016). Selvmordsforebygging er sammensatt, vi forebygger ikke selvmord bare ved å prate om det!

«Kvalitet virker», skrev presidenten i Norsk psykologforening i et innlegg om nullvisjonens utforming (Skard, 2020). Vi er enige. Kvalitetsarbeid må også tilpasses behovene i psykisk helsevern. Selvmord er et sammensatt problem. Komplekse systemer, inkludert psykiske helsetjenester, må møtes med komplekse løsninger, og gjøre helsetjenesten robust og i stand til å imøtekomme ulike utfordringer for at det går godt i behandlingen, og ikke bare forhindre at systemet feiler (Wiig et al., 2020).

Psykiske helsetjenester har over flere år har vært underdimensjonert både i kommunen og i spesialisthelsetjenesten, det gir grunn til bekymring for dens kapasitet.

Direktør for Statens undersøkelseskomisjon for helse- og omsorgstjenesten (UKOM) Pål Iden uttalte at «pandemien setter et forstørrelsesglass på sårbarheten i det eksisterende system», og hevder vi står overfor pandemiens muligens største folkehelseproblem med en psykisk helsekrise blant barn og ungdom (UKOM, 2021). I flere kommuner foreligger det ikke noe tilbud etter utskrivelse, og lavterskeltilbud har fått venteliste. Tilbudene mister sin funksjon som et lavterskeltilbud der mennesker kan få hjelp på kort tid.

Det er helt grunnleggende for kvalitet og sikkerhet i helsetjenesten at vi ikke skal møte mennesker i krise med underdimensjonerte tjenester. Vi må styrke selve fundamentet i tjenestene: helsepersonellet, som igjen skal ivareta mennesker i selvmordskrise.

For helsepersonell og behandlingenheter var antakelig denne strikken strukket for langt lenge før pandemien.

(2) NULLVISJON I VEITRAFIKK MÅ TILPASSER SELVMORDSHENDELSER

I gransking av trafikkulykker ses trafikkulykkene i et systemperspektiv med kartlegging av hendelsesforløp og årsaksfaktorer. Gjennomgangen til Statens havarikommisjon tar for seg alt fra fører av bil til veinettet til regelverket.

I dag finnes det modellverktøy for gransking av trafikkulykker, som har bidratt til at transportsystemet, transportmidlene og regelverket utformes på en måte som fremmer trafiksikker atferd hos trafikantene, og i størst mulig grad medvirker til at menneskelige feilhandlinger ikke fører til alvorlige skader eller død.

Det er slike modeller vi kaller systemiske modeller, fordi de kartlegger bakenforliggende årsaker til en ulykke på flere nivå.

Ifølge Bent Høie handler mye av årsaken til nedgang i dødsfall i trafikken om at vi gikk bort fra å se på en trafikkulykke som en enkelthendelse til å se på det som et samfunnsproblem. Det ble satt av beskjedne to millioner kroner til et pilotprosjekt for granskning av selvmord, som tar utgangspunkt i Havarikommisjonens modell for granskning av trafikkulykker.

Høie etterlyser perspektiver, som ikke bare har manglet i det selvmordsforebyggende arbeidet i Norge, men også internasjonalt. Sikkerhetsforskning har i svært liten grad vært opptatt av selvmordsforebygging, og det eksisterer et stort kunnskapsgap også i grunnforskningen.

Det er ikke slik at enhver alvorlig hendelse vi ønsker å forebygge i samfunnet, kan settes inn i en modell som gir oss et entydig svar på hva som gikk galt, og hvor vi skal rette tiltakene. Konklusjonene i slike granskinger handler i stor grad om valg av modell (Lundberg et al., 2009). I sikkerhetsforskning har vi ulike ulykkesmodeller, og disse påvirker hva vi anser som svikt, hvor vi retter fokus i sikkerhetstiltak, og hva vi lærer.

Ikke bare i Norge, men i helsetjenester verden over, har rotårsaksanalyser blitt brukt i granskning av selvmordshendelser (Turner et al., 2020; Roos af Hjelmsäter et al., 2021). I disse analysene listes det opp en rekke kausale faktorer før en konkluderer med den endelige rotårsaken. Dessverre har ofte menneskelig feil blitt påpekt som årsak til svikt. Det har ført til en rekke negative konsekvenser for fagfeltet og manglende anerkjennelse av kompleksiteten det innebærer å forebygge selvmord. Det har ofte blitt konkludert med at selvmordet skyldes fraværet av risikovurderinger, og helsepersonellet har blitt gjort til syndebukk for selvmordet. Det har gjort helsepersonellet til et sekundært offer for selvmordet. Frykten for straff og å gjøre feil har skapt en frykttkultur som disiplinierer helsepersonell til å prioritere hva enn de blir vurdert etter. Dette har gått på bekostning av fokuset på helsepersonells ekspertise og den sikkerheten som skapes i de relasjonelle og terapeutiske prosessene (Turner et al., 2020). Rotårsaksanalysene gir dårlig grobunn for læring i helsetjenesten, og det er ikke tvil om at vi må bevege oss videre når vi skal forstå noe så komplekst som et selvmord.

Å gå bort fra rotårsaksanalyser til systemiske modeller innebærer et fokusskifte fra å

lete etter enkeltårsaker, som sviktende helsepersonell, til å belyse bakenforliggende forhold på samfunnsnivå. Det er et svært viktig bidrag til verdenssamfunnet at vi vender blikket til sikkerhetsfaget for å lære mer om selvmord i et samfunnsperspektiv.

Slike modeller begrenses naturlig av hvor mye vi vet om det vi skal forebygge. Noe av denne kunnskapen vil kunne opparbeides gjennom granskning og læring, slik man har gjort i veitrafikken gjennom 20 år. Annen kunnskap må skapes for at modellene i det hele tatt skal kunne anvendes i det selvmordsforebyggende feltet. Årsaks- og ulykkesmodeller for selvmord, og spesielt systemiske modeller, og hva sikkerhet er i denne sammenheng, vet vi fortsatt lite om.

Modeller er abstraksjoner for å forstå komplekse fenomener. For å være nyttige må de inkludere viktige faktorer og utelate andre. En fallgrube ved bruk av ulike granskingsverktøy er at vi prøver å få data til å passe modellen (Le Coze, 2008). Vi har ikke forstått systemet godt nok (fenomenet selvmord), og vi bruker gjerne forhåndsdefinerte kategorier som vi prøver å presse virkeligheten inn i. For å unngå dette må det trås varsomt med høy sensitivitet til konteksten psykisk helse.

En annen fallgrube er bruk av modeller som utelukkende setter søkelys på svikt, fremfor kvalitet og tiltak som øker helsetjenestenes kapasitet. Innovative modeller er i utvikling, og disse baserer seg i større grad på å lære av det som gjør at det går bra i møte med kompleks hverdagspraksis, enn å utelukkende lære av det som går galt.

Det er også behov for grunnforskning for å forstå bedre hvordan selvmord skal forstås som en ulykke, hva sikkerhet er i denne sammenheng, og hvordan vi kan anvende systemiske modeller i det selvmordsforebyggende feltet med varsomhet. *Det* krever en betraktelig større satsning enn to millioner kroner.

(3) DET ER IKKE ALT SOM KAN OVERFØRES FRA VEITRAFIKK

Sikkerhet skapes gjennom relasjonene og persontilpasningen for den selvmordstruede pasient. Sikkerhet for selvmordstruede skiller seg fra veitrafikk, der en rekke barrierer settes inn for å forhindre ulykker. Sikkerhet for selvmordstruede er mer enn å fysisk forhindre at pasienten tar livet sitt.



Vi har utført en rekke studier for å forstå bedre fenomenet sikkerhet for selvmordstruede pasienter som er innlagt i psykisk helsevern (Berg, 2020). Når vi la pasientens perspektiv til grunn, fant vi at opplevelsen av trygghet var avgjørende for sikkerhet (Berg et al., 2017). Selv om den fysiske beskyttelsen for selvmordsimpulser var livreddende, kunne pasienter oppleve økende suicidalitet om de ble plassert under observasjon uten å samtidig oppleve verdighet og tilknytning til helsepersonellet. En oppnår ikke sikkerhet ved å designe et system som fysisk forhindrer pasienten i å ta livet sitt, men overser behovet for tilknytning.

Ingen studier hadde tidligere undersøkt hvordan suicidale pasienter erfarte sikker klinisk praksis. Ved å intervju 18 pasienter mens de var innlagt i en selvmordskrise, fant vi at sikker klinisk praksis for pasienter i selvmordskrise involverer persontilpassede aktiviteter, og at det er behov for å anerkjenne dette, ikke bare i behandlingstiltak, men også i beskyttelses- og sikkerhetstiltak slik som selvmordsrisikovurderinger og observasjon av selvmordsfare (Berg et al., 2020a). Suicidale pasienter er ikke en homogen gruppe, det er en gruppe med ulike behandlingsbehov og beskyttelsesbehov. Behandling og beskyttelse må tilpasses for å være sensitiv til individet og konteksten. Å skape sikkerhet i sengepost handler for enkelte pasienter også om å være blant helsepersonell som de kjenner, som de har tillit til at vil forstå dem og imøtekomme deres signaler på forverring.

Som pasienten «Gunn» beskrev det:

De har lært meg å kjenne og derfor tror jeg at det er viktig at du er på samme avdeling når du kommer inn ... fordi de har sett det på meg. De har sett det på skiftningen av humøret og ting jeg sier ... og ikke sier. Faktorer, alt fra mimikk, sikkert noe mer ... fordi at de har gjerne sett at ... når jeg blir helt helt stille ... da er jeg dårlig, og da følger de ekstra med. Ja ... for det er ikke lett å si det selv. Eller noen ganger er det nesten umulig å si det selv, du vil bare være i fred med dine selvmordsplaner.

Vi fant videre i en kvalitativ studie av 35 helsepersonell at ekspertisen og tilpassingen av behandling og beskyttelsestiltak til den enkelte pasient var avgjørende for å skape sikkerhet, men at dette var en svært kompleks og usik-

ker praksis (Berg et al., 2020b). Helsepersonell står i vanskelige kliniske vurderinger og overveier flere ulemper for pasienten, i frykt for både å underbeskytte og å overbeskytte pasienten, som denne psykiateren med ti års erfaring beskriver:

Jeg kjenner nok litt på at vi blir litt presset til å ta ansvar for alt. Litt sånn «damned if I do, damned if I don't». Vi får kjeft for at vi bruker mye tvang, og det er ikke ønskelig ... Det skal være autonomi. Samtidig, hvis ting går galt så må vi svare for oss ... og fokus er på hvem som gjorde noe galt og at det ikke blir jobbet godt nok ... uten å ta helt inn over seg kompleksiteten. Da tenker jeg spesielt på alvorlige sinnslidelser, det er ikke så lett heller.

Sikker klinisk praksis for pasienter innlagt i selvmordskrise hadde en rekke kjennetegn som man finner i komplekse adaptive systemer. Kompleksiteten i selvmordskonteksten kjennetegnes av beslutninger som tas under høy grad av usikkerhet, sikkerhet for selvmordstruede skapes gjennom en rekke relasjonelle prosesser, som krever stor grad av individtilpassning og tilpasninger av prosedyrer. I slike systemer kan ikke sikkerhet utelukkende styres ved å sørge for at alle følger standarder eller sjekklister (Berg, 2020).

Dette har implikasjoner for hvordan en tilnærmer seg en nullvisjon. I slike systemer kan en ikke forvente nedgang i selvmord ved å sikre at alle utfører en prosedyre på samme måte. Mens man i veitrafikken kan styre sikkerhet ved å sikre at alle bruker sikkerhetsbeltet, må man tilnærme seg sikkerhet på en annen måte i et komplekst adaptivt system.

For å styrke sikkerhet i komplekse adaptive systemer, må en styrke kapasiteten og evnen til tilpassning i systemet. Det kan gjøres ved å styrke støttesystemene for helsepersonell og helsepersonellens ekspertise og gi fleksibilitet til å tilpasse behandlingen. Felles visjoner og verdier blir viktige verktøy for å sørge for at systemet snor seg rundt pasientens behov (Ellis et al., 2017; Berg, 2020).

Skal vi lære av andre land som arbeider med nullvisjon for selvmord, kan vi ta med oss noen kloke ord fra Gold Coast Hospital i Australia (Turner et al., 2020). Deres erfaringer er at nullvisjon ikke kan implementeres uten at det samtidig anerkjennes at selvmordsforebygging er

komplekst og krever stor fleksibilitet. Videre argumenterer de for at vi må skape en kultur som ivaretar helsepersonellet og ikke legger skylden for selvmordet på et enkelt helsepersonells vurderinger.

Systemiske modeller kan bidra til å romme denne kompleksiteten, men kun om vi samtidig omfavner at sikkerhet skapes på en annen måte innenfor psykisk helse enn i veitrafikken. ✕



En oppnår ikke sikkerhet ved å designe et system som fysisk forhindrer pasienten i å ta livet sitt, men overser behovet for tilknytning

REFERANSER

- Berg, S.H. (2020). Safe clinical practice for patients hospitalised in mental healthcare during a suicidal crisis. Ph.d-avhandling. Universitetet i Stavanger.
- Berg, S.H., Rørtveit, K., Walby, F.A. & Aase, K. (2020a). Safe clinical practice for patients hospitalised in mental health wards during a suicidal crisis: qualitative study of patient experiences. *BMJ Open*. 10(11), e040088.
- Berg, S.H., Rørtveit, K., & Aase, K. (2017). Suicidal patients' experiences regarding their safety during psychiatric in-patient care: a systematic review of qualitative studies. *BMC Health Services Research*. 17(1), 73.
- Berg, S.H., Rørtveit, K., Walby, F.A. & Aase, K. (2020b). Adaptive capacities for safe clinical practice for patients hospitalised during a suicidal crisis: a qualitative study. *BMC Psychiatry*. 20(1), 316.
- Carter, G., Milner, A., McGill, K., Pirkis, J., Kapur, N., & Spittal, M. J. (2017). Predicting suicidal behaviours using clinical instruments: systematic review and meta-analysis of positive predictive values for risk scales. *The British Journal of Psychiatry*. 210(6), 387–395.
- Ellis, L.A., Churrua, K. & Braithwaite, J. (2017). Mental health services conceptualised as complex adaptive systems: what can be learned? *International Journal of Mental Health Systems*. 11(1), 43.
- Førland, H., Moland, A., Hansen, S., Riiser, B., Ekerhold, M. & Holø, R.M. (2018). Vil få ned selvmordstall med trafikkmetoder. *nrk.no*. Vil få ned selvmordstall med trafikkmetoder – Dokumentar (nrk.no)
- Le Coze, J. (2008). Disasters and organisations: From lessons learnt to theorising. *Safety Science*. 46(1), 132–149.
- Lundberg, J., Rollenhagen, C. & Hollnagel, E. (2008). What-you-look-for-is-what-you-find-The consequences of underlying accidents models in eight investigation manuals. *Safety science*. 47, 1297–1311.
- Reen, G.K., Baily, J., Mughan, D. & Vincent, C. (2020). Systematic review of interventions to improve constant observation on adult inpatient psychiatric wards. *International journal of mental health nursing*, 29(3), 372–386.
- Roos af Hjelmsäter, E. Axel, R., Gäre, B.A. & Westrin, Å. (2019). Deficiencies in healthcare prior to suicide and actions to deal with them: a retrospective study of investigations after suicide in Swedish healthcare. *BMJ Open*. 2019;9, e032290.
- Røren, I. & Aaseheim, A. (2021). Helseministeren om selvmord blant unge: – Vi har ikke gjort nok. *Aftenposten*. <https://www.aftenposten.no/norge/i/56gG5W/helseministeren-om-selvmord-blant-unge-vi-har-ikke-gjort-nok>
- Skard, H.K. (2020). Nullvisjon for selvmord kan gi utilsiktede konsekvenser. *Dagens Medisin* <https://www.dagensmedisin.no/blogger/hakon-kongsrud-skard/2020/09/09/nullvisjon-for-selvmord-kan-gi-utilsiktede-konsekvenser/>
- Turner, K., Stapelberg, N.J., Svetlicuc, J. & Dekker, S.W. (2020). Inconvenient truths in suicide prevention: Why a Restorative Just Culture should be implemented alongside a Zero Suicide Framework. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*. 54(6), 571–581.
- Ukom (2021). Barn og unges psykiske helse ett år inn i pandemien. UKOM. <https://www.ukom.no/for-side/nyheter/barn-og-unges-psykiske-helse-ett-aar-inn-i-pandemien/>
- Walby, F.A., Myhre, M.Ø. & Kildahl, A.T. (2018). 1910 døde pasienter: Selvmord i psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling 2008 til 2015 – en nasjonal registerstudie 2018: Nasjonalt senter for selvmordsforskning og forebygging, Universitetet i Oslo.
- Wasserman, D., Hoven, C. W., Wasserman, C., Wall, M., Eisenberg, R., Hadlaczky, G., Kelleher, I., Sarchiapone, M., Apter, A., Balazs, J., Bobes, J., Brunner, R., Corcoran, P., Cosman, D., Guillemin, F., Haring, C., Iosue, M., Kaess, M., Keeley, H., ... Carli, V. (2015). School-based suicide prevention programmes: the SEYLE cluster-randomised, controlled trial. *The Lancet*. 385(9977), 1536–1544.
- Wiig, S., Aase, K., Billett, S., Canfield, C., Røise, O., Njå, O., Guise, V., Haraldseid-Driftland, C., Ree, E., Anderson, J. E. & Macrae, C. (2020). Defining the boundaries and operational concepts of resilience in the Resilience in Healthcare Research Program. *BMC Health Services Research*. 20(330).
- Zalsman, G., Hawton, K., Wasserman, D., van Heeringen, K., Arensman, E., Sarchiapone, M., Carli, V., Höschl, C., Barzilay, R., Balazs, J., Purebl, G., Kahn, J. P., Sáiz, P. A., Lipsicas, C. B., Bobes, J., Cozman, D., Hegerl, U. & Zohar, J. (2016). Suicide prevention strategies revisited: 10-year systematic review. *The Lancet Psychiatry*, 3(7), 646–659.

Ellinor Hamsuns tragiske skjebne – del I

Knut Hamsuns datter Ellinor Hamsun (1915–1987) ble lobotomert to ganger på 1950-tallet og tilbrakte de siste tre år av sitt liv på et pleiehjem i Danmark. I to artikler vil jeg presentere det som er kjent om hennes biografi, samt foreldrenes oppfatninger og reaksjoner på hennes personlighet og adferd.

TEKST Kim Larsen

Gjennom artiklene vil jeg forsøke å rekonstruere Ellinors liv og familiens reaksjon på hennes psykopatologi. I neste artikkel vil jeg redegjøre for Ellinors sykdomshistorie og lobotomiene hun undergikk, mens i denne artikkelen vil jeg fokusere på Ellinors livshistorie.

