

TIDSSKRIFT FOR NORSK PSYKOLOGFORENING

PSYKOLOGI

Vol.59 nr.02 2022

Erlandsen et al.:
**Rusbehandling
fra et ledelses-
perspektiv**

Originalartikkel

TERAPI I FRILUFT