Jeg ble først oppmerksom på Ellinor Hamsun og hennes tragiske skjebne da jeg skulle skrive en bokomtale av Jesper Vaczy Kraghs bok *Det hvite snit. Psykokirurgi og dansk psykiatri 1922–1983* (2010) i et historisk tidsskrift (Larsen, 2012). I boken er det beskrevet at Ellinor Hamsun ble lobotomert to ganger, hen-

holdsvis i 1953 og 1956, og at hun tilbrakte de siste tre år av sitt liv på et pleiehjem i Danmark, hvor hun døde i 1987. Dette var helt nye opplysninger for meg, noe jeg syntes var rart i lys av den betydelige oppmerksomheten som ble viet Hamsun-forskningen. Jeg forsøkte å finne flere opplysninger om Ellinors tragiske skjebne. Det viser seg at lobotomiene så vidt er hentydet til i Thorkild Hansens verk *Prosesen mot Hamsun* (1978), hvor de kun er eufemistisk benevnt som «operasjonene». Harald S. Næss' (red.) *Knut Hamsuns brev* (1994–2000) er etter min mening den klart rikeste kilden til Ellinors liv frem til Knut Hamsuns død i 1952. Andre



BARNDOMSHJEM Ellinor Hamsun vokste opp på Nørholm, dit familien flyttet i 1918. Forfatterdatteren levde et turbulent liv, hvor hun i sin ungdom vanket blant kunstnereliten i Berlin, utviklet problemer med alkohol, og levde de siste tredivetårene på et pleiehjem i Danmark. Her er hun fotografert på Nørholm i Grimstad i 1939. Foto: Nasjonalbiblioteket / Anders Beer Wilse

kilder finnes, men dette er den mest omfattende og detaljrike kilden i dag, både til Ellinors psykopatologi og familiens reaksjon på hennes adferd. Den boken som bidro til bredere oppmerksomhet om Ellinor, var erindringsboken *Så mange slags kjærlighet. Med Ellinor Hamsun i Berlin 1937–39* (2004) av den da 89-årige språkprofessoren Gerd Høst. Her ble også lobotomiene omtalt. Gerd Høst fortalte i intervjuer med pressen at hun var blitt motivert til å skrive boken etter å ha reagert på måten Ellinor ble fremstilt på i filmen *Hamsun* (Troell, 1996). Både eksistensen av et eksplisitt motiv for å skrive boken og det faktum at forfatteren ikke hadde sett Ellinor Hamsun siden 1940, for så å skrive en erindringsbok om begivenheter som ligger omtrent 60 år tilbake i tid, borger ikke for at resultatet blir historisk sannferdig. Utgivelsens kvaliteter kan det altså stilles spørsmål ved, men boken bidrar til at Ellinors skjebne blir omtalt av riksavisene, og at lobotomiene blir nevnt i denne sammenheng. Eksem-



Det er imidlertid tydelig at foreldrene er samstemte om at hennes adferd ved 16-17-årsalderen var uakseptabel





SKUESPILLERDRØMMEN Fra midten av 1930-tallet bor Ellinor i Berlin, hvor hun går på teaterskole og håper å bli filmskuespillerinne. Her fra prologen til filmen *Norge - et dikt i bilder*, som er en hyllest til norsk natur, og hvor Ellinor leser kommentarene. Foto: Nasjonalbiblioteket / ukjent



Som datter av en verdensberømt forfatter fikk hun tilgang til et jetsett-liv og utviklet eskalerende alkoholproblemer

pler er anmeldelser av boken i Aftenposten: «Skriver bok om Ellinors triste liv» (Bjørnskau, 2004) og i Dagbladet: «Hamsuns datter ble lobotomert» (Andersen, 2004). Noen av anmeldelsene inneholdt også korte intervjuutdrag med Gerd Høst, hvor hun går langt i å mene noe om årsakene til Ellinors skjebne og i tolkninger av familien Hamsuns indre liv, noe som i lys av hennes både fragmentariske kunnskap om familien og den distanse hun har til begivenhetene, virker uheldig og lite troverdig. Ellinors skjebne blir mer kjent på grunn av Høsts bok, og med Jesper Vaczy Kraghs (2010) bok om psykokirurgi i Danmark blir hennes skjebne knyttet sammen med et av de mørkeste kapitler i psykiatriens historie. Anne Hege Simonsen nevner også Ellinor ganske utførlig i sin biografi om Marie Hamsun, *Kjærlighet og mørke* (2018). Hun henviser der til en fagartikkel av Tuft og Nakken (2017) i *Epilepsy & Behavior Case Reports*, hvor forfatterne bruker Ellinor som kasus og fremstiller at hun ble påført epilepsi av lobotomiene. Epilepsi har lenge vært kjent som en bivirkning av lobotomi (se for eksempel Kringlen, 2001, s. 57; 2007, s. 230).

En skal lete grundig for å danne seg et bilde av Ellinor Hamsuns liv. Det finnes ingen kilder til hennes liv på pleiehjemmet på Jylland i Danmark, hvor hun ble plassert for å kunne være nær søsteren Cecilia. Hverken Cecilia Hamsun eller andre slektninger har omtalt Ellinor utførlig i disse over tredve årene. Dette til tross for at mange i Hamsun-fami-

lien skrev erindringsbøker, både Marie Hamsun, med *Regnbuen* (1953) og *Under gullregnen* (1959), og begge Ellinors brødre, Arild Hamsun med *Om Knut Hamsun og Nørholm* (1961) og Tore Hamsun med *Efter år og dag* (1990) og *Knut Hamsun – min far* (1992). Gjennomgangen i det følgende baserer seg på en gransking av Knut Hamsuns korrespondanse så vel som andre kilder.

ELLINOR HAMSUNS LIVSHISTORIE

Ellinor var født i 1915 og var den nest yngste av Marie og Knut Hamsuns fire barn, Tore (f. 1912), Arild (f. 1914) og Cecilia (f. 1917). Hun var født på gården Skogheim i Hamarøy, men vokste opp på Nørholm, dit familien flyttet i 1918. Hun ble som 16-åring sendt på klosterskole i Krefeld i Tysland i 1931 og deretter til Belgia i 1932. Mye av materialet om Ellinor som vi skal se på, kommer fra Knut Hamsuns brev. Det er imidlertid tydelig at foreldrene er samstemte om at hennes adferd ved 16–17-årsalderen var uakseptabel. Marie skriver til sin veninne Cecilia Aagaard i oktober 1932: «Jeg har sagt, jeg vil ikke se henne her, før hun har forandret hele sitt sætt. Hun kan være i Belgien til det blir folk av henne» (sitert i Simonsen, 2018, s. 226).

Ellinor og søsknene hadde en kosmopolitisk oppvekst som de færreste ungdommer i denne alderen var forunt på denne tiden. Ellinor oppholder seg i perioder også i Bordeaux, og i 1934 er hun og broren Arild på innestedene Nice og Juan Les Pins. Fra midten av 1930-tallet bor Ellinor i Berlin, hvor hun går på teaterskole og håper å bli filmskuespillerinne. Hun blir imidlertid involvert i en alvorlig bilulykke nyttårsaften 1935/36, brenner hoften på to steder og må ligge i gips i fem uker. I Berlin-perioden hører hun til tidens jetsett og vanker i nasjonalsosialistiske kunstnermiljøer og trefter ved en anledning selveste Hitler. Kolloen (2004) skildrer anledningen basert på Tore Hamsuns øyenvitneskildring:

I månedsskiftet januar–februar 1938 fikk Knut Hamsun en mulighet til å sette seg nærmere inn i konsekvensene av nazismens jødepolitikk. Han ankom Stettinger Bahnhof, der han ble møtt av Tore og Ellinor. De dro først til dat-

terens leilighet. Ganske så ubesværet fortalte hun faren at hun var medlem i den eksklusive foreningen *Kameradschaft der deutschen Künstler*, som Adolf Hitler av og til gjestet. Hun hadde hilst på ham. Faren fikk neppe vite det hun lattermildt hadde fortalt til broren. Hun satt med en nytennt sigarett i munnen da Føren kom bort til bordet hennes. Følget hennes forsøkte forgjeves å få henne til å slukke sigaretten, enhver tysker visste hvilken fanatisk røykemotstander Hitler var. Han må ha vært i usedvanlig godt humør, eller ønsket å etterlate et godt inntrykk hos Knut Hamsuns datter. Mens folk i selskapslokalet holdt pusten, slo han galant ut med hendene og sa: – Selvfølgelig skal frøken Hamsun få røyke sin sigarett. (s. 178)

Ellinor har også truffet Goebbels ved et besøk på hans landsted i mars 1936 sammen med Marie Hamsun. Goebbels noterer etter dette besøket at Ellinor og Marie «gjorde et svært godt inntrykk». Kort tid etter inviterer han Ellinor i et selskap hvor også Hitler er til stede. Goebbels kommenterer da i dagboken at hun har mange karaktertrekk fra sin far og er et «merkverdig menneskebarn» (Rem, 2014, s. 168).

I dette miljøet treffer hun den 16 år eldre skilte filmmannen (han var både manusforfatter, regissør og dreiebokforfatter) Richard Schneider-Edenkoben, som sammen med 87 andre forfattere i oktober 1933 hadde underskrevet et opprop, *Gelöbnis treuester Gefolgschaft für Adolf Hitler*. Schneider-Edenkoben er fetter til konen til Hans Frank, Hitlers senere øverstkommanderende i Polen. Ellinor gifter seg med Schneider-Edenkoben i Berlin i 1939, og hun blir da tysk statsborger. Paret er på besøk på Nørholm like før krigen. Tumyr (1996) skildrer besøket slik: «Om søndagen gikk Hamsun-familien i kirken der Ellinor hadde ved sin side den stramme tyske offiseren i sin elegante uniform – med tilhørende sorte støvler. Kirkegjengerne gjorde store øyne» (s. 329). Marie er imidlertid ikke så hypp på en gjentakelse av besøket. Hun skriver til venninnen Cecilie Aagaard 25. desember 1939: «Han ødsler, hun ødsler, de har scener og spetakkel med påfølgende forsoning ustanselig og for åpent teppe» (referert i Simonsen, 2018, s. 276). Schneider-Edenkoben på sin side fyrer av to brev til Marie Hamsun sommeren 1942. Simonsen oppsummerer brevene slik: »

Richard synes det var vanskelig i flere perioder å finne sin plass i forholdet til Ellinor. Marie var liksom overalt, også når hun ikke fysisk var til stede [...] Han opplever at hun blander seg inn i ting hun ikke har noe med, og at hun indirekte beskylder ham for å ha giftet seg med Ellinor for pengenes skyld, og at Marie er sprø hvis hun tror det vil hjelpe Ellinor å bli filmskuespiller igjen. I brevene hevder han at Maries innblanding forverrer Ellinors situasjon (Simonsen, 2018, s. 278).

Ellinor siktet mot en karriere som filmskuespiller og planen var å arbeide sammen med mannen. Han hadde i perioden 1931–1939 vært involvert i produksjonen av til sammen ni filmer. Han var også involvert i ideen til Carl Boeses lystspill *Leichtes Blut*, som kom ut i 1943. Etter dette var han ikke involvert i noen filmer. Filmene hans stopper opp akkurat da Ellinor skulle begynne sin filmkarriere sammen med ham. Ellinor medvirker i to filmer: spillefilmen *Die unheimliche Wünsche* (Hilpert, 1939), hvor hun har en birolle som skuespiller, og i dokumentarfilmen *Symphonie des Nordens. Eine Dichtung in Bild und Ton über Norwegens Landschaft* (Sandmeier, 1938) (Norsk tittel: *Norge – et dikt i bilder*), som er en hyllest til norsk natur, og hvor Ellinor leser kommentarene. Ellinor og Schneider-Edenkoben bor i Berlin, men han kjøper også et småbruk i Wefelsfleth i Holstein, hvor de etter hvert bor mesteparten av tiden. Schneider-Edenkobens filmkarriere renner ut i sanden da han angivelig kommer på kant med Joseph Goebbels, som er Hitlers propagandaminister og derved «filmminister» (Moeller, 2000). Ekteskapet med Ellinor får en brå slutt, og hun blir innlagt på en institusjon i München i 1943 samtidig som Schneider-Edenkoben flykter med sin sekretær, Mariechen Steinfeldt, som han senere gifter seg med. Han blir nå også innkalt til vanlig militærtjeneste, som han da også flykter fra. Han holder seg skjult i lang tid. Ekteskapet med Ellinor er i realiteten slutt i 1943, men oppløses formelt ved en rettslig avgjørelse i 1954.

Etter ekteskapets tragiske slutt ble hun hentet hjem til Nørholm. Hun hadde siden tidlig ungdomstid hatt spiseproblemer. Jetsett-livet som ungdom brakte henne i kontakt med alkohol. Hun fikk etter hvert store alkoholproblemer, som er beskrevet som eskalerende etter

bilulykken i 1935/36. Etter hjemkomsten til Nørholm i 1943 er hun innlagt på institusjoner både på Sørlandet og i Oslo. Det er stadige konflikter rundt henne på Nørholm. Hun viste en betydelig oppfinnsomhet for å få tak i alkohol. Tiden like etter krigen var selvfølgelig vanskelig for familien, med rettssaken mot Knut Hamsun og med Marie i fengsel. Ellinor bodde på Nørholm, og det var stadige krangler med Hamsuns sønn Arild og hans kone Brit. Kontakten med psykiatriske institusjoner fortsatte.

Det mennesket som i sin ungdom hadde jetsettet rundt på Rivieraen og vanket i kunstnereliten i Berlin, datter av en av verdenshistoriens største forfattere, levde de neste tredve årene av sitt liv på pleiehjem i Danmark, hvor hun døde i 1987. Hun er begravet i Hamsun-familiens grav på Eide kirkegård. Hun etterlot seg en betydelig arv, og deler av denne er brukt til å vedlikeholde Nørholm.

OPPSUMMERING

Gransking av Ellinor Hamsuns liv og skjebne krever studier av ulike og fragmenterte kilder. Til tross for at familien Hamsuns liv er godt beskrevet i ulike bøker og filmer, har Ellinors triste skjebne i stor grad blitt oversett. Ellinor fikk en kosmopolitisk oppvekst og levde flere år i Tyskland. Her søkte hun karriere som filmskuespillerinne og ble gift med en eldre filmskaper med forbindelser til miljøet rundt Hitler og nazistene.

Ellinor utviklet trolig en spiseforstyrrelse i tidlige ungdomsår. Som datter av en verdensberømt forfatter fikk hun tilgang til et jetsett-liv og utviklet eskalerende alkoholproblemer. Hun blir utsatt for en bilulykke i 1935/1936, som satte stopper for en mulig karriere innen film. Ekteskapet tok slutt i 1943, hvoretter hun ble brakt hjem til Nørholm. I årene som følger, blir hun innlagt på flere institusjoner og tilbrakte over tredve år av sitt liv på en pleieinstitusjon i Danmark før sin død i 1987. ✕

REFERANSER

- Andersen, U. C. (2004, 3. september). Hamsuns datter ble lobotomert. *Dagbladet, Bokanmeldelse*.
- Bjørnskau, E. (2004, 13. oktober). Skriver bok om Ellinors triste liv. *Aftenposten, Bokanmeldelse*.
- Hamsun, A. (1961). *Om Knut Hamsun og Nørholm*. Aschehoug.
- Hamsun, M. (1953). *Regnbuen*. Aschehoug.
- Hamsun, M. (1959). *Under gullregnen*. Aschehoug.
- Hamsun, T. (1990). *Efter år og dag*. Gyldendal.
- Hamsun, T. (1992). *Knut Hamsun – min far*. Gyldendal.
- Hansen, T. (1978). *Prosessen mot Hamsun*. Gyldendal.
- Hilpert, H. (Regissør). (1939). *Die unheimliche Wünsche* [Spillefilm basert på Honoré de Balzacs roman *La Peau de chagrin* (1831)]. Berlin: Tobis-Filmkunst.
- Høst, G. (2004). *Så mange slags kjærlighet. Med Ellinor Hamsun i Berlin 1937–39*. Aschehoug.
- Kolloen, I. S. (2004). *Hamsun. Erobreren*. Gyldendal.
- Kragh, J. V. (2010). *Det hvide snit. Psykokirurgi og dansk psykiatri 1922–1983*. Syd-dansk Universitetsforlag.
- Kringlen, E. (2001). *Psykiatriens samtidshistorie*. Universitetsforlaget.
- Kringlen, E. (2007). *Norsk psykiatri gjennom tidene*. Damm.
- Larsen, K. (2012). Det hvide snit. Psykokirurgi og dansk psykiatri 1922–1983 [Leucotomy. Psychosurgery and Danish psychiatry 1922–1983] Bokanmeldelse. *Scandinavian Journal of History*, 37(3), 401–403.
- Moeller, F. (2000). *The film minister. Goebbels and the cinema in the Third Reich*. Axel Menges.
- Næss, H. S. (red.). (1994-2000). *Knut Hamsuns brev* (Bind 1–6). Gyldendal. Supplementsbind utgitt 2001.
- Rem, T. (2014). *Knut Hamsun. Reisen til Hitler*. Cappelen Damm.
- Sandmeier, J. (Regissør). (1938). *Symphonie des Nordens. Eine Dichtung im Bild und Ton über Norwegens Landschaft* [Norge – et dikt i bilder] [Dokumentarfilm]. Nordische Gesellschaft / Kommunenes Filmcentral.
- Simonsen, A. H. (2018). *Kjærlighet og mørke. En biografi om Marie Hamsun*. Res Publica.
- Troell, J. (1996). *Hamsun* [Film]. Dette er en to timers spillefilm med premiere i 1996. Den ble også til en serie på seks timer fordelt på seks episoder og sendt på NRK 1 i 1997.
- Tuft, M. & Nakken, K. O. (2017). Post-lobotomy epilepsy illustrated by the story of Ellinor Hamsun, the daughter of the famous Norwegian author Knut Hamsun. *Epilepsy & Behavior Case Reports*, 8, 87–91.
- Tumyr, A. (1996). *Knut Hamsun og hans kors. En diafonisk livsvandring med Knut Hamsun*. Norgesforlaget.



Til tross for at familien Hamsuns liv er godt beskrevet i ulike bøker og filmer, har Ellinors triste skjebne i stor grad blitt oversett

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: STINE KOLAAS NASH



SISSEL GARNES er medlem i Fagetisk råd (FER) i Norsk psykologforening og jobber som psykolog i Pedagogisk-psykologisk tjeneste (PPT) i Bergen kommune.

Når stod du sist i en rollekonflikt som psykolog?

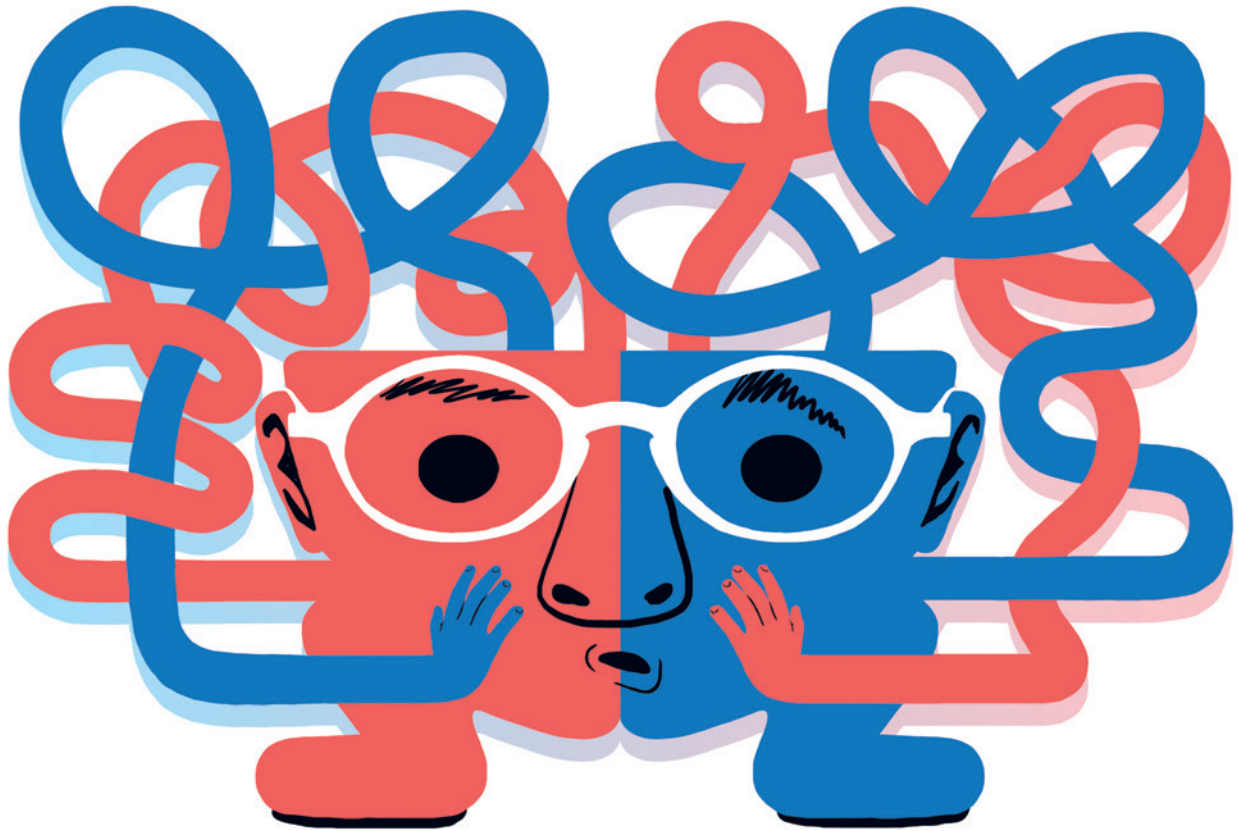
I løpet av 2021 behandlet Fagetisk råd flere klagesaker der det ble stilt spørsmål ved om psykologen gjennom sitt arbeid hadde brutt det etiske prinsippet om rollekonflikter (EPNP II.4 Integritet, underpunkt Rollekonflikter og utnyttning). Sakene har blant annet omhandlet psykologer i vennskapsrelasjoner til klienter, psykologer som fungerer både som sakkyndig og behandler i samme sak, og psykologer som benytter en klients sak for å fremme egne behov og meninger knyttet til andre hjelpeinstanser og deres kompetanse.

Prinsippet om rollekonflikter vil ofte komme til anvendelse i situasjoner der psykologer beveger seg fra en profesjonell og over i en privat rolle overfor klienter. Eksempler på privatisering av relasjonen mellom psykolog og klient kan være at det utvikler seg vennskap og kontakt på fritiden, eller at psykologen som privatperson selger ulike varer til klienten. De fleste av oss vil forhåpentligvis raskt vurdere dette som urett sett i forhold til den profesjonelle rollen vi skal fylle.

Prinsippet omhandler også muligheten psykologer har til å misbruke og utnytte klientrelasjoner, som er basert på tillit og avhengighet i en ujevn maktbalanse. Den siste tidens mediefokus på psykologer som utnytter behandlerrollen og terapirommet til å begå seksuelle overgrep mot klienter, er, i tillegg til å være åpenbare lovbrudd, grelle eksempler på nettopp dette.

Prinsippet om rollekonflikter er imidlertid også relevant i situasjoner der man som psykolog beveger seg mellom ulike profesjonelle roller. Kanskje vil disse rollekonfliktene ofte være vanskeligere å oppdage for den enkelte psykolog fordi det tross alt dreier seg om definerede roller man er vant til å veksle mellom i jobbsammenheng. Mange psykologer i privat praksis vil for eksempel kunne påta seg oppdrag både som sakkyndig og som terapeut – men er det etisk forsvarlig å bevege seg fra en rolle som sakkyndig til en rolle som terapeut i en og samme sak, selv om begrunnelsen er at psykologen vurderer situasjonen og personens hjelpebehov som akutt?

Det er lett å leve seg inn i og ha forståelse for at behovet for å hjelpe kan kjennes presserende for psykologer i mange ulike situasjoner. Prinsippet om rollekonflikter maner oss imidlertid til hele tiden å være bevisste og reflektere rundt nettopp egne behov, holdninger og vurderinger. Er situasjonen så akutt at hjelpen må gis



av akkurat deg, eller kan andre psykologer og instanser gi mer kvalifisert hjelp innen mer hensiktsmessige rammer? Er din «fjerndiagnostisering» av tidligere partner og kritiske kommentarer til barnevernets vurderinger til beste for din klient, eller kan dette medføre en mer tilspisset situasjon og større belastning for din klient på sikt?

Sammenblanding av ulike profesjonelle roller fra psykologens side kan medføre at psykologens habilitet og objektivitet i de ulike rollene svekkes gjensidig og at det reduserer muligheten til å utføre psykologfaglig arbeid knyttet til de ulike rollene på en tilfredsstillende måte. Det påligger videre psykologen et ansvar for å sikre kontinuitet i tjenester for sine klienter, og dermed også et ansvar for ikke å starte oppfølging man ikke kan ta følge opp over tid.

Psykologen har også ansvar for å sikre klienters rett til informasjon, medvirkning og samtykke dersom man går inn i en endret rolle i en sak. Retten til informasjon, medvirkning og samtykke kan berøre flere parter, inklusive barn, foresatte og oppdragsgivere.

Etisk refleksjon rundt temaet rollekonflikter kan med andre ord bidra til å aktualisere andre prinsipper i EPNP, eksempelvis knyttet til ansvar og respekt. Som hovedregel bør man som psykolog unngå å påta seg ulike roller innen samme sak. ✘

”

Prinsippet om rollekonflikter er imidlertid også relevant i situasjoner der man som psykolog beveger seg mellom ulike profesjonelle roller

Meninger



DEBATT

Kvinner er offer for psykologisering

Kvinnens helse er antageligvis det største offeret for tendensen til økt psykologisering i helsevesenet.



TEKST

Frøydis Lilledalen,
psykologspesialist

SMERTE- BEHANDLING

IDESEMBERUTGAVEN spør Siv Hilde Berg om fragmentert implementering av kognitiv terapi i fysikalske rehabiliteringsinstitusjoner innebærer risiko for å påføre pasienten skade. Hun sier at det å se på pasientens følelser og erfaringer som uviktige, er en form for invalidering.

Jeg deler Bergs bekymring for den økende graden av psykologisering i helsevesenet. Jeg er også enig i refleksjonen rundt at informasjon om prognose og behandling ofte må vike for et ensidig fokus på å endre subjektive smerteopplevelser. Er den pågående psykologiseringen kjønnsnøytral, eller rammer den i større grad kvinner og klassiske kvinnesykdommer? Er det en tendens at menns plager *behandles*, mens kvinners *håndteres*?

Samulovitz og kollegaer (2018) finner i sin metaanalyse «'Brave Men' and 'Emotional Women'» klare kjønnsbias i smertebehandling. Kvinner med smerter får sjeldnere adekvat smertelindring og blir oftere satt på antidepressiva for sine smerteplager enn menn. De har også større sannsynlighet for å bli vurdert som oversensitive, hysteriske, «timewasters». Artikkelforfatterne finner andronormativitet (mannlige sykdom ses på som normen, mens kvinnesykdommer ses på som «irregulariteter»). «The Women's Brain Project» sin president Dr. Annamarie S. Dimeche, sier i en artikkel om medisinsk «gaslighting», at kvinner opplever smerte annerledes enn menn grunnet bl.a. nevrologiske, hormonelle og genetiske faktorer. Hun viser bl.a. til at menn med brystsmerter har 2,5 ganger større sannsynlighet for

å bli sendt til kardiolog, til tross for at kardiovaskulær sykdom er hovedårsak til dødsfall hos kvinner. Tendensen er at menns smerte blir sett på som fysisk, kvinners som psykologisk.

UFORKLARLIGE SYMPTOMER

Kvinner med smerter og multisystemiske symptomer har oversannsynlighet for å bli diagnostisert med MUPS. MUPS står for medically unexplained physical symptoms (i MUPS inngår uspesifikke, somatoforme, funksjonelle og psykosomatiske lidelser). Diagnosen brukes hvis behandler mener lidelsen er av psykogen natur, og at de patologiske driverne styres av pasientens destruktive fokus på og feiltolkning av kroppens signaler. Lars Aagaard presenterte i 2005 hypoteser om kvinners oversykkelighet. Han hevder at «Kvinnelidelsene er psykiske av natur», og henviser blant annet til følgende teori: «Når kvinner ikke lenger orker å opprettholde sine roller i samfunnet, blir de syke, og for å være syke må de ha en diagnose.»

Malt og kollegaer (2002) skrev artikkelen: «Funksjonelle somatiske lidelser – en oversikt». Forfatterne hevder at lidelser som muskel- og skjelettplager, kvalme, skjelvinger og pustebesvær kan være tegn på angst, *også der markert subjektiv angst ikke foreligger*. Smerter, lamelser, parestesier, tretthet, konsentrasjons- og hukommelsesproblemer og mage-tarm-problematikk er andre symptomer de mener kjennetegner psykosomatiske lidelser. Forfatterne beskriver at psykosomatiske pasienter på den ene siden kan fremstå som rigide, overkontrollerte, kon-



Er det en tendens at menns plager behandles, mens kvinners håndteres?

forme utad, med høyt nivå av fiendtlighet, følsomme og nærtagende. Og på den andre siden også kan ha hemmet aggresjon, aleksitymi, være konfliktunnvikende, avhengige av ros og bekreftelse, med tendens til å «brenne inne med følelser». Videre hevder de at noen pasienter «har svært bestemte oppfatninger», og at diskusjon om diagnose kan bli en «fruktesløs og ofte bitter kamp» med overtoner av dominans og underkastelse, der en kamp for anerkjennelse er en underliggende, men usagt agenda. Ikke minst stadfester Malt og kollegaer: «*Jo flere somatiske symptomer en person klager over, desto større er risikoen for at vedkommende har en psykiatrisk lidelse.*» På Norsk Helseinformatikk (NHI) hjemmesider finner vi artikkelen «Kvinner stresser seg syke». Artikkelen viser til at 40 % av middelaldrende kvinner som føler seg stresset, opplever fysiske plager som smerter og migræne. Artikkelens konklusjon er at det finnes en klar sammenheng mellom kvinners stress og psykosomatiske plager.

PSYKOLOGISERING AV KVINNERS SMERTE

I lys av eksemplene over finner vi at kvinners kroniske smerter antas å være av psykogen art. Videre finner vi at *grad* av symptomer og lidelses-



MINDRE FORSKET PÅ En av grunnene til at vi vet mindre om kvinnesykdommer, er at vi har forsket mindre på kvinner. Sykdommer som fortrinnsvis rammer kvinner og er kroniske, gir lavere status og færre midler, skriver artikkelforfatteren.
Foto: Plainpicture / Scanpix



... kvinners kroniske smerter antas å være av psykogen art

trykk, *manglende enighet om årsak*, og et vell av delvis *motstridende* personlighetstrekk tolkes som indikatorer på psykosomatisk sykdom. Jeg er bekymret for confirmation bias. Og for at hvorvidt kvinnens opplevelse blir validert, i for stor grad er avhengig av behandlers vurdering av personlighet, mestringssevne og tilliten til autentisiteten i hennes symptomskildring. Når det gjelder NHIs artikkel undres jeg om korrelasjon egentlig sier noe om årsakssammenheng. Kan det hende toleransen for hvor mange psykososiale påkjenninger man tåler, minkes hvis helsa er redusert? Er det slik at kvinner, mer enn menn, produserer fysiske symptomer når de (mer eller mindre bevisst) opplever psykologisk smerte eller utilstrekkelighet? Har kvinner dårligere evne til å skille mellom psykologisk og fysiologisk smerte enn menn? Har Aagaard rett i at kvinnelidelser er «psykiske av natur» – eller kan forklaringer bak kvinners smerter være mer sammensatt?

Psykologisering av kvinners smerter og kroppslige symptomer har en lang historie. Begrepet hysteri ble lenge brukt som forklaring på uforklarte fenomen. Hysteria betyr vandrende livmor, og er pr. definisjon en tilstand en mann ikke kan ha. Diagnosen ble brukt når kvinner hadde sterke smerter, kramper eller lammelser. I dag er begrepet byttet ut med annen terminologi (f.eks. funksjonelle, psykosomatiske lidelser). Som Aagaard skriver: «Diagnosene skifter navn, men fenomenet består.» Aagaard fortsetter: «I hovedsak har flere århundres jakt ikke ført oss nærmere de patofysiologiske fenomenene som forklarer kvinners oversykelighet.»

Dette mener jeg er feil.

Maya Dusenbery illustrerer i boka *Doing harm*, at sykdom som primært rammer kvinner, av samme grunn blir antatt å være psykosomatiske forstyrrelser. Kvinner med slag sendes hjem med antidepressiva, kvinner med autoimmune sykdommer ble kalt «chronic complainers», og endometrioseplager ble karakterisert som overreaksjon på vanlige menstruasjonspilager. Lupus, fibromyalgi, hjertelidelser og Parkinsons tar lengre tid å oppdage hos kvinner enn hos menn, og først nylig skjønner man plageomfanget ved endometriose, lipødem og Polycystic Ovary Syndrome (PCO). Man forstår stadig mer hvordan genetiske og hormonelle faktorer virker som kjønns-spesifikke mediatorer. Skjørbuk, MS, magesår og diabetes er sykdommer som ble sett på som psykiske fenomen, før man skjønnte fysiopatologien. De siste års forskning har avdekket autoimmune komponenter i klassiske kvinnesykdommer som fibromyalgi, ME og POTS.

MENN FORSKER PÅ MENN

Jeg tror det er naivt å anta at vi er i mål når det gjelder innsikt i somatisk sykdom og identifisering av biokjemiske korrelat på somatiske symptomer. En av grunnene til at vi vet mindre om kvinnesykdommer, er at vi har forsket mindre på kvinner. «Det er kjent at medisinsk forskning historisk i stor grad har vært utgående fra et mannsperspektiv», sier Elisabeth Wik i artikkelen «Sju forskere om kjønnsforskjeller og helse». Tradisjonelt har menn forsket på menn. Det er mer status og flere forskningsmidler i forskning på tilstander som i hovedsak rammer menn i sin beste alder (og som anses som somatiske), som hjertesykdommer og kreft. Sykdommer som fortrinnsvis rammer kvinner og er kroniske, gir lavere status og færre midler. Eksempelvis ble det i USA i 2016 bevilget mer penger til å forske på skallethet hos menn enn på ME/CFS, til tross for skjevhet i psykososiale og økonomiske konsekvenser.

I nevnte artikkel om psykosomatiske lidelser presenteres vidløftige teorier om årsaker bak somatiseringslidelser. Det å ikke bekrefte patologi

fremmes som et viktig virkemiddel. Samtidig skriver de at «til tross for god behandling» er lidelsen ofte kronisk, og at man ikke alltid finner psykologiske årsaker.

Er økende psykologisering av smerte og kvinnesykdommer en farbar vei? Kan det være like god samfunnsøkonomi i å utrede alternative årsakshypoteser, og like god helsehjelp i å validere symptomtrykk?

UTILSTREKkelige KVINNER?

Ideer om individets skyld og ansvar for egen helse oppstår ikke i et vakuum. Vi lever i et samfunn med stor tro på individets mulighet til å påvirke livssituasjon og sykdom. Fra egen praksis som psykolog i helsevesenet erfarte jeg en dreining fra å spørre pasientene hva de trenger hjelp med, til fokus på «hvordan kan *du* påvirke utfallet av behandlingen/hva vil du *selv* gjøre for å oppnå godt resultat».

Smerteteorier har hypoteser om «onde sirkler» der symptomfokus anses som en opprettholdende faktor. Mange syke profitterer på opplevd mestring, avledning og avspenning. Opplevelsen av å påvirke eget lidelsesstrykk og kjenne seg som en aktør i eget liv gir håpet styrke og selvtiliten kraft. Men faren er

at vi behandlere deler pasienter inn i «flinke» pasienter som «mestrer», og «behandlingsresistente», «håpløse» pasienter, som ikke blir bedre. En utfordring er at vi ikke *vet* om pasientens smerter er progredierende, fluktuerende eller i remisjon. Eller om noen typer smerte er mer påvirkelige for psykologiske intervensjoner enn andre.

Økende psykologisering formidler tro på at motivasjon og psykoedukasjon er avgjørende for å lykkes. Ideen står støtt til tross for at frekvens av smertelidelser og uføreandel peker oppover. Mellom 16 og 30 % av skandinaver har kroniske smerter. Skyldes dette en utbredt symptomfremkallende frykt hos utilstrekkelige kvinner, og deres desperate jakt på en feilaktig somatisk diagnose? Eller er frekvens, uføreandel og tusenvis av «uforklarte kvinner» en indikasjon på at økt psykologisering verken gjør friskere og gladere? Min hypotese er at vi kan forstå mer, og behandle flere, hvis vi har flere mulige forståelsesrammer. Hvis en metode ikke har effekt på en pasient, må vi spørre oss: *Er det metoden eller pasienten det er noe feil med?* Og hvis vi skal forstå kvinnesykdommer bedre, må vi forske mer på kvinnekroppen. ✕

REFERANSER

- Brennan, S. (2020, 8. Oktober). *Medical gaslighting: The women not listened to or viewed as overdramatising or catastrophizing*. Hentet fra <https://www.irishtimes.com/life-and-style/health-family/medical-gaslighting-the-women-not-listened-to-or-viewed-as-overdramatising-or-catastrophizing-1.4386203>
- Dolcino, M., Tinazzi, E., & Puccetti, A. L. (2020, 6 9). Gene Expression Profiling in Fibromyalgia Indicates an Autoimmune Origin of the Disease and Open New Avenues for Targeted Therapy. *J Clin Med.*
- Dusenbery, M. (2018). *Doing harm The Truth About How Bad Medicine and Lazy Science Leave Women Dismissed, Misdiagnosed and Sick*. HarperOne.
- Hagerup, I. O. (2020, Mars 9). *Sju forskere om kjønnsforskjeller og helse*. <https://www.uib.no/samfunnsutfordringer/134333/sju-forskere-om-kj%C3%B8nnsforskjeller-og-helse>
- Jelstad, J. (2016, mai 4). <https://www.healthrising.org/blog/2016/05/04/chronic-lack-funds-chronic-fatigue-syndrome-mecfs-research/>
- Lein, M. (2013, Juni 5). <https://nhi.no/livsstil/egenomsorg/kvinner-som-stresser-seg-syke/>
- Malt, U. F., Malt, E. A., Blomhoff, S., & Refnir, I. (2002, mai 30). Funksjonelle somatiske lidelser – en oversikt. *Tidsskr Nor Læreforen*, ss. 122: 1379–84.
- Samulowitz, A., Gremyr, I., Eriksson, E., & Hensing, G. (2018, Februar 25). “Brave Men” and “Emotional Women”: A Theory-Guided Literature review on Gender Bias in Health Care and Gendered Norms towards Patients with Chronic Pain. *Pain Res Manag.*
- Sotzny, F. B., Capelli, E., Castro-Marrero, Steiner, S. M., & Scheibenbogen, C. (2018, juni 17). Myalgic Encephalomyelitis/Chronic Fatigue Syndrome – Evidence for an autoimmune disease. *Autoimmun Rev*, ss. 601–609.
- Vernino, S., & Stiles, L. E. (2018, desember). Autoimmunity in postural orthostatic tachycardia syndrome: Current understanding. *Atron Neurosci.*, ss. 78–82.
- Aagaard, L. E. (2005, juli 1). Perspektiver på psykosomatiske lidelser – to inspirasjonskilder. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, ss. 622–623.



Lilla Tronson 20 21

Psykologi uten psyke, psyke uten samfunn

På samme måte som vi raserer regnskoger, artsmangfold, jordsmonn og vår egen fremtid, raserer vårt samfunn også menneskets naturlige livsfaser.

DET ER ET tankevekkende fenomen i dagens samfunn at dyr og naturen ofte blir idealisert og beskrevet i sin enorme kompleksitet, mens mennesker mer og mer fremstilles som enkle adferdsmaskiner som kan styres med psykologiske metoder i den retningen samfunnet ønsker. I boken *Trærnes hemmelige liv* (2017), skrevet av skogvokteren Peter Wohlleben, fremstilles trær som sosiale, kommunikative og individuelle, kjennetegnet av helt særegne egenskaper som står i et rikt og variert samspill med andre trær og økologiske systemer. Det mennesket som deler av det psykologiske fagfeltet beskriver, er derimot ofte beskåret for flere og flere av sine mangfoldige egenskaper. I psykologiens navn er vi vitne til en dramatisk utryddelse av mening, der kunnskap som er forbundet med de humanistiske og fortolkende vitenskaper, settes til side. Den frigjøringen av det subjektive som deler av psykologien åpnet opp for på begynnelsen av det forrige århundre, kan derfor psykologien i dag være med på å lukke. Psykologifaget risikerer da å bli en ideologi for normativ sosialisering og ikke en frigjørende utvikling.

PATOLOGISERING AV PSYKEN

Når naturens komplekse samspill blir fremhevet, er det selvsagt også for å fremheve den økologiske krisen verden står overfor. Men det har vært mindre påaktet at menneskets indre økologi og de menneskelige livsfaser er under press. Jeg vil i dette innlegget i forlengelse av

innledningen spørre om ikke psykologifaget gjennom sitt symptomfokus bidrar til å rasere og trivialisere ungdomsfasens kompleksitet og psykobiologiske utviklingsperiode. Jeg vil også spørre om ikke vår tids fokus på psykisk helse, lidelse og problemer skaper flere problemer enn det løser. Når samfunnet gjør psykisk helse til et omdreingspunkt for å forstå ungdommen, skapes kanskje også mange uheldige og innsnevrende effekter både for samfunnet og ungdommen selv. Vi patologiserer og standardiserer psyken uten at vi forstår ungdomspsykens vesen. I boken *Ungdommens transformasjoner* (2021) har jeg problematisert denne tidstypiske måten å forstå og behandle ungdommens symptomer på.

Når psykologer, sosiologer, medier eller foreldre vil forstå og hjelpe ungdom i dag, havner de ofte i et symptom- og diagnosespråk. Ungdommen har depresjon eller angst, har psykiske problemer eller lider under å være en del av «generasjon prestasjon». Den enkelte ungdom og ungdomsfasen diagnostiseres. I min praksis møter jeg daglig ungdom som har fått stigmatiserende diagnoser på sine livskriser, eller altfor alvorlige diagnoser på alminnelige livskriser, eller som er blitt tilbudt et kontekstløst symptompråk for å forstå seg selv. Forandringsfabrikken, som jobber for å forbedre hjelpesystemene for barn og ungdom, skriver rapport etter rapport om et samfunn som hyller åpenhet om psykiske lidelser, men som innenfor det offentlige helsesystemet likevel ikke har



TEKST Per Are Løkke, psykologspesialist

ILLUSTRASJON
Hilde Thomsen

BARN OG UNGE



tid og rom til å høre på ungdommens smertefylte livshistorier (2014, 2018, 2021a, 2021b)

UNGDOMSFASENS KJENNETEGN

Ungdomsfasen er en biologisk hendelse som setter i gang en kroppslig og psykologisk metamorfose. Når ungdommen kaster barnehammen og mister lekens språk, beveger de seg inn i ukjente rom av sin personlighet. De beveger seg innover og utover på samme tid, og føler seg utsatte og sårbare. I det sosiale feltet regjerer presset om å være lik og imitere andre, og i sitt indre møter ungdommen angsten for isolasjon og ensomhet. Den franske psykoanalytikeren Françoise Dolto (1990) hevder at ungdommen gjennomlever en mutasjon, et hamskifte, og sammenligner denne prosessen med hummeren som skifter skall. I fasens begynnelse føler ungdommen seg gjennomslått, og er svært følsomme for hvordan andre oppfatter dem. De trekker samtidig hetta over hodet, låser døra til rommet sitt og vil gjemme seg. En kvise, en frykt, en tanke, et symptom, eller også et plutselig overmote, kan okkupere hele deres verden. Dette er for mange den urovekkende begynnelsen på det psykoanalytikeren Peter Blos (1962) kaller «individets andre fødsel». Ungdommen leter etter en teknikk for å kunne kommunisere med verden, uten å miste seg selv, skriver Donald Winnicott (1990).

Anna Freud (1958) beskrev ungdomspsykes vesen som flyktig og uforutsigbar. Ungdommen pendler mellom indre og ytre motsetninger som gjør det vanskelig å skille mellom naturlige svingninger og alvorlig patologi. Psykiateren Norman Kiehl (1959, 1964) bruker verdenslitteraturens fortellinger om ungdomsfasen til å peke på det han kaller "universelle ungdomstema", som skam over den voksende kroppen, usikkerhet knyttet til den første seksualiteten og kjærligheten, konflikter knyttet til gud, moral, foreldre, søsken og venner, oppdagelse av den sosioøkonomiske realitet, lysten til å lære og hatet mot skolen, erfaringer med den suicidale impulsen, kriminalitet, gambling, rus, lyving og stjeling.

I *Klassen* (2017) beskriver Marte Spurkland svært godt ungdommens hverdag i skolen. Spurkland skriver at hun savnet mer levende og sammensatte fortellinger om ungdom, og viser i boka den subjektive virkeligheten som skjuler seg bak de abstrakte begrepene «press» og «stress». I boken møter vi syv ungdommer i

det siste året på videregående skole. Alle lever vanlige liv på forskjellige arenaer som familie, venner, jobb, kjærester, treningsstudio, skole, fester og sosiale medier. Hun viser at de alle på et eller annet vis er rammet av konflikter og traumer, knyttet til skilsmisser, steforeldre, autoritære og sviktende fedre, foreldrenes forventninger og brudd med disse, usikkerhet rundt egen kropp og seksualitet, trusler og mobbing i venneflokken, rus og slåssing, voldtekt og vold. Og midt i «alt som skjer» fungerer skolepresset som en strukturerende ramme og et jagende spøkelse som henger over dem alle.

SYMPTOMET ER IKKE EN FEIL

Ungdomsfasen er mangedimensjonal i sitt vesen. Det er her våre begreper om psykisk helse i dag ofte mangler perspektiv. Vi har skapt en kontekstløs psykologi uten psyke og en psyke uten et samfunn. Psykologiens tenkemåter representerer en av de viktigste formingskreftene for ungdommen, ikke minst for deres forståelse av livets uunngåelige psykiske smerte og hvordan de skal møte den. Problemet med de svarene som tilbys ungdommen, er at de ofte ser ut til å bevege seg i en retning som reduserer, forenkler og banaliserer både ungdomsfasen og den enkelte ungdommens komplekse og mangfoldige livsverden. Når psykologien produserer stadig mer effektive og evidenssikrede metoder, beveger den seg også bort fra modernismens ambivalente og motsetningsfylte landskap og mot et mer førmoderne referanseverk med diagnosemanualen som en slags bibel.

Ungdommen får vite at de har psykiske problemer, før noen har utforsket deres subjektive livsverden og det sosioøkonomiske feltet de lever i. De får svar og løsninger før de selv har stilt egne spørsmål. De blir funnet før de er klar til å bli funnet, noe som ifølge Winnicott (1990) bidrar til å skape falske løsninger og falske selv. Når det komplekse subjektet, lidelsens mening, familien, kjønn, klasse, samfunnet, tiden og historien oppheves som kategorier for å forstå ungdommen, står vi igjen med et livsdrama redusert til det Charles Taylor beskriver som «triviell» i *Autentisitetens etikk* (2008).

Ungdommens symptomer er først og fremst normale uttrykk for den smeltedigelen de befinner seg i. Ungdommens symptomer handler ikke om mangel på mestring, men er knyttet til utviklingen og oppdagelsen av deres person-

lige identitet. Ungdommens symptomer er ikke en sykdom i biomedisinsk forstand, men åpning og dør inn til menneskelivets gåter, drama og traumer. Symptomet er ikke en feil, en mangel i den enkelte, men peker mot undertrykkende strukturer både i samfunnet og familien. Symptomene er ikke en vare som kan selges på det sosiologen Eva Illouz (2007) kaller den emosjonelle kapitalismens marked, slik de fleste bloggere og kjendiser gjør i dag. Symptomet peker mot en vei hvor ungdommen får mulighet til å finne feste i en personlig identitet og ikke bare måle sin verdi i forhold til hva de presterer.

PÅ SPORET AV PERSONLIG IDENTITET

«Jeg føler meg ikke lenger hjemme i verden!» Dette er ordene til en ung gutt på atten år fra terapirommet, hvis mørke tanker om livet nå hadde fått alt det trygge og hjemlige til å kjennes fremmed. Dette kunne også vært ordene til millioner av ungdom, som i det moderne livet våkner opp til en følelse av at noe er forandret. Forfatteren Milan Kundera (2007) skriver at det er to ting som kjennetegner ungdommen. De kjenner verken verden eller seg selv. Ungdommens primære utfordring er derfor å begi seg ut på en vandring eller oppdagelsesreise i det ukjente. Ungdommen må slippe hånda til mor og far, lete etter sin egen stemme og sette den på prøve blant jevngamle og i møtet med samfunnets krav og forventninger.

Ungdommen søker mening og frihet i mange forskjellige retninger. De har en overflod av psykiske og fysiske registre som de kan bruke til å motta og uttrykke sin verden på, som tanker, kropp, følelser, kreativitet, handlekraft, sosialt engasjement, seksualitet, drømmer, språk og hukommelse. Å komme på spor av sin personlige identitet er den viktigste oppgaven i ungdomsfasen. Den personlige identiteten er alltid rar, poetisk og original. Den er fast og flytende, rasjonell og drømmeaktig på en og samme tid. Den er sammensatt, fylt av konflikter og motstridende følelser. Det er denne virkeligheten som vårt samfunn ikke gir plass til i alt sitt normative diagnostiske mas og evalueringsskjema som henger over dagens unge fra de begynner i barnehagen. Samfunn har ikke lenger tid og rom til at ungdommens komplekse livsverden kan utfolde seg.

I et intervju med Joachim Trier om filmen «Verdens verste menneske» skriver Finn Skårderud at vi bikker vel mye mot det individuelle (Aftenposten, 28. oktober 2021). Vi glemmer betydningen av fellesskapet. Dette samsvarer med mange av dagens sosiologiske analyser som hevder at vår tid er preget av en individualisering som ikke lenger søker feste og spill i tradisjonelle sosialformer som klasse, familie og kjønn. Nå handler det om å skape og finne seg selv i et større mulighetsrom med mange forskjellige veier å velge imellom. I mine begreper er det i dag ikke for stor, men for liten plass til individualisering av den personlige identiteten. Vårt samfunn og fellesskap er besatt av kontroll, måling, sikkerhet, standardisering og normativitet. Den nye super-ego kulturen er en av kildene til den epidemiske utbredelsen av ungdommens selvhat. Grunnproblemet til ungdommene jeg møter i min praksis er at det er ikke plass til deres rare subjektivitet. Ingen kan hengi seg til fellesskapet før de har funnet et feste i en personlig identitet. Men fellesskapet er heller ikke løsningen når prestasjonssubjektet også der er den ideale figur.

FINNER IKKE SPRÅK FOR SMERTEN

I dag blir mange unge sosialisert inn i altfor rigide livsskjema. Skole, trening, kropp, sosiale medier, mat, livsrytmer og selvbilder presses inn i



Psykologifaget risikerer (...) å bli en ideologi for normativ sosialisering og ikke en frigjørende utvikling





Ungdommen får vite at de lider av psykiske problemer, før noen har utforsket deres subjektive livsverden og det sosio-økonomiske feltet de lever i

tvangsregimer som fratrar ungdommen tilgangen til et levende og spontant erfaringsliv. De møter også altfor få sunne forbilder og viktige eksistensielle perspektiver som de kan speile og bryne sitt liv mot. De møter isteden et «psyko-psykiatrisk språk» som forteller dem hva deres uro og psykiske utfordringer handler om. Den komplekse ungdomsfasen passer ikke lenger inn i dagens rastløse, prestasjonsorienterte og målstyrte virkelighet.

Den alvorligste mangelen ved psykospråkets symptomfokus er at ungdommens psykiske smerte ikke lenger knyttes til menneskets erfarings- og meningsdimensjoner. Symptomer og ubehag settes ikke i forbindelse med spørsmål i den indre eller ytre verden. Uroen fører ikke over til minner og hukommelse. Det skapes ingen eksistensielle spørsmål som må besvares. Symptomet er redusert til en ting i seg selv og et problem som må fjernes raskest mulig. Ungdomsfasens universelle drama avsymboliseres. Symptomspråket etterlater ungdommens psyke i et vakuum. Dermed fjernes også veiene som fører frem til fester i den personlige identiteten. Det er dette mange av dagens ungdommer formidler, at «noe» ødelegger deres mulighet til å finne kontakt med

seg selv og verden. De blir tilbudt et altfor dårlig språk til å forstå den kompliserte virkeligheten de lever i.

I boken *Meaning and Melancholia* (2018) beskriver psykoanalytiker Christopher Bollas at det er mange tendenser i dagens kultur som bidrar til det han kaller «psychofobia» eller «subjecticide». Bollas beskriver at det i dag har oppstått en kollektiv flukt fra vår kompliserte psyke, og at et mangfold av nye tenkemåter, teknikker, væremåter og mentaliteter bidrar til denne flukten. Den optimisme som noen ganger er knyttet til at ungdom er åpne om sin psykiske helse, kan være med på å skjule en dystre tendens. At samfunnet vårt holder på å avvikle den kompliserte og allsidige subjektiviteten. Alle identitetsmarkørene og åpenheten på overflaten skjuler at forskjellene utviskes i dybden, og at viktige menneskelige dimensjoner lukkes og stenges ned. På samme måte som vi raserer regnskoger, artsmangfold, jordsmonn og fremtiden, raserer vårt samfunn også menneskets naturlige livsfaser. Når omsorgen, leken og eksperimenteringens rom blir invadert og kolonisert av ytre krefter, destrueres også rommet og tiden som ungdommen skal bli og finne seg selv i. ✕

REFERANSER

- Blos, P. (1962). *On Adolescence: A Psychoanalytic Interpretation*. The Free Press.
- Bollas, C. (2018). *Meaning and Melancholia. Life in the Age of Bewilderment*. Routledge.
- Dolto, F. (1990). *De unges sag*. København: Forlaget Fremad
- Forandringsfabrikken (2014). *Psykisk helseProffene. Unge med råd til psykisk helsevern*. Hefte.
- Forandringsfabrikken (2018, 17. mai). *Snakker ikke om det vondeste*. Dagsavisen. Nye meninger.
- Forandringsfabrikken (2021a) *Vi skulle få det bedre. Medisinering av barn hos BUP og fastlegen*. Forandringsfabrikkens kunnskapssenter.
- Forandringsfabrikken (2021b). *V_i_v_i_l_d_e_r_e_s_k_a_l_f_o_r_s_t_å*. Oslo: Forandringsfabrikkens kunnskapssenter.
- Freud, A. (1958). Adolescence. *The Psychoanalytic Study of the Child*, 13(1), 255–278.
- Illouz, E. (2007). *Cold Intimacies. The Making of Emotional Capitalism*. Polity Press.
- Kiell, N. (1959). *The Adolescent Through Fiction*. New York: International Universities Press.
- Kiell, N. (1964). *The Universal experience of adolescence*. New York: International Universities Press.
- Kundera, M. (2007). *Forhenget*. Oslo: Cappelen.
- Løkke, P.A. (2021). *Ungdommens transformasjoner*. Gyldendal akademisk.
- Spurkland, M. (2017). *Klassen*. Cappelen Damm.
- Taylor, C. (1998). *Autentisitetens etikk*. Cappelen.
- Winnicott, D.W. (1990). *Living creatively. I: Home is where we start from*. Norton & Company.
- Wohlleben, P. (2017). *Trærnes hemmelige liv*. Cappelen Damm.

Bør ikke hoppe over bio-delen

Psykologer som driver smertebehandling, bør ikke operere med egne varianter av en biopsykososial forståelsesmodell og «hoppe over» bio-delen.

KRONIKKEN TIL PSYKOLOG Siv Hilde Berg i desemberutgaven av *Psykologtidsskriftet* får meg til å huske ordene: «Chronic pain patients suffer under chronic lack of understanding» (ukjent). Kronisk smerte er et komplekst, multimodalt fenomen med behov for en tverrfaglig tilnærming og ikke minst en biopsykososial forståelses- og behandlingsmodell. Men som overlege M. Sodeman (2017) så treffende sier: «Den beste medisin hjelper ikke mot feil sykehistorie». Det er godt kjent at «fear-avoidance coping» er en av de store faktorene som bidrar til kronifisering av smerteproblematikk. Det synes å være mindre kjent i Norge at «endurance coping» kan vel så mye bidra til forsterkning og opprettholdelse av smerte (Avoidance-Endurance Model, Hasenbring 2010). Forskning og kunnskap omkring kronisk smerte er et stort og spennende, men underprioritert fagfelt her til lands.

Enkelte land i Europa har en egen videreutdanning tilknyttet psykologisk smertebehandling med fokus på hvilke biopsykososiale mekanismer som spiller en rolle i hvilket smertebilde, og hva som er best evidensbasert behandling for nettopp dette smertebildet. Dessverre minner innlegget til Siv Hilde Berg oss på at vi har et stykke å gå når det gjelder kunnskap om og forståelse av kronisk smerte. Her er det enorme summer (økonomiske og menneskelig lidelse) å spare på god og presis smerteforståelse og -behandling.

Psykologer med sin kunnskap om utløsende, forsterkende og opprettholdende faktorer tilknyttet helse kan bidra med nødvendig kunnskap inn i de mer somatisk rettede områdene av helsevesenet. Men det blir viktig at psykologer (og annet helsepersonell) ikke har sine egne varianter av en biopsykososial forståelsesmodell og «hopper over» bio-delen. ✕



TEKST Cornelia Montero, psykologspesialist, Spesialisert poliklinikk for psykosomatikk og traumer, Sørlandet sykehus

SMERTE-BEHANDLING

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.



Faksimile av desemberutgaven

KAT mot smerte bommer uten relasjon

Uten investering i relasjon kan kognitiv terapi reduseres til et manualisert program som treffer noen, men er uten effekt eller oppleves som belastende av andre.

TEKST Borrik Schjødt, psykologspesialist, Seksjon smertebehandling og palliasjon, Haukeland universitetssjukehus.

SMERTE-BEHANDLING

SIV HILDE BERGS kronikk om smertebehandling i desembernummeret har fått stor oppmerksomhet – åpenbart fordi mange pasienter har kjent seg igjen i kritikken, men kanskje også fordi den rører ved noe vanskelig: å dele psykologiske metoder med ikke-psykologer. Som psykolog og pasient uttaler hun seg med autoritet.

For 30 år siden var smertebehandling i hovedsak et biomedisinsk område, selv om man i USA framhevet flerfaglig innsats. Da var det naturlig å forsøke med medisiner og medisinske prosedyrer. Nå som vi vet at smerte er sammensatt, stiller det seg annerledes. Vi kan ikke lenger snakke om kroppslig smerte og psykisk smerte. Smerte er en opplevelse som skapes av interaksjon mellom nerveimpulser, bio-

kjemiske påvirkninger, tolkning, stemningsleie, erfaring, kontekst, aktivering og mye annet. Smerteopplevelsen er et resultat av et skiftende, dynamisk nettverk som inkluderer mange hjernestrukturer, og som er forskjellig fra situasjon til situasjon, og fra person til person. Ny forståelse av smerte har bidratt til at ikke-medikamentelle tilnærminger er blitt stuerent. Blant de ikke-medikamentelle stiller kognitiv terapi i første rekke.

DESIGN VERSUS INNHOLD

Turk utga en bok om kognitiv terapi i 1983 (Turk et al., 1983). Seksten år senere, i 1999, konkluderte man i en systematisk oversikt med at «active psychological treatments based on the principle of cognitive behavioral therapy are



effective» (Morley et al., 1999). Etter det ble det et oppsving i bruk av kognitiv terapi i smerterehabilitering, og en vekst i antall studier.

I 2020 kom en Cochrane review med følgende konklusjon: «CBT has small or very small beneficial effects for reducing pain, disability, and distress in chronic pain ...» (Williams et al., 2020). Hva har skjedd? Hvordan kan en behandling få dårligere effekt etter 20 år med utvikling og gode studier?

Etter min mening ligger mye av svaret i kravene om god forskning, og litt i den populariteten kognitiv terapi fikk. Krav til god forskning er betydelig skjerpet. Det er utviklet strenge metoder for å vurdere kvalitet av studie. Det er betydelige krav til design for å få studier publisert i de tyngste tidsskriftene, og det er vanskeligere å få forskningsmidler. Til sammen gjør det at noen er blitt dyktige til å lage protokoller, skrive manualer og gjennomføre kliniske studier av tilsynelatende god kvalitet.

Min bekymring, som også er min kritikk, er at det har vært skarpt fokus på forskningens design og kontroll, på bekostning av innholdet. Design og forskningsmetode står mer sentralt enn den terapeutiske gjennomføring av tiltakene. Med randomisering av pasienter til ulike betingelser, og behandling som handler om å følge en manual, forsvinner mye av det som bør være sentralt i kognitiv tilnærming til pasienter med langvarige smerter: tilpasning av metodene til den enkelte, og – ikke minst – grundig jobbing med relasjon mellom behandler og pasient. Uten tilpasning og uten investering i relasjon kan kognitiv terapi reduseres til et manualisert program som treffer noen, men som er uten effekt eller oppleves som belastende av andre. Dette mener jeg er forklaringen på at kognitiv terapi var effektiv i 1999, men var redusert til liten effekt i 2020. Og det er dette jeg synes å høre i Siv Hilde Bergs kronikk.

ER MANUAL ALLTID FEIL?

Vi har gode oppskrifter med utgangspunkt i kognitiv terapi. Førstevalg for personer med søvnproblemer er CBTi – en strukturert tilnærming til å lære pasienten gode søvnvaner (se f.eks. Wilhelmsen-Langeland, 2020). I Bergen har de hatt suksess med 4-dagers program i behandling av fobier, OCD (Launes et al., 2020), og etter hvert også helseplager (Kvale et al., 2021). En systematisk tilnærming til pasienter med bevegelsesfrykt har hjulpet mange med hemmende ryggproblemer til god funksjon (Leeuw et al., 2007). Jeg møter en god del pasienter som skryter av den hjelpen de har fått på rehabiliteringsinstitusjoner, den samme type hjelp som Siv Hilde Berg beskriver ikke traff henne på noen god måte.

Problemene oppstår når tilnærmingene ikke tilpasses pasienten. Når pasienten ikke høres, og ikke er med på det som skjer. Når kommunikasjon fra behandler til pasient bærer mer preg av opplevd moralisering og bedreviten. Ta for eksempel begrepet «catastrophing» – eller på norsk verstefallstenkning. Begrepet ble introdusert av Albert Ellis (1962) og utviklet videre av Aron Beck (1979). De brukte det til å beskrive en maladaptiv kognitiv stil som kjennetegnet pasienter med angst og depresjon. Vi vet at verstefallstenkning er en viktig prediktor for utvikling av smerte. Men det å fortelle personer at de må slutte med verstefallstenkning, at de må tenke positivt, og at de må utfordre smertene, kan virke godt for noen, men provoserende og negativt for kanskje de fleste.

Beck og Ellis, grunnleggerne av kognitiv terapi, trekker begge fram relasjonen som avgjørende for å få i stand endring. Å bygge relasjon, og å tilpasse tiltakene til pasienten er en helt sentral del av det å drive terapi. »



Min bekymring, som også er min kritikk, er at det har vært skarpt fokus på forskningens design og kontroll, på bekostning av innholdet



Problemene oppstår når tilnærmingene ikke tilpasses pasienten

Det er tydelig at dette er tonet ned eller til og med fraværende i enkelte av de beskrivelsene Siv Hilde Berg gir oss.

Å ta snarveien fra det å konstatere at verstefallstenkning er viktig, at bevegelsesfrykt er en sentral forklaring for noen, til å generalisere til alle, forenkle det, og å fortelle pasienten hva som bør gjøres, er ikke bra. En lege hadde vært på kurs og hørt et foredrag om kognitiv terapi. Han møtte en døende ung mann, som fortalte – engstelig – «jeg er så redd». Legen parerte utsagnet med å si «hvilken nytte har du av den engstelsen». Umusikalsk, ute av kontekst, og ikke godt for pasienten.

PSYKOLOGISERING

Siv Hilde Berg stiller spørsmål om «implementeringen av kognitiv terapi i fysikalske rehabiliteringsinstitusjoner kan risikere å påføre pasienten skade». Det hun beskriver, er en tendens til bevegelse fra én dualistisk tilnærming til en annen. Fra en rent biomedisinsk tilnærming til kun å se på det psykologiske aspektet av smerte.

Det er i et samarbeidsperspektiv, der kroppslige og psykiske fenomener forstås ikke som atskilte, men som en helhet, at vi har mulighet til å legge til rette for god rehabilitering, vekst og mestring.

For å drive god smertebehandling er det viktig å forstå pasienten, bygge god relasjon, og sammen bruke ulike metoder for lindring av plage, få best mulig livskvalitet eller god funksjon. Noen setter pris på og har god nytte av smerteskole og å bli fortalt hva som er lurt. Om det er skadelig, tviler jeg på, men at det ofte kan være direkte unyttig, er jeg overbevist om. ✕

REFERANSER

- Beck, A.T., Rush, A.J., Shaw, B.F., Emery, G. (1979). *Cognitive Therapy of Depression*. Guilford Press.
- Ellis, A. (1962). Reason and Emotion in Psychotherapy. Lyle Stuart.
- Kvale, G., Frisk, B., Jürgensen, M., Børtveit, T., Ødegaard-Olsen, Ø.T., Wilhelmsen-Langeland, A., Aarli, B.B., Sandnes, K., Rykken, S., Haugstvedt, A., Hystad, S.W., Sjøteland, E. (2021). Evaluation of Novel Concentrated Interdisciplinary Group Rehabilitation for Patients With Chronic Illnesses: Protocol for a Nonrandomized Clinical Intervention Study. *JMIR Res Protoc*, 10(10):e32216 doi: 10.2196/32216
- Launes, G., Hagen, K., Øst, L.-G., Solem, S., Hansen, B., Kvale, G. (2020). The Bergen 4-Day Treatment (B4DT) for Obsessive-Compulsive Disorder: Outcomes for Patients Treated After Initial Waiting List or Self-Help Intervention. *Front Psychol*. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.00982>
- Leeuw, M., Goossens, M.E., Linton, S.J., Crombez, G., Boersma, K., Vlaeyen, J.W. (2007). The fear-avoidance model of musculoskeletal pain: current state of scientific evidence. *J Behav Med*. 30(1):77–94. doi: 10.1007/s10865-006-9085-0. Epub 2006 Dec 20. PMID: 17180640.
- Morley, S., Eccleston C., Williams A. (1999). Systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials of cognitive behaviour therapy and behaviour therapy for chronic pain in adults, excluding headache. *Pain*, 80(1–2), 1–13. doi: 10.1016/s0304-3959(98)00255-3.
- Turk, D.C., Meichenbaum, D., Genest, M. *Pain and Behavioral Medicine: A cognitive-behavioral perspective* (1983). Guilford Press.
- Wilhelmsen-Langeland, A. *Våkne opp. Om søvnens psykologi*. Gyldendal, 2020.
- Williams, A.C.C., Fisher E., Hearn L., Eccleston C. (2020). Psychological therapies for the management of chronic pain (excluding headache) in adults. *Cochrane Database Syst Rev*. 12;8(8):CD007407. doi: 10.1002/14651858.CD007407.pub4. PMID: 32794606; PMCID: PMC7437545.

Smertebehandling er skreddersøm

Smertebehandling må – uansett terapeutisk tilnærming – skreddersys de individuelle opprettholdende faktorene.

KAN EN KOGNITIV tilnærming påføre pasienter med smerte skade? Slik spør psykolog og pasient Siv Hilde Berg i sin gode kronikk «Det er ikke farlig å ha vondt» i desemberutgaven av *Psykologtidsskriftet*. Svaret er dessverre ja, at det kan skje, slik Berg gir eksempler på. Faglig forsvarlig smertebehandling krever tillit og trygghet i behandlingsrelasjonen. Pasienten må oppleve seg trodd; at smerten valideres og ikke «psykologiseres».

«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 smerte», skriver Berg. Det samme fortalte «Morten» om. Han hadde nevrologiske smerter i etterkant av hjerneslag. Et tidligere opphold i en rehabiliteringsinstitusjon hadde gitt nedslående erfaringer:

«Jeg var litt usikker, men ønsket å gjøre som de anbefalte, eksponere meg og ikke unngå fysisk aktivitet. Så jeg utfordret meg heller enn å unngå aktiviteter. Da jeg kom hjem, var smertene nesten uutholdelige. Jeg klarte ikke å bidra med noe, verken lage middag eller være sammen med ungene mine. Jeg måtte ta et valg, fortsette med treningsopplegget eller fungere i familien. For meg er det siste viktigst, tross alt. Så får jeg heller leve med at noen tenker jeg er en frykt-unngåer.»

Fryktunngåelse og verstefallstenkning kan være en opprettholdende faktor ved korsryggsmerter, ikke-kardiale brystmerter og smerter ved irritabel tarmsyndrom. Frykt for

smerte og det den fører til, kan for noen være mer hemmende enn smerten i seg selv. Det er god dokumentasjon for at systematisk eksponering i kombinasjon med andre tiltak kan styrke funksjon for mange. Men slettes ikke for alle. For Morten var unngåelse hensiktsmessig, bygget på dyrekjøpt erfaring med å balansere ulike hensyn i hverdagen. For ham var dette en klok tilpasning, og ikke unngåelse motivert av frykt. Hans erfaringer burde vært lyttet til og anerkjent, og dannet utgangspunkt for andre hjelpetiltak.

Som behandler kan man ikke på forhånd vite når fryktunngåelsesmodellen er hensiktsmessig, og når den ikke er det. Det fordrer dialog med pasienten og en tverrfaglig helhetsvurdering der diagnose, sykehistorie, personfaktorer og mestringsstil inngår. Og det fordrer en vurdering av ulike sykdomsspesifikke forhold, som inflammasjon, degenerative forandringer og endringer i sentralnervesystemet. For én med fibromyalgi kan både smerte og funksjonstap opprettholdes av unngåelsesatferd. For en annen med samme diagnose kan det være motsatt: Smertene forsterkes av et mønster med å bite tennene sammen og presse seg selv. Eksponering kan da bokstavelig talt gjøre vondt verre.

Eksponering er bare én av mange hjelpetiltak innenfor en kognitiv atferdsterapeutisk tilnærming. Verdien av en biopsykososial forståelse av smerte ligger i å se samvirket av biologiske, psykologiske og sosiale faktorer. Smertebehandling må – uansett terapeutisk tilnærming – skreddersys de individuelle opprettholdende faktorene. ✕



TEKST Elin Fjerstad og Torkil Berge, Enhet for psykiske helse-tjenester i somatikken, Diakonhjemmet Sykehus

SMERTE- BEHANDLING



Som behandler kan man ikke på forhånd vite når fryktunngåelsesmodellen er hensiktsmessig, og når den ikke er det

Sjefredaktøren villeder

I desemberutgaven begrunner sjefredaktøren hvorfor to av tre ansatte med journalistkompetanse må ut for å legge til rette for mer vitenskapelig publisering. Vi har tidligere stilt oss spørrende til grunnlaget for tiltakene. Sjefredaktørens siste redegjørelse reiser ytterligere tvil.*

TEKST Ole Jacob Madsen, professor i kultur- og samfunnspsykologi, Psykologisk institutt, UiO og Henrik Berg, professor i vitenskapsteori (UiB)

PSYKOLOG- TIDSSKRIFTET

I SIN LEDER i desember skriver sjefredaktøren blant annet: «Indeksering er et nødvendig premiss for at Psykologtidsskriftet skal oppfylle kravene som stilles for å anerkjennes som vitenskapelig utgiver.» Dette er ikke riktig. Kravene for at tidsskriftet skal anerkjennes som vitenskapelig utgiver er ifølge Direktoratet for høgare utdanning og kompetanse følgende:

Tidsskrift/serier må:

- Være identifiserbare med et gyldig ISSN, bekreftet av Det internasjonale ISSN-registret (krav fra 2014)
- Ha en vitenskapelig redaksjon (eller tilsvarende) som primært består av forskere ansatt ved forskningsinstitusjoner/enheter som utfører forskning
- Ha rutiner for ekstern fagfellevurdering
- Ha en nasjonal eller internasjonal forfatterkrets, dvs. at maksimalt 2/3 av forfatterne kan tilhøre en og samme institusjon»

Indeksering er ikke nevnt med ett ord. Tidsskriftets vitenskapelige status avhenger ikke av indeksering.

TVILSOM FORSTÅELSE AV TELLEKANTSYSTEMET

I neste setning skriver sjefredaktøren: «Uten indeksering vil heller ikke publisering av arti-

kler gi forfatterne de meritterende poengene de trenger til sin forskningsaktivitet.» Dette er heller ikke riktig. Så lenge tidsskriftet er godkjent som vitenskapelig publiseringskanal nivå 1, gir en vitenskapelig artikkel her uttelling i form av ett publiseringspoeng. Indeksering spiller ingen rolle for poengutdelingen.

Omstruktureringen av Psykologtidsskriftet med alle de omkostninger det innebærer, ikke minst for journalistene som mister jobben, hviler således på en tvilsom forståelse av tellekantsystemet.

Omstruktureringen av Psykologtidsskriftet med alle de omkostninger det innebærer, ikke minst for journalistene som mister jobben, hviler således på en tvilsom forståelse av tellekantsystemet.

LAV MERITTERENDE VERDI

Sjefredaktøren ser også ut til å legge til grunn at det er forskerne som får poengene, men det er institusjonene forskerne er tilknyttet, som får publiseringspoengene, som i dag betyr 23 726 kroner fra staten per poeng. Tellekantsystemet var opprinnelig ment som et verktøy på institusjonsnivå, blant annet for å stimulere til økt vitenskapelig produksjon. Det har imidlertid tidvis også blitt benyttet på individnivå, eksempelvis ved at antall publiseringspoeng

* Dette innlegget utløser etter redaksjonens vurdering retten til samtidig imøtegåelse etter Vær varsom – plakatenes paragraf 4.14. Les sjefredaktør Katharine Cecilia Williams tilsvar «En helt nødvendig prosess».



VITENSKAPELIG Så lenge tidsskriftet er godkjent som vitenskapelig publiseringskanal nivå 1, gir en vitenskapelig artikkel her uttelling i form av ett publiseringspoeng, skriver artikkelforfattene. Foto: Nora Skjerdingsstad

en enkelt forsker har produsert, legges til grunn i vurderingen til faste vitenskapelige stillinger.

Men selv i slike tilfeller har ikke indeksering noe videre å si fra eller til. Både med og uten indeksering i PsycINFO vil det å ha publisert en vitenskapelig artikkel i Psykologtidsskriftet (dessverre) i praksis ha nokså lav meritterende verdi, eksempelvis i konkurranse om å få en fast førsteamanuensisstilling eller å få professoropprykk. Dette kan selvfølgelig endre seg i framtiden, men neppe fordi Psykologtidsskriftet eventuelt indekseres i flere søkedatabaser, men på grunn av initiativ som Dora-erklæringen, der man anmodes om å vurdere kvaliteten på et vitenskapelig arbeid uavhengig av hvor det er publisert. ✖



Omstruktureringen (...) hviler således på en tvilsom forståelse av tellekantsystemet

REFERANSER:

Williams, K.C: Krevende, men nødvendige endringer. Leder i *Tidsskrift for Norsk psykologforening* Vol 58, nummer 12, 2021, side 1005

Register over vitenskapelige publiseringskanaler: <https://kanalregister.hkdir.no/publiseringskanaler/OmKriterier>

DORA-erklæringen <https://i.ntnu.no/wiki/-/wiki/Norsk/DORA-erkl%c3%a6ringen>

En helt nødvendig prosess

Psykologtidsskriftet gjennomgår en endringsprosess, hvor indeksering inngår som ett av flere nødvendige tiltak etter en helhetlig vurdering.

TEKST Katharine Cecilia Williams, sjefredaktør

**PSYKOLOG-
TIDSSKRIFTET**

SOM BERG OG MADSEN korrekt anfører i sitt innlegg «Sjefredaktøren villeder», skal følgende kriterier for godkjenning av vitenskapelige publiseringskanaler være oppfylte, jf. Direktoratet for høgare utdanning og kompetanse:

- Være identifiserbare med valid ISSN, bekrefte av det internasjonale ISSN-registeret
- Ha en vitenskapelig redaksjon (eller tilsvarende) som primært består av forskere ansatt ved forskningsinstitusjoner/enheter som utfører forskning
- Ha rutiner for ekstern fagfellevurdering
- Ha en nasjonal eller internasjonal forfatterkrets, dvs. at maksimalt 2/3 av forfatterne kan tilhøre en og samme institusjon

Her stilles ganske riktig ingen direkte krav til indeksering, men legg merke til at Psykologtidsskriftet p.t. ikke oppfyller kravet om vitenskapelig redaksjon. Dette blir viktig å få på plass, og med dette vil medfølge behov for endrede, redaksjonelle rutiner hvor oppfølging av indeksering vil ha en naturlig plass.

I tillegg til de eksterne kravene som stilles til oss som publiseringskanal direkte, er det nødvendig at vi forholder oss til eksterne krav som stilles til forfatteren så vel som til artikkelen. En vitenskapelig publikasjon (dvs. artikkelen) defineres gjennom fire kriterier, hvorav samtlige må være oppfylt:

- presentere ny innsikt
- være i en form som gjør resultatene etterprøvbare eller anvendelige i ny forskning
- være i et språk og ha en distribusjon som gjør den tilgjengelig for de fleste forskere som kan ha interesse av den
- være i en publiseringskanal (tidsskrift, serie, bokutgiver, nettsted) med rutiner for fagfellevurdering

Merk at både kanalen (her: Psykologtidsskriftet) og publikasjonen (artikkelen) må være vitenskapelige. Ansvaret for de to siste punktene her følges opp sentralt og vises i opplysningene oppgitt i publiseringskanalene som er listet i kanalregisteret. Psykologtidsskriftet er ikke registrert som indeksert og mangler en «distribusjon som gjør den tilgjengelig for de fleste forskere som kan ha interesse for den».

Resonnementet her vil neppe være fremmed for forskere. Når det stilles krav om at artikkelen skal være fagfellevurdert, gi nye innsikter til fagfeltet, samt at presentasjonen skal gjøres mulig å etterprøve, er dette kort fortalt fordi vitenskapelige arbeider skal være kvalitetssikret og bli inkludert i vår stadig ekspanderende, felles kunnskapsbase. Det må være mulig å finne artikkelen ved litteratursøk, og det er derfor det er viktig at en vitenskapelig publiseringskanal er indeksert.

KAN LESES MISVISENDE

Jeg ser at min forenklete fremstilling av publiseringspoengsystemet kan leses som misvisende, og derfor er det fint at Berg og Madsen gir en klargjørende og utdypende beskrivelse. Det blir imidlertid på den annen side også en problematisk overforenkling dersom Psykologtidsskriftet skulle avgrense sine redaksjonelle plikter til de fire opplistede kriteriene for vitenskapelige publiseringskanaler. En vitenskapelig publiseringskanal må svare ut et relativt omfattende sett redaksjonelle standarder. Ikke minst må kvalitetene ved artikkelen og forfatterens behov trekkes inn.

Siden det over år ikke er blitt holdt en løpende og gradvis tilpasning til eksterne krav, må redaksjonens produksjonslinje nå endres.

For eksempel beskriver rapporteringsinstruksen for Current Research Information System in Norway (Cristin) myndighetenes krav til

det forfattere rapporterer inn som vitenskapelige publikasjoner. Her heter det blant annet at DOI skal oppgis, dog er dette kun et krav dersom det er den elektroniske versjonen som rapporteres. Det har likevel vært min vurdering at Psykologtidsskriftet må forholde seg til dette kravet som stilles til forfatter, selv om det ikke direkte stilles til oss som publiseringskanal. Psykologtidsskriftet fikk innført DOI-registreringer fra april 2021, men fordi redaksjonen per i dag har en produksjonslinje som primært følger papirutgivelsene, utføres disse registreringene manuelt, noe som åpenbart har sine begrensninger.

Psykologtidsskriftets papirutgave går hver måned i postkassen til mer enn 10 000 psykologer. Ønsker man å formidle fag til norske psykologer, er publisering hos oss uten tvil en betydelig gjennomslagsplattform. Men vitenskapelige artikler vil ikke dukke opp i litteratursøk, og det er en vesentlig mangel – også om man betrakter indekseringsbehovet helt separat fra generering av publiseringspoeng.

I hvilken grad det er mulig for Psykologtidsskriftet å bli akademisk meritterende i fremtiden, er et åpent spørsmål. Først må grunnlaget legges og de strukturelle kravene møtes.

PRODUKSJONSLINJEN MÅ ENDRES

Siden det over år ikke er blitt holdt en løpende og gradvis tilpasning til eksterne krav, må redaksjonens produksjonslinje nå endres. Å oppnå indeksering er en mer krevende øvelse enn å opprettholde en eksisterende. Redaksjonen som oppnådde indeksering i 2004, er ikke den samme redaksjonen som mistet den i 2018. Redaksjonelle grunnstrukturer må bygges opp fra bunnen. Det er det vi gjør nå. Programvare for manuskriphåndtering er under utvikling, rekruttering til vitenskapelig redaksjon er påbegynt, manual for gjennomføring av redaksjonelle rutiner i overensstemmelse med retningslinjene til International Committee of Medical Journal Editors (Vancouver-retningslinjene) er under bearbeidelse, innhenting av nødvendige ressurser for endret publiseringsflyt er kommet godt i gang, og arbeid med nettutvikling er initiert.

Man kan selvsagt diskutere målet om at vitenskapelige artikler skal utgjøre Psykologtidsskriftets «rygggrad». Hvis man er uenig i denne målsettingen, vil neppe endringstiltakene som nå gjennomføres i redaksjonen, gi særlig mening.

Fagtidsskriftet til norske psykologer trenger uansett å holde en standard som står i samsvar med de faglige kravene som stilles til utøvende psykologer. Når vi nå gjør et arbeid for å imøtekomme de eksterne kravene som stilles til oss som vitenskapelig publiseringskanal, herunder indeksering, vil det medbringe en forbedret, akademisk kvalitetssikring av så vel vitenskapelige artikler som annet fagstoff vi publiserer. ✕

REFERANSER

Rapporteringsinstruksen, Cristin: <https://www.cristin.no/nvi-rapportering/rapporteringsinstruksen/#toc1>

Definisjoner og gjeldende kriterier for godkjenning av vitenskapelige publikasjoner er gitt i kap.3 av UHR-rapporten «Vekt på forskning» (2004), s.25 https://npi.hkdir.no/dok/Vekt_pa_forskning_2004.pdf



... dette vil medfølge behov for endrede, redaksjonelle rutiner hvor oppfølging av indeksering vil ha en naturlig plass

Tilfredsstill kravene til vitenskapelig tidsskrift

Psykologtidsskriftet er ansett som et vitenskapelig tidsskrift hvor publisering av vitenskapelige artikler gir publiseringspoeng, skriver rådgiver Lena-Cecilie Linge i Direktoratet for høyere utdanning og kompetanse.*

TEKST Lena-Cecilie Linge, rådgiver i Direktoratet for høyere utdanning og kompetanse

PSYKOLOG- TIDSSKRIFTET

TIDSSKRIFT for Norsk psykologforening er registrert på nivå 1 i Register for vitenskapelige publiseringskanaler (Kanalregisteret). Med mindre vi får henvendelser utenfra om å vurdere tidsskriftet på nytt, kommer vi ikke til å endre på det.

Når det gjelder krav om vitenskapelig redaksjon (redaksjonsråd), heter det i kriteriene at vitenskapelig redaksjon primært skal bestå av forskere ansatt ved forskningsinstitusjoner/enheter som utfører forskning. Vi ser gjerne at redaksjonsmedlemmer er listet opp på nettsiden med institusjonell tilhørighet. Poenget med dette kriteriet er at redaksjonen har den faglige kompetansen til å gjøre et godt redaksjonelt arbeid etter vitenskapelig standard med tanke på tidsskriftets fagfelt. Etter den informasjonen vi fikk da tidsskriftet ble vurdert for nivå 1, oppfyller tidsskriftet kravene til vitenskapelig redaksjon.

KAN MISFORSTÅS

Generelt sett er det vanlig hos mange tidsskrift at de har en tidsskriftredaksjon og en vitenskapelig redaksjon, med forskjellige roller. Den vitenskapelige redaksjonen passer på at vitenskapelige artikler følger vitenskapelige og etiske retningslinjer, mens tidsskriftredaksjonen har ansvar for det redaksjonelle (print, layout etc.).

I innlegget «En helt nødvendig prosess» publisert 6. desember på psykologtidsskriftet.no kan enkelte setninger tolkes som at tidsskriftet ikke er godkjent som vitenskapelig publiseringskanal i Norge, da enkelte formuleringer som omhandler indeksering, kan misforstås. Det kunne nok vært tydeligere i innlegget at det gjelder indeksering i andre databaser, og ikke i Kanalregisteret. For igjen, Psykologtidsskriftet oppfyller kriteri-

ene for nivå 1, som er listet opp i begynnelsen av sjefredaktørens innlegg.

INTERNASJONALE REGISTRE

Når det gjelder punkt 3 i definisjonen av en vitenskapelig publikasjon (distribusjon, språk og tilgjengelighet), er ikke dette noe vi ser veldig mye på i vår vurderingen. Vi sjekker DOAJ (Directory of open access journals) med tanke på informasjon om Open Access. Vi sjekker Sherpa Romeo for å vise til informasjon om hvordan kanalen håndterer arkivering. Vi sjekker også tilsvarende registre i Finland og Danmark. Til bruk i nominering av nivå 2, henter vi siteringstall og tall på verdensproduksjon fra databasen Scopus.

Dersom man ønsker en større distribusjon og å tiltrekke seg internasjonale forskere/lesere, vil det nok være lurt å se hvilke andre internasjonale registre man kan bli indeksert i, for etter hvert å bli mer synlig og oppnå siteringstall etc. Men for Kanalregisteret og systemet i Norge med publiseringspoeng for vitenskapelig publisering, har det ingenting å si. ✖



Etter den informasjonen vi fikk da tidsskriftet ble vurdert for nivå 1, oppfyller tidsskriftet kravene til vitenskapelig redaksjon

* Direktoratet for høyere utdanning og kompetanse har blant annet ansvar for Register over vitenskapelige publiseringskanaler (Kanalregisteret). Kanalregisteret er en database over norske publiseringskanaler som regnes som vitenskapelige (nivå 1 og nivå 2). Tidsskrift for Norsk psykologforening står oppført i registeret som et nivå 1-tidsskrift. <https://kanalregisteret.hkdir.no/publiseringskanaler/Forside>

Sjefredaktøren svarer på kritikk av Rorschach-reportasje

Hva som er et journalistfaglig godt arbeid, og hva som vil gi et akademisk læringsutbytte eller drive frem en fagspesifikk utveksling, er ikke alltid helt overlappende.

I BREV STILET til sjefredaktøren, publisert i desemberutgaven, retter Harald Janson, Ellen Hartmann, Marianne Opaas, Peder Nørbech, Gudrun S. Tanum, Håan og Kari Troland noen viktige, kritiske spørsmål til Psykologtidsskriftets redaksjonelle praksis.

Brevet kommer som en reaksjon på journalist-saken «Evidens eller eminense for Rorschach», publisert i oktoberutgaven, der flere fagpersoner ble intervjuet om Rorschach-metoden og bruken av denne. Brevforfatterne spør seg om Psykologtidsskriftet lever opp til sitt egenerklærte ideal om at meninger tydelig skal skilles fra fakta i alt som publiseres. Her vil jeg vise til ordlyden i redaktørplakaten, der dette idealet er utledet:

Gjennom sitt medium skal redaktøren fremme en saklig og fri informasjons- og opinionsformidling. Redaktøren skal etterstrebe en journalistikk som gjør det klart for mottakeren hva som er reportasje og formidling av informasjon og fakta, og hva som er mediets egne meninger og vurderinger.

Saken brevforfatterne stiller seg kritisk til, var en reportasje og ikke en fagartikkel. Det stilles ikke de samme kravene til faktagrunnlag og etterprøvbarhet når man sier seg villig til å bli intervjuet, som når man skriver en fagartikkel. Man kan og bør uttale seg fritt. Når det er sagt, skal informasjons- og opinionsformidlingen ifølge redaktørplakaten være *saklig*.

Brevforfatterne anfører: «Journalisten formidler det som blir sagt, tilsynelatende uten å stille kritiske motspørsmål eller utøve kildekritikk.» Dersom Psykologtidsskriftet har gjort seg skyldig i å forsterke polariserende eller feilaktige

oppfatninger om Rorschach, bør vi se nærmere på om fremstillingen i reportasjen ble saklig. Til denne vurderingen får vi hjelp fra brevforfatterne, som fremholder følgende: «Påstanden om at de som bruker Rorschach-metoden, ikke forholder seg til alminnelige, anerkjente vitenskapelige begreper, er grunnløs.» Og de begrunner dette med å redegjøre for Rorschachs psykometriske status. Denne redegjørelsen er faglig godt fundert og holder høy akademisk standard. Brevforfatterne har ytterligere kritiske merknader som sammenfattet omhandler manglende oppfølgingsspørsmål og kildekritikk. Disse merknadene gir oss tilgang på Rorschachs grunnlagsdata og er interessant lesning.

For fagpersoner som har spesialistkompetanse innenfor testfeltet, psykoterapifeltet og innenfor forskning, kan mangelen på kritiske oppfølgingsspørsmål fremstå som en åpenbar svakhet ved denne reportasjen. For journalisten, som har intervjuet fagpersoner som har sagt ja til å uttale seg på grunnlag av sin faglighet, og som følger journalistfaglige idealer som vektlegger balanse (her: fremme ulike synspunkt) og en fagetisk plikt til å avdekke kritiske forhold (her: mulig problematisk testbruk), kan dette imidlertid være mindre åpenbart. Uttalelsen om at Rorschach-metoden ikke forholder seg til vitenskapelige begreper, er en kraftig påstand som burde vært fulgt opp med oppfølgingsspørsmål. Men det ville kreve en forankring i akademisk psykologi som faller utenfor det journalistfaglige mandatet. Hva som er et journalistfaglig godt arbeid, og hva som vil gi et akademisk læringsutbytte eller drive frem en fagspesifikk utveksling, er ikke alltid helt overlappende, noe denne saken illustrerer. ✕

TEKST Katharine Cecilia Williams, sjefredaktør

RORSCHACH



ANMELDT: BOK

Rettsmedisin for leger og jurister – og andre interesserte

Endelig har vi fått en lærebok om sakkyndighet i Norge. Den som lurere på smått og stort om regler og krav som gjelder bruken av leger, psykiatere og psykologer i retten, kan nå finne svarene i én bok.



BOK *Om rettsmedisin og sakkyndighet.*

En innføring

FORFATTER

Tor Langbach

ÅR 2021

FORLAG Cappelen

Damm Akademisk

SIDER 344

ANMELDT AV

Svein Øverland
og Hilde Dahl

VI ER IKKE bortskjemt med lærebøker om sakkyndighet i Norge. Vi har heller ikke overveldende mange lærebøker på feltet generelt. Det gjør Tor Langbachs nye lærebok om rettsmedisin og sakkyndighet til et velkomment tilskudd på et område som både allmennheten og fagfeltet har vist økende interesse for. Bruken av sakkyndige i straffesaker og sivilsaker har vært jevnt stigende de siste årene. Dette gjelder både rettsoppnevnte sakkyndige og sakkyndige vitner. Så vel leger som psykologer kan bli kalt inn i rettssalen for å beskrive sine vurderinger, sin behandling eller for å belyse et komplisert saksområde. Dette stiller krav til at de har kompetanse om de rettslige prosesser og regler som møter dem i sakkyndigoppdraget.

Undervisning om sakkyndighet, rettsmedisin, rettspsykologi og rettspsykiatri er nærmest fraværende i de medisinske og helsefaglige profesjonsstudiene. NTNU, UiO og UiT har ulike emnetilbud for studenter i psykologi, mens de såkalte B-kursene og C-kursene tilbyr videreutdanning rettet mot leger og psykologer. Langbachs bok gjør det enklere å tilegne seg kunnskapen og integrere den i egen praksis.

Tema for læreboken er rettsmedisinernes arbeid for rettsvesenet og de mange problemstillingene knyttet til bruken av sakkyndige i retten. Langbach er jurist og har praktisert

som både forsvarer, bistandsadvokat og dommer gjennom sin karriere. I tillegg har han i mange år vært leder for Domstolsadministrasjonen. Dette er hans ståsted som forfatter av læreboken, følgelig er det et juridisk blikk på sakkyndigheten og rettsmedisinen som presenteres. Som det står i innledningen: «Denne boken handler i liten grad om rettsmedisin som fag. I den grad fagene berøres, er de sett utenfra – fra en juridisk praktikers ståsted – og det er alltid en utfordring å begi seg inn på fagområder man ikke behersker.» Vi kan godt påpeke at dette ikke er et dumt utgangspunkt for en slik lærebok, siden de sakkyndige skal gjøre oppdrag i rettens tjeneste. De «beveger seg inn på jussens og juristenes arena», som Langbach skriver, og må forstå og følge jussens skikker, lover og regler. Læreboken er følgelig sakprosa under kategorien «juss», men den er skrevet for et bredere publikum. Både jurister, sakkyndige og lekfolk vil kunne ha nytte av boken.

Bokens første del gir en innføring i grunnleggende fagbegreper og regler som omgir sakkyndigfeltet. Her får man en oversikt over variasjonen i rettsmedisinske spesialiteter og de ulike oppgavene som sakkyndige gir kunnskap om i retten. Det er fokus på rolleforståelse, kvalifikasjoner og etikk. Bokens andre del tar utgangspunkt i de fagområdene det per i dag

er innsendingsplikt for. Herunder er rettspatologi, rettsgenetikk, retts toksikologi, rettsantropologi, klinisk rettsmedisin, rettspsykiatri og rettsodontologi. Boken gir innblikk i alle disse fagområdene, men i noe ulik grad. Ikke overraskende står det en del mer om rettspsykiatri enn om rettsodontologi. I tillegg er det et kapittel om Den rettsmedisinske kommisjon og dens rolle overfor de sakkyndige og retten. Bokens tredje del tar for seg justissektoren, herunder domstolene, departementene, kriminalomsorgen, politiet og påtalemyndigheten. Som boken stadfester, er dette en regelstyrt sektor. Forståelsen av den krever en generell innsikt i de reglene som den styres etter. Tredje del gir også en liten innføring i strafferett og erstatningsrett, regler for taushetsplikt og habilitet hos sakkyndige.

Fjerde del behandler en rekke generelle problemstillinger som rettsmedisinske sakkyndige møter. Det gis en oversikt over saker hvor sakkyndige har spilt en rolle i feilaktige domfellelser, og over fallgruver, tvil og usikkerhet som sakkyndige må ta stilling til. Merk her at boken benytter ordet justisfeil og ikke det mer dramatiserende ordet «justismord». Sakkyndige kan med fordel ta lærdom av slike saker, både gjennom økt innsikt i tema som beslutningspsykologi og vitnepsykologi, men også fordi det gir nyttige innblikk i tema som systemfeil, makt og etikk. Flere av de store justisfeilene i norsk historie er dessuten så gamle at mange studenter i dag ikke kjenner til dem, til tross for at de er godt dokumentert. Avslutningsvis i boken beskrives det sakkyndige mandatet, hvordan dette er utformet, og hvilke forventninger en sakkyndig bør ha til mandatet. Videre beskrives arbeidet med erklæringen, både den skriftlige og den muntlige. Til slutt i boken er det flere vedlegg med relevante lover, forskrifter og rundskriv.

Læreboken har et høyt ambisjonsnivå, den skal favne en stor bredde og mange grunnleggende detaljer. Noe av Langbachs styrke ligger i språket. Han evner å beskrive et komplisert fagfelt og regelverk på en leseverdige måte, noe som gjør det mulig å komme seg gjennom det som for mange er et litt tørt juridisk landskap. Dette er en fordel for alle ikke-jurister som leser læreboken. Språket har en lett muntlig stil, uten for mange faguttrykk og fremmedord, og der disse er nødvendige, er de alltid forklart på forhånd. Dette er for øvrig i tråd med de anbefalinger rettsoppnevnte sakkyndige får ved utarbeidelsen av sine erklæringer.



Så vel leger som psykologer kan bli kalt inn i rettssalen for å beskrive sine vurderinger, sin behandling eller for å belyse et komplisert saksområde

En annen styrke ligger i måten boken er bygget opp på. Gjennom sine fem deler gir den leseren nettopp den innføringen som er nødvendig for å forstå hva sakkyndighet er, hvordan det praktiseres, hvilke områder de benyttes på, de generelle problemstillingene sakkyndige møter, og hvordan en sakkyndig erklæring skal utformes. Det er en fordel å lese boken fra begynnelse til slutt, siden leseren da får med seg den resonnerende oppbyggingen. Samtidig kan boken fungere som et oppslagsverk dersom man bare er interessert i bestemte tema. Den detaljerte innholdsoversikten gjør at boken er lett å finne frem i. En siste styrke skal nevnes her, og det er den merkbare erfaringskompetansen som ligger under stoffet som blir presentert i boken. Læreboken bærer preg av mange års arbeid i retten, men også av de årene Langbach har undervist i videreutdanning for sakkyndige. Det er altså et tett forhold mellom forfatteren og bokens innhold som styrker formidlingen. Langbach er til stede i stoffet, det blir tydelig at han både kan og forstår det han skriver om.

Det skinner også godt gjennom i hele boken at Langbach legger stor vekt på det å ha et grunnleggende etisk perspektiv. All sakkyndighet krever stor bevissthet knyttet til rolle og etikk. De sakkyndige og rettens parter møter personer som med rette kan betegnes som sårbare, selv om de noen ganger har utført grusomme handlinger. Som sakkyndig og jurist må man forholde seg til personer med psykoser, forvirringstilstander, utviklingshemming og barn som ikke selv har valgt sin situasjon og tilstand. I tillegg må man også forholde seg til ofrene for alvorlige straffbare handlinger og deres pårørende, og ikke minst mediene.

Ettersom mediene ofte er tett på saker der sakkyndige brukes, er boken nyttig og viktig for journalister. Også lekfolk og ulike fagfolk vil kunne ha nytte av å lære mer om sakkyndighet gjennom denne læreboken. For kriminologi, sosiologi, statsvitenskap og alle sosial- og helsefag er dette en bok av mulig interesse. For psykologer fremstår boken som svært viktig. Ikke bare gir den innsikt i et område som mange psykologer må forholde seg til i løpet av karrieren, enten som sakkyndig eller fagkyndig, men den kan også med fordel benyttes i profesjonsutdanningen. Boken er i høst blitt brukt i undervisning for profesjonsstudenter i psykologi ved NTNU. Tilbakemeldingene er positive. De liker rett og slett boken, «selv om den er skrevet av en jurist», som en student litt tørt poengterte. ✘

Arbeidet som ikke teller

Jan Grue vil at vi skal snakke oftere og mer åpent om funksjonshemmede, sårbarhet, belastning og usynlig arbeid. Heldigvis har han skrevet en effektiv samtalestarter om temaet.



BOK *Hvis jeg faller.*
En beretning om
usynlig arbeid

FORFATTER Jan Grue

FORLAG Gyldendal

ÅR 2021

SIDER 192

JAN GRUE er professor i kvalitativ metode ved Universitetet i Oslo. Han har også en rekke skjønnlitterære utgivelser bak seg. I 2018 utkom boken *Jeg lever et liv som ligner deres*. Her tematiserer Grue, som har en sjelden muskelsykdom og er rullestolbruker, hvordan hans opplevelse av egen oppvekst og tidlig voksenliv skiller seg fra hvordan de samme periodene i livet hans beskrives i helsevesenets og det offentlige journaler og vedtak.

Årets utgivelse, *Hvis jeg faller*, fokuserer på arbeidet funksjonshemmede må utføre for å kunne fungere i samfunnet og i velferdsstaten. En velferdsstat som på den ene siden er velutviklet, men som på den andre siden er byråkratisk og setter klare begrensninger for hvilke liv funksjonshemmede kan forvente å leve, eksempelvis med henblikk på utdanning og arbeid. Her utgjør forfatteren selv et dobbelt avvik, som funksjonshemmet, men også høyt utdannet og med en profilert stilling i akademia. Grue gir et tidvis nært og usminket innblikk i hvordan han selv, både bevisst og ubevisst, har brukt sine akademiske ferdigheter og sin karriere til å skape og opprettholde en avstand til gruppen «de funksjonshemmede» – og dermed også til seg selv.

MELLOM SJANGRE

Teksten skifter hyppig mellom akademiske perspektiv og personlige beskrivelser. Den er delt inn i kapitler, men ellers overlates det til leseren å underveis definere hvilken sjanger boken tilhører, eller hvilke sjangre den beveger seg mellom. Dette er noe av det som er med

på å gjøre boken til en annerledes og interessant leseopplevelse. Den har klare forbindelseslinjer, både formmessig og tematisk, til *Jeg lever et liv som ligner deres*, men boken står seg også godt alene, blant annet fordi Grue denne gangen er tydeligere i sin kritikk av velferdsstatens og samfunnets måte å møte funksjonshemmede på.

Boken har undertittelen *En beretning om usynlig arbeid*. Begrepet usynlig arbeid henger sammen med teorien om at samfunnsskapt barrierer fører til at funksjonshemming oppstår. Usynlig arbeid, som Grue også kaller «det arbeidet som ikke teller» og «negativt arbeid», omfatter alle former for innsats funksjonshemmede må yte for å i størst mulig grad lukke gapet mellom individuelle forutsetninger og samfunnets krav. Nitid planlegging av hverdagslige gjøremål med tanke på tilgjengelighet, oppfølging av søknader i hjelpeapparatet samt det å måtte forholde seg til negative holdninger og lave forventninger, er alle eksempler på usynlig arbeid.

Felles for alle situasjonene er at det nevnte gapet aldri kan lukkes fullstendig, slik at det usynlige arbeidet i praksis blir livslangt. Grue går denne gangen lenger enn tidligere i å beskrive de fysiske og mentale belastningene et liv preget av usynlig arbeid fører med seg. Han er også åpen om at han selv har brukt synlig arbeid (min formulering) i form av sin akademiske produktivitet som en måte å oppnå tilhørighet i samfunnet på. Som andre funksjonshemmede har imidlertid også Grue internalisert samfunnets blikk på seg selv som

ANMELDT AV

Sissel Garnes



FORFATTER OG FORSKER Jan Grue er professor i kvalitativ metode ved Universitetet i Oslo. Han har også en rekke skjønnlitterære utgivelser bak seg. I 2018 utkom boken *Jeg lever et liv som ligner deres*. Foto: © Mimsy Møller / Samfoto

defekt og ikke produktiv nok, og han strever med å godta sin egen sårbarhet og innsats.

FELLES SPRÅK OM FUNKSJONSHEMMING

Hvis jeg faller er en svært personlig og særpregget tekst om å leve med funksjonshemming. Heldigvis har forfatteren et større prosjekt enn å fortelle den stereotypiske historien om helten som overvann egen kropp. Gjennom å drøfte sine personlige erfaringer i lys av ulike begreper fra blant annet lingvistikk, sosiologi og psykologi lykkes Jan Grue i å etablere et felles språk om funksjonshemming – et språk som også gir rom for å snakke om funksjonshemming som noe annet enn personlige historier om heltemot eller tragedie.

I arbeidet med denne anmeldelsen er jeg blitt utfordret på hvilken relevans en bok som

dette har for psykologer flest. Jeg skal være ærlig på at det å få dette spørsmålet opplevdes som en forventning om at boken ville omhandle et smalt tema, interessant bare for funksjonshemmede selv. For meg, som også er funksjonshemmet og rullestolbruker, representerer *Hvis jeg faller* en sjelden litterær bekreftelse på at det jeg erfarer av ekstra belastning i hverdagen, er opplevelser som så mange som én av sju deler med meg. Man kan også argumentere for at teksten berører allmennpsykologiske tema som skam og sorg, makteløshet og sårbarhet. Jeg håper imidlertid at psykologer flest vil se boken som en mulighet til å søke ny kunnskap om funksjonshemmedes erfaringer og ta kunnskapen med seg videre, inn i terapirommet og ut i samfunnsdebatten. ✘

”

Hvis jeg faller er en svært personlig og særpregget tekst om å leve med funksjonshemming

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

MINNEORD

PER ERIKSEN

(1945–2021)



VÅR KJÆRE VENN og kollega Per Eriksen, døde brått mandag 29. november, 76 år gammel. Med sin særegne lekenhet, kreativitet og intellektuelle nysgjerrighet etterlater han seg et stort savn.

Etter oppvekstår i Bergen, kom Per til Universitetet i Oslo i 1967. Der traff han An-Magritt som ble hans kone – og som senere også ble president i NPF. De fikk et godt og langt liv sammen – med to sønner, Espen og Ulrik, og flere barnebarn. Kombinasjonen som par i profesjon og i kjærlighet mestret de to godt.

Allerede som student ble Per del av et fagmiljø som ville reformere det psykologiske arbeidet med barn. Behandlingen skulle bestå av samarbeid med foreldre og barnehagen eller skolen, og målet var å gi barnet et bedre hverdagsliv med praktisk tilpasset utviklingsstøtte. Sosial læringsteori ble arbeidsredskapet, og sammen med medstudent Marit Berggrav prøvde han ut nye metoder i konsultasjon. Resultatene kom i bokform i 1973: «Atferdsterapi i sosialt perspektiv» – det aller første arbeidet i sin sjanger. Etter hvert ble dette perspektivet utvidet til å omfatte kommunikasjonsteori og systemteori med vekt på familierelasjoner. Per arbeidet som psykolog i flere ulike sammenhenger, men det ble Familievernet som kom til å stå hans hjerte nærmest. Han ledet flere kontorer i Oslo, og fra 1980-tallet var han aktivt med på å forme og utvikle den psykologiske virksomheten innenfor denne sektoren.

Over mange år var Per Eriksen en skattet underviser for stadig nye kull av psykologistudenter ved Universitetet i Oslo. Videre var han lærer og veileder for mange som tok spesialistutdanning, både i barne- og ung-

domspsykologi og i familiepsykologi. Den nesten 40 år lange karrieren ble avsluttet først godt ute i pensjonsalderen. Per var en mester i dialogbasert undervisning. Mang en student vil minnes ham som en sterk og humørfylt inspirator. Han formidlet trygghet og åpenhet, og mange så ham nok som modell for sitt arbeid med barn og familier.

Faglig tilhørighet og felleskap fant han selv ved Institutt for Aktiv Psykoterapi (IAP), et institutt som driver videreutdanning av psykologer. Det vokste fram av det faglige nettverket som Per var med å bygge opp som student. Han har vært leder av både IAP og Norsk Forening for Familierapi (NFFT).

Det er ufattelig trist at denne varme og gode vennen har forlatt oss. Han var alltid så oppmerksom og tilstedeværende, en initiativtaker til hyggelig – og ikke minst – velsmakende samvær. Våre tanker går til An-Magritt, barna og barnebarna.

*Kirsti Ramfjord Haaland, Hanne Haavind,
Nora Sveaass og Odd Arne Tjersland*

Perspektivet som mangler

Helsedirektoratet har fastslått at flere kommuner nedprioriterte psykisk helse og tjenester til barn og unge under pandemiens første fase. Samtidig ser vi nå en økning av henvisninger til psykisk helsevern, særlig for barn og unge. Et spørsmål er naturlig å stille i lys av dette funnet: Hvem har ansvaret for en kommunes tilbud innenfor psykisk helse?

Allerede tidlig i pandemien varslet våre medlemmer om at kommuner nedprioriterte tjenester innenfor psykisk helse. Denne informasjonen ble viderefremmet til myndighetene sammen med vår bekymring for negative konsekvenser av denne prioriteringen.

Det er i all hovedsak skuffende når offentlige rapporter bekrefter våre bekymringer. Det er en mager trøst å ha rett om negative utviklinger og økt menneskelig lidelse. Likevel gir det fornyet styrke til å stå for vårt budskap og peke på løsninger vi mener kan bøte på problemet.

Innenfor de kommunale helsetjenestene har kommuneoverlegen en særskilt rolle. I mange tilfeller er dette en fastlege som innehar vervet ved siden av sin praksis. I pandemien har disse legene fått enorme oppgaver med håndtering av smittevern og -oppfølging ved siden av sitt øvrige arbeid. De fortjener stor honnør for sitt arbeid under pandemien. Samtidig er det åpenbart at et særlig ansvar for smittevernet gjør det utfordrende å skulle vie oppmerksomhet til det psykiske helsetilbudet. Ville ikke en reell likestilling av psykisk og fysisk helse innebære at disse oppgavene i kommunen også ble særlig ivaretatt av en egen stilling med ansvar for folkehelse?

Uavhengig av denne typen formelle bestemmelser er det åpenbart at vi må ta lærdom av funnene fra pandemiens tidlige fase. Særlig når

mye tyder på at smitteverntiltak kan bli en gjentakende nødvendighet. Hvis vi skal klare å ivareta de gruppene som lider mest under disse tiltakene, må det sørges for at tilbudene og kompetansen er tilgjengelig for befolkningen. Også når smittevernet krever sitt.

Her er det et stort problem at kommunene i liten grad har ansatt akademisk kompetanse. Dette gjelder flere yrkesgrupper, som ingeniører og jurister, men også psykologer. Den fremste utfordringen kommunene peker på når det kommer til rekruttering av kompetanse, er et presset budsjett. Vi kan også se at selv om vi nå feirer ettårsjubileum siden lovkravet om psykolog i kommunen ble innført, så har utviklingen i antall årsverk vært flat siden tilskuddsordningen falt bort fra samme dato.

Det fremstår derfor åpenbart at kommunene trenger hjelp med å kunne sørge for at befolkningen har tilgang til riktig tverrfaglig kompetanse. Samt at kommunene selv har tilgang til perspektiver som løfter betydningen av psykisk helse – midt i en pågående pandemi.

Behovet for en finansieringsordning som bistår kommunene, blir et av de fremste budskapene fra Psykologforeningen i denne stortingsperioden. Vi kan ikke la psykisk helse få fortsette å være en salderingspost på grunn av smittevernstiltak som skal gagne oss alle.



FOTO: FARTEIN RUDJORD

TEKST

Håkon Kongsrud
Skard, president

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

Er du sakkyndig? Kjenner du til hva Psykologforeningen kan hjelpe deg med?

Sakkyndige psykologer jobber i et krevende og konfliktfylt landskap, og mange opplever økende grad av hets, ærekrenkelsler og trusler. Psykologforeningen tilbyr juridisk bistand knyttet til psykologers arbeidsforhold. I tillegg jobber vi politisk med andre saker av betydning for sakkyndige.

FOTO: PSYKOLOGFORENINGEN



TEKST Spesialrådgiver/
advokat Heidi Roald

JURIDISK BISTAND

Forhandlingsavdelingen har advokater/jurister og erfarne jusstudenter som bistår medlemmene i juridiske spørsmål knyttet til psykologers arbeidsforhold. I noen saker gir vi kun generelle råd. I andre saker bistår vi sakkyndige i rettslige prosesser som for eksempel søksmål på grunnlag av ærekrenkende ytringer eller som bistandsadvokat i straffesaker. Vi kan kontaktes på tlf 23 10 31 30 hver dag mellom kl 12.15–15.00 eller på e-post forhandlingsavdelingen@psykologforeningen.no.

KOLLEGASTØTTE

Psykologforeningen tilbyr kollegastøtte til medlemmer som står i en vanskelig situasjon i sitt virke som psykolog. Gjennom ordningen tilbys ikke helsehjelp, men kollegiale råd. Kollegastøtte er anonym og gratis for medlemmer, og det føres ikke journal fra samtalen. Ta kontakt med din lokalavdeling om du ønsker mer informasjon.

ARBEID FOR ØKT SALÆRSATS

Psykologforeningen har over tid arbeidet med å få økt salærsatsen og å reversere ordningen med halvt salær på reiser. Vi er svært bekymret for hvordan dette påvirker rettssikkerheten og rekruttering av sakkyndige til oppdrag for domstoler og barnevern. Vi har uttrykt bekymring i brev til Justiskomiteen, bedt Justisdepartementets lovavdeling vurdere lovligheten av en forventning om at sakkyndige skal arbeide på reiser og hatt møte med Domstolsadministrasjonen om rekruttering og tilgang til sakkyndige.

Psykologforeningen har hatt løpende kontakt med Advokatforeningen, og støttet tidlig deres aksjon og krav om forhandlingsrett. Advokatenes aksjon er knyttet til straffesaker og innebærer kun en oppfordring om å ikke påta seg nye forsvareroppgaver i Høyesterett. Psykologforeningen har vurdert en egen aksjon, men tilsvarende aksjon for en del år siden fikk liten opp-

slutning blant medlemmene. Dette nok fordi en slik aksjon innebærer et betydelig inntektstap for enkeltmedlemmer, på et område hvor vi ikke har system for å kompensere tapet for medlemmene. Dersom Advokatforeningen utvider sin aksjon til instanser der psykologer er mer involvert som sakkyndige, vil vi gjøre en ny vurdering.

FAGUTVALG OG INTERESSEFORENINGER FOR SAKKYNDIGE (FURS OG FOSAP)

Psykologforeningen har et fagutvalg og en interesseforening for sakkyndige psykologer. Fagutvalg for rettspsykologi og sakkyndighet (FURS) skal styrke Psykologforeningens arbeid innenfor sakkyndighet og bidra til at psykologer har oppdatert kunnskap og yter gode faglige tjenester innenfor rettspsykologi og sakkyndighet. Forening for sakkyndige psykologer (FOSAP) er en interesseforening for psykologer som opptre som sakkyndige i saker etter barneloven og barnevernloven. Både FURS og FOSAP benyttes som intern høringsinstans i saker på sakkyndigfeltet.

ARBEID FOR NÆRINGSDRIVENDE

Psykologforeningen har en økende andel helprivate og næringsdrivende medlemmer, og har nylig diskutert med lokalavdelingene hvordan vi kan imøtekomme denne gruppen i større grad. Gjennom vårt arbeid i Akademikerne Næringsdrivende jobber vi for bedre rammevilkår og sosiale rettigheter for gruppen. De siste årene har vi blant annet fått gjennomslag for bedre sykepengeordning og bedre skattebegunstiget pensjonssparing for næringsdrivende. I høst har vi også startet opp en webinarserie for næringsdrivende, blant annet med fokus på pensjon, skattemessige forhold og valg av selskapsform. Webinarserien fortsetter 17. januar 2022 med tema om personvern for næringsdrivende og 14. februar 2022 om rettigheter ved sykdom. Se Akademikerne nettsider.



Vineland-3

Nå er Vineland-3 lansert!

Vineland-3 kan brukes til å måle ulike domener innenfor adaptiv atferd og kan hjelpe deg med effektivt å identifisere ulike funksjonsnedsettelse hos barn og ungdom. Den nye versjonen identifiserer sterke og svake sider med større presisjon og kartlegger domener som stemmer overens med de primære adaptive ferdighetsområdene for diagnosen intellektuell funksjonsnedsettelse i DSM-5.

Les mer om Vineland-3 her:

www.pearsonclinical.no/vineland-3





NORSK
Psykoanalytisk
INSTITUTT

Utdanning i psykoanalyse ved Norsk psykoanalytisk institutt

Utdanningen kan søkes av psykologer og leger med autorisasjon i Norge. Det forutsettes påbegynt spesialisering i psykologi, psykiatri eller barne- og ungdomspsykiatri.

Utdanningen består av parallelle og samtidige læringserfaringer gjennom deltagelse i teoretiske samt kliniske seminarer over 4 år, personlig analyse hos læreanalytiker, veiledning av minst to egne analyser og skriftlig arbeid.

Psykologforeningen har godkjent seminarene for kurssekvensen til spesialiteten i psykoterapi etter ny ordning. Dette forutsetter at fellesprogrammet er fullført før oppstart på seminarene ved Instituttet, relevant klinisk praksis. Godkjenning som spesialist i psykoterapi kan søkes etter 4. semester forutsatt samtidig minst 70 timer veiledning og at øvrige krav fra Psykologforeningen er oppfylt (jmf. Psykologforeningens målbeskrivelse for spesialiteten). Det er Psykologforeningen som i sin helhet godkjenner spesialiteten i psykoterapi.

Interesserte kan henvende seg til instituttets sekretariat for ytterligere informasjon.

Se også instituttets hjemmeside, **www.psykoanalyse.no**. Informasjon om fremtidig økonomisk støtte fra tilskuddordningen vil bli oppdatert på hjemmesiden.

Søknad med yrkeserfaring (CV), levnetsbeskrivelse og kopi av autorisasjon sendes:

Norsk psykoanalytisk institutt,
Fr. Nansens vei 17, 0369 OSLO

Tlf. 22 60 58 20, e-post:
post@psykoanalyse.no

Søknadsfrist: 1. mars 2022

HAMAR SENTRUM. Ledig lokale i fellesskap med to andre psykologer. Kontor 18 m², felles venterom, spiserom og toalett. God standard, beliggenhet og adkomst.
Henv. tlf. 916 55 761

Ønsker du å annonsere i Psykologtidsskriftet?

Neste utgivelse er **1. februar**,
frist for å bestille annonse i
februar-utgaven er **19. januar**

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

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



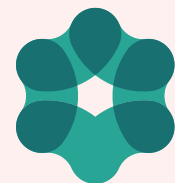
Norges ledende journalsystem for privatpraktiserende psykologer i over 20 år.

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



Kommer tidlig i 2022:

- Psykbase Mobil, administrer avtaler og skriv journal direkte på din mobiltelefon
- Integrasjon med tategjenkjenningssystemet Dragon Medical One fra Omilon
- Integrasjon med Digipost, sikker elektronisk kommunikasjon med dine pasienter
- Integrasjon med regnskapssystemet Fiken





Valgfritt program i:

Psykoterapeutisk metode for barn og unge

Målgruppe

Psykologer som har fullført obligatorisk program for barn og unge. Andre med fullført obligatorisk program og minimum 2 års praksis med barn og unge kan søke opptak til dette valgfrie programmet. Psykologspesialister kan søke opptak til kursene som vedlikeholdsaktivitet.

Innhold

Emosjonsfokuset familieterapi og foreldreveiledning (EFFT) har fokus på å behandle psykiske vansker hos barn, eller hjelpe barn med emosjonsregulering, gjennom å veilede og støtte foreldrene.

Temaer som gjennomgås på programmet: Teoretiske rammeverk for EFFT, emosjonsveiledning, reparere emosjonelle sår i relasjonen til barnet, praktiske rammer for foreldreveiledning og foreldrekurs.

Kurssamlingene

Fire samlinger på to dager hver, totalt 64 timer. Undervisningen er seminarbasert, og vil gjennomgående integrere deltagerens praktiske erfaring med teori.

Kurslederne

Hanna Aardal jobber ved Institutt for Psykologisk rådgivning i Bergen. Hun var utdannet psykolog i 2005, og spesialist i klinisk barne- og ungdomspsykologi. Hanna har videreutdanning i emosjonsfokuset individualterapi, parterapi og familieterapi. Videreutdanning som fasilitator og trener i familieterapi, og veileder i individualterapi.

Ane Bente Gjul var utdannet psykolog ved UiB, og er spesialist i klinisk voksenpsykologi. Hun jobber ved IPR Oslo hvor hun tilbyr både individualterapi, parterapi og foreldreveiledning, og har videreutdanning innen emosjonsfokuset parterapi og emosjonsfokuset familieterapi. Hun er NIEFT-godkjent trener og veileder innen emosjonsfokuset familieterapi.

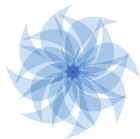
Sted og dato: Oslo, 16.-17. mars 2022 (1. samling)

Påmeldingsfrist: 9. februar 2022

Medlemspris: kr 7 400 per samling

Kursnr.: 131-22

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



Nasjonal konferanse i klinisk helsepsykologi

Psykologens skattkiste for en stresset og plaget kropp.
Hvordan psykologiske tiltak påvirker fysiologiske prosesser

Utdrag fra programmet

- Per Brodal, professor emeritus i nevroanatomi:
Hjernenettverk, alarmer og stress
- Helene Helgeland, overlege i barne- og ungdomspsykiatri:
Kroppens stressreguleringssystemer og implikasjoner for behandling av sammensatte symptomtilstander
- Anne Kristine Bergem, psykiater og førsteamanuensis:
Tidlige traumer og risiko for utvikling av somatiske plager
- Vegard Bruun-Wyller, professor og overlege i barnemedisin:
Vedvarende symptomer etter Covid-19: Forekomst, årsaksmekanismer og behandlingstilstander
- Mats Lekander, professor i helsepsykologi, Stockholms universitet:
Stress, inflammasjon og betydning for psykisk og somatisk helse
- Borrik Schjødt, psykologspesialist:
Placebo og behandlerrelasjonen
- Silje Reme, professor, Psykologisk institutt, UiO:
Evidens for medisinsk hypnose for reduksjon av smerte
- Maren Lindheim, psykologspesialist:
Hypnose og betydningen av det terapeutiske språket for stress- og smerteregulering
- Paul Joachim Bloch Thorsen, barne- og ungdomspsykiater:
Avsluttende innlegg

Konferansen godkjennes som vedlikeholdsaktivitet til spesialistutdanningen for psykologer.

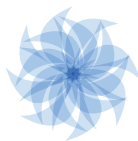
Sted og dato: Oslo, 24.-25. mars 2022

Påmeldingsfrist: 17.02.2022

Konferanseavgift: kr 4 500 (for medlemmer i Norsk psykologforening)

Kursnr.: 922-22

Påmelding og fullt program: [www.psykologforeningen.no/kurs og utdanning](http://www.psykologforeningen.no/kurs_og_utdanning)



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



Obligatoriske kurs til spesialiteten i eldrepsykologi

Spesialiteten i eldrepsykologi anvender psykologisk kunnskap og metoder i arbeid med eldre personer og deres pårørende. Eldrepsykologi omhandler både normal aldring og aldersrelaterte endringer, plager og sykdommer som kan ramme personer i øvre del av livsløpet. Eldrepsykologi har som mål å fremme psykisk helse, livsutfoldelse og livskvalitet til den eldre delen av befolkningen. Foruten individrettet samarbeid, står nettverks- og pårønderarbeid sentralt i denne sammenheng.

Det obligatoriske programmet i eldrepsykologi skal gi oppdatert kunnskap på de sentrale områdene innen fagfeltet. Innholdet i spesialiteten skal utformes i tett kontakt med kliniske fagmiljø og i tråd med myndighetenes føringer.

Målgruppe

Målgruppen er psykologer som har fullført fellesprogrammet og som har interesse for å arbeide direkte eller indirekte med eldre.

Målsetting

- Tilpasse aktuelle psykologiske utrednings- og behandlingsmetoder
- Utrede, diagnostisere, behandle og følge opp psykiske lidelser hos eldre
- Utrede, diagnostisere, behandle og følge opp demens
- Vurdere bistandsbehov og samarbeide med andre tjenesteytere
- Vurdere egnethet for bilkjøring
- Veilede og undervise pasienter, pårørende og personalgrupper
- Initiere og veilede planlagte endringsprosesser på pasientenes ulike livsarenaer
- Omsette utredninger i praktiske og realistiske tiltak med sikte på å oppnå bedre mestring og livskvalitet for den enkelte pasient og/eller omsorgsgivere
- Tilpasse informasjon og kunnskap til mottakers forutsetninger og kompetanse, herunder diagnoseformidling
- Formulere kasus

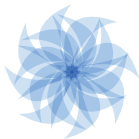
Sted og dato: Oslo, 1.-2. juni 2022 (Kurs 1)

Påmeldingsfrist: 27. april 2022

Medlemspris: kr 7 400

Kursnr.: 401-22

Påmelding via: www.psykologforeningen.no/kurs og utdanning



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

JOBBE & BO I GAUSDAL KOMMUNE

Tilgang til perfekte skiløyper



Billig bolig – kort vei til Lillehammer



Mulighet for spesialiseringsforløp



Tverrfaglig miljø



Påvirke egen arbeidshverdag



GAUSDAL KOMMUNE ANSETTER



KOMMUNEPSYKOLOG

ER DU DEN RETTE FOR OSS?

SØKNADSRIST 15. JANUAR

LES MER PÅ GAUSDAL.KOMMUNE.NO



Barne-, ungdoms- og familieetaten - Region øst

Vi har ledig en spennende stilling innen Multisystemisk terapi!

Vi søker MST-terapeut

100% stilling i MST (Multisystemisk Terapi) i MST teamet i Sarpsborg, i region øst.

Barne-, ungdoms og familieetaten har egne enheter som driver med multisystemisk terapi (MST), som er en tidsavgrenset, familiebasert behandlingsmetode for ungdom med alvorlige atferdsvansker. Terapeutene jobber i hjem, nærmiljø og skole med foreldre og ungdom, der ungdommen står i fare for å bli plassert utenfor hjemmet.

MST er en evidensbasert metode utviklet i USA, og implementeringen i Norge ledes av NUBU, datterselskap av NORCE. I region øst drives det totalt 6 MST-team. Et team består av tre-fire terapeuter og en veileder som er faglig og administrativ leder av teamet. Behandlingen er tilgjengelig 24 timer i døgnet, 7 dager i uka. Tilgjengelighet er regulert gjennom egen avtale for MST-terapeuter, og er godt økonomisk kompensert. Stillingen innebærer selvstendig arbeid, fleksibel arbeidstid og kontinuerlig faglig utvikling gjennom ukentlig veiledning og regelmessige fagseminarer.

Se fullstendig utlysning og søk stillingen på www.bufetat.no

Vil du undervise i familierapi og systemisk praksis?



Fakultet for sosialfag har ledig stilling fra 1. august 2022 som førsteamanuensis/ førstelektor på programområde Familierapi og systemisk praksis. Oppgaver i stillingen er undervisning, forskning, veiledning, sensur, faglig/ pedagogisk utviklingsarbeid, samt administrasjon og drift av klasser og utdanningsprogram.

Vi søker deg som liker å motivere og inspirere studenter, og som er fleksibel og har gode kommunikasjons- og samarbeidsevner.

Søknadsfrist 18.01.2022

Søk stillingen på www.vid.no/om-oss/ledige-stillinger/



Barne-, ungdoms- og familieetaten - Region midt

Blir du med og etablerer et nytt team i Nordmøre og Romsdal?

MST-terapeut/ psykolog

Vi søker deg som vil være med og etablere og utvikle tjenesten i et nytt område, nærmere bestemt i Nordmøre og Romsdal. Arbeidsdagen vil i hovedsak bestå i terapeutisk arbeid i nært samarbeid med familier, nettverk og aktuelle hjelpeinstanser.

Er du psykolog med erfaring fra klinisk arbeid, gjerne med barn, ungdom og familier, kan du være den rette.

Søknadsfrist er 16. januar 2022.

Se fullstendig utlysning og søk på bufdir.no

www.bufdir.no



Det finnes for det meste gode digitale verktøy for å løse hverdagens små og store problemer. Dessverre henger helse-tjenestene etter i det å nå sine brukere. Vår plattform for digitale helsetjenester er med på å løse fremtidens store utfordringer i helsevesenet ved å gjøre det så enkelt som mulig å få snakke og utveksle informasjon med en lege. www.eyr.md

Vi søker psykologer som ønsker å jobbe digitalt

Eyr vokser raskt og vi trenger nå flere kollegaer som en del av vårt digitale psykologteam. Vi søker autoriserte psykologer som ønsker å bygge fremtidens psykologtjenester.

Bli med og skap fremtidens digitale helsetjenester.

Som første selskap i Norge lanserte Eyr videokonsultasjon på mobilen i 2016, og vi har siden det levert gode og trygge digitale helsetjenester til over 100,000 pasienter. Vi skalerer opp våre digitale psykologtjenester og trenger flere dyktige psykologer med på laget vårt.

Å jobbe som psykolog i Eyr vil være både teknologisk og medisinsk nybrottsarbeid, vi gir stort rom for innovasjon innenfor trygge rammer. Du vil tidlig få erfaring med fremtidens e-helseløsning. I Eyr jobber vi for at helsetjenester skal bli bedre og mer tilgjengelig for alle. Hos oss jobber helsepersonell og teknologer tett, for å tilby psykologer og leger det beste verktøyet, og pasientene den beste behandlingen. Vi har utviklet en skalerbar og gjennomtestet plattform som gjør dialog mellom pasient og lege lekende lett, både i forkant, under konsultasjonen og dialogen i etterkant.

Vi kan tilby et godt kollegialt samhold, veiledning og bruk av beredskaps-telefon tilknyttet psykologspesialister ved behov i arbeidstiden.

Stillingsbeskrivelse

Vi har stort behov for psykologer og ønsker å høre fra deg som ønsker full stilling, deltidsstilling eller å jobbe som konsulent. Som psykolog hos oss har du mye innflytelse på dine arbeidstider. Du vil kunne sette opp tider for tilgjengelige konsultasjoner og pasientene vil selv booke timer i Eyr-appen. Du gjennomfører 45 minutters videokonsultasjoner med pasientene og 15 minutter er avsatt til journalføring. Du kan jobbe der du vil, hjemme, på hytta eller på Eyr-kontoret i Kongens gate. Vi tror på mangfold i team og tverrfaglig kompetanse for å kunne skape de beste tjenestene for pasientene.

Du vil jobbe tett med annet helsepersonell, teknologer og forretningsutviklere for å skape nye, gode digitale tjenester.

Litt om deg

Du er norsk autorisert psykolog og synes det virker spennende å jobbe med digitale helsetjenester. Du har motivasjon og interesse for å jobbe med ICBT til personer med lett-moderate psykiske lidelser. Du har lyst til å jobbe i skjæringspunktet mellom utvikling av fremtidens helsetjeneste og klinisk pasientbehandling. Du har interesse for bruk av video-baserte konsultasjoner og positiv til bruk av digitale hjelpemidler i pasientbehandling. Du har stor

faglig integritet, du er dyktig, faglig trygg i din praksis og kommuniserer godt.

Har du lyst til å være med å jobbe med fremtidens psykologtjeneste? Vi gleder oss til å høre fra deg.

Lær av de beste og bli med å påvirke fremtidens helsetjeneste!

Tiltredelse: Løpende

Lenke til annonsen og søk på stillingen:

<https://careers.eyr.md/jobs/1173427-vi-soker-psykologer-som-onsker-a-jobbe-digitalt>

Søknadsfrist: Løpende



Norsk psykologforening organiserer nærmere 85 % av landets offentlig godkjente psykologer samt studenter, og har i dag mer enn 10 000 medlemmer. Som profesjonsforening ivaretar vi medlemmenes faglige og økonomiske interesser. Psykologforeningen driver en utstrakt videre- og etterutdanningsvirksomhet. Sekretariatet har 47 ansatte. www.psykologforeningen.no

Tidsskrift for Norsk psykologforening søker

PSYKOLOGFAGLIG REDAKTØR

Har du erfaring med fagformidling og publisering? Engasjerer du deg i psykologfagets utvikling? Tidsskrift for Norsk psykologforening skal styrke sin vitenskapelige publisering i perioden som kommer, og i den forbindelse skal vi knytte til oss en ny psykologfaglig redaktør.

Tidsskrift for Norsk psykologforening er et generelt psykologfaglig tidsskrift som utgis av Norsk psykologforening og redigeres fritt i henhold til redaktørplakaten.

Tidsskrift for Norsk psykologforening dekker et vidt spekter av psykologfaglige temaområder og utgis en gang i måneden i et opplag på 10 000 eksemplarer, samt fortløpende på nett.

Vi søker nå en psykologfaglig redaktør i 100 % fast stilling.

Den vi søker har bred psykologfaglig bakgrunn. Forskerkompetanse er en fordel. Erfaring med redaksjonelt arbeid eller publisering vil bli tillagt vekt. Sentrale oppgaver for psykologfaglig redaktør vil være å vurdere manuskriptene tidsskriftet får tilsendt, og bidra til at forfatterne får formidlet sitt fagbidrag på best mulig måte. I tillegg vil kontakt med ulike fagmiljø og kommunikasjon med eksterne samarbeidspartnere være sentrale arbeidsoppgaver. Det er ønskelig at den som søker, har et godt nettverk i det psykologfaglige miljøet. I perioder vil det ligge prosjektarbeid til stillingen.

NØKKELKOMPETANSE:

- Psykolog
- Forskerkompetanse/publiseringskompetanse
- Gode metodekunnskaper
- Bred orientering og engasjement for faget
- Bredt nettverk i fagmiljøet
- Forståelse for redaksjonelt arbeid og teft for godt psykologfaglig stoff
- Stor arbeidskapasitet

VIL TILBYR:

- Spennende, varierte og unike oppgaver
- Konkurransedyktige lønns- og pensjonsbetingelser
- Gode personalordninger
- Trivelige lokaler i Grev Wedels plass 4, 0103 Oslo
- Fleksibel arbeidstid, delvis hjemmekontor

SPØRSMÅL OM STILLINGEN:

Sjefredaktør Katharine Cecilia Williams, e-post Katharine@psykologtidsskriftet.no, tlf.: 934 82 003

Søknad og cv sendes på e-post til katharine@psykologtidsskriftet.no innen **17. januar**

C R

U

X

CRUX foreldre og barn -
Solstrand**Ønsker du en jobb som gir mening?**

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

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

Det finnes alltid muligheter.

Vil du være med på laget?

CRUX foreldre og barn – Solstrand er et senter for foreldre og barn som gir tilbud til familier med barn i alder 0–6 år. Senteret er del av stiftelsen CRUX. Våre oppdragsgivere er Bufetat og kommuner.

CRUX FORELDRE OG BARN – SOLSTRAND SØKER:

Psykolog/psykologspesialist (100 %)

Psykolog/psykologspesialist (20 %)

Vi søker psykologer med engasjement for barnevernsfaglig arbeid med sped- og småbarnsfamilier. Du blir en del av et dynamisk arbeidsfellesskap, og vil jobbe i team rundt familiene.

Psykologene har ansvar for kartlegging og utredning av barns utvikling og foreldres omsorgsferdigheter. Videre ha en viktig funksjon i analyse og vurdering av utredningsarbeidet. Psykologene skal bidra med sin kompetanse i kvalitetssikring av tester og kartleggingsverktøy som benyttes i saken. Psykologene skal i tillegg utføre direkte klinisk utredningsarbeid.

Undervisning og veiledning av både personal og familier vil også være en del av oppgavene som tillegges stillingene. Psykologene deltar i videreutvikling av det faglige arbeidet ved avdelingen, og vil være delaktig i et spennende omstillingsarbeidsett opp mot ny barnevernsreform.

Vi ser etter medarbeidere med personlig egnethet og med relevant erfaring og interesse for arbeid med sped- og småbarnsfamilier med sammensatt og komplekse utfordringer/vansker.

Søkere må beherske norsk skriftlig og muntlig. Vi har gode forsikrings- og pensjonsordninger. Lønn etter avtale. Ny politiattest fremlegges før ansettelse. Tiltredelse 01.03.22

Søk stilling på: stiftelsen-crux.no/stillinger

Ta gjerne kontakt med Institusjonsleder Nancy Hammer tlf. 417 43 850.

Søknad med CV sendes på e-post til:

n.hammer@stiftelsen-crux.no innen **26.01.22**.

PSYKOLOGTIDSSKRIFTETS MATERIELLFRISTER OG ANNONSEPRISER 2022

SPECIALPLASSERING:

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
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	Liggende	Stående
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 organiserer nærmere 85 % av landets offentlig godkjente psykologer samt studenter, og har i dag mer enn 10 000 medlemmer. Som profesjonsforening ivaretar vi medlemmenes faglige og økonomiske interesser. Psykologforeningen driver en utstrakt videre- og etterutdanningsvirksomhet. Sekretariatet har 47 ansatte. www.psykologforeningen.no

Tidsskrift for Norsk psykologforening søker

PRODUKSJONSANSVARLIG

Har du erfaring fra produksjon av magasin, tidsskrift eller bøker? Brenner du for systematikk og metadata? Da er du kanskje den vi ser etter. Vi søker en produksjonsansvarlig i fast 100 % stilling i Tidsskrift for Norsk psykologforening.

Tidsskrift for Norsk psykologforening er et generelt psykologfaglig tidsskrift som utgis av Norsk psykologforening og redigeres fritt i henhold til redaktørplakaten.

Tidsskrift for Norsk psykologforening dekker et vidt spekter av psykologfaglige temaområder og utgis en gang i måneden i et opplag på 10 000 eksemplarer, samt fortløpende på nett.

Vi er nå i gang med å legge om en del av arbeidsflyten internt. I den forbindelse har vi behov for en produksjonsansvarlig som kan bidra med implementering videre utvikling av ny arbeidsflyt for publisering på henholdsvis papir og nett.

Hovedarbeidsområdet vil være å klargjøre papirutgavene for ombrekking, samt følge opp nødvendige, digitale registreringer. Du bør være tålmodig og systematisk, like å løse små og store utfordringer og trives med rutineoppgaver. Produksjonsansvarlig vil jobbe tett med redaksjonen, og det er en fordel om man også har interesse for språk. Det er en fordel om du er fleksibel, endringsvillig og glad i å sette deg inn i nye systemer.

OPPGAVER:

- Hovedkontakt for leverandør av grafiske tjenester, trykkeri og nettleverandør for teknisk produksjon av utgavene
- Klargjøring av papirutgavene til ombrekking
- Koordinere ferdiggjøring av papirutgavene i samarbeid med manuskriptredaktører og teknisk redaktør
- Bidra i implementeringen av ny arbeidsflyt og visuell utforming
- Bidra i å optimalisere innhold teknisk og gjøre teknisk kvalitetskontroll

NØKKELKOMPETANSE:

- God teknisk innsikt
- Erfaring fra produksjonsarbeid i redaksjon eller forlag

- Kunnskap om metadata, xml, arkiv og systematisering av innhold
- Kjennskap til publiseringsverktøy som Drupal og Wordpress
- Erfaring med redaksjonell produksjon til både digitale flater og papir
- Relevant utdanning, minimum på bachelornivå

VI TILBYR:

- Spennende, varierte og unike oppgaver i et stimulerende fagmiljø
- Konkurransedyktige lønns- og pensjonsbetingelser
- Gode personalordninger
- Trivelige lokaler i Grev Wedels plass 4, 0103 Oslo
- Fleksibel arbeidstid, delvis hjemmekontor

SPØRSMÅL OM STILLINGEN:

Sjefredaktør Katharine Cecilia Williams, e-post Katharine@psykologtidsskriftet.no, tlf. 934 82 003.

Søknad og cv sendes på e-post til katharine@psykologtidsskriftet.no innen **17. januar**

**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 Sørlie 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 Dyrhøvd,
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

Godt innhold til kaffen

Nyheter, perspektiver og innsikt
innen faget eller interessefeltet du brenner for.
Se utvalget på fagpressen.no/utvalg

F Fagpressen

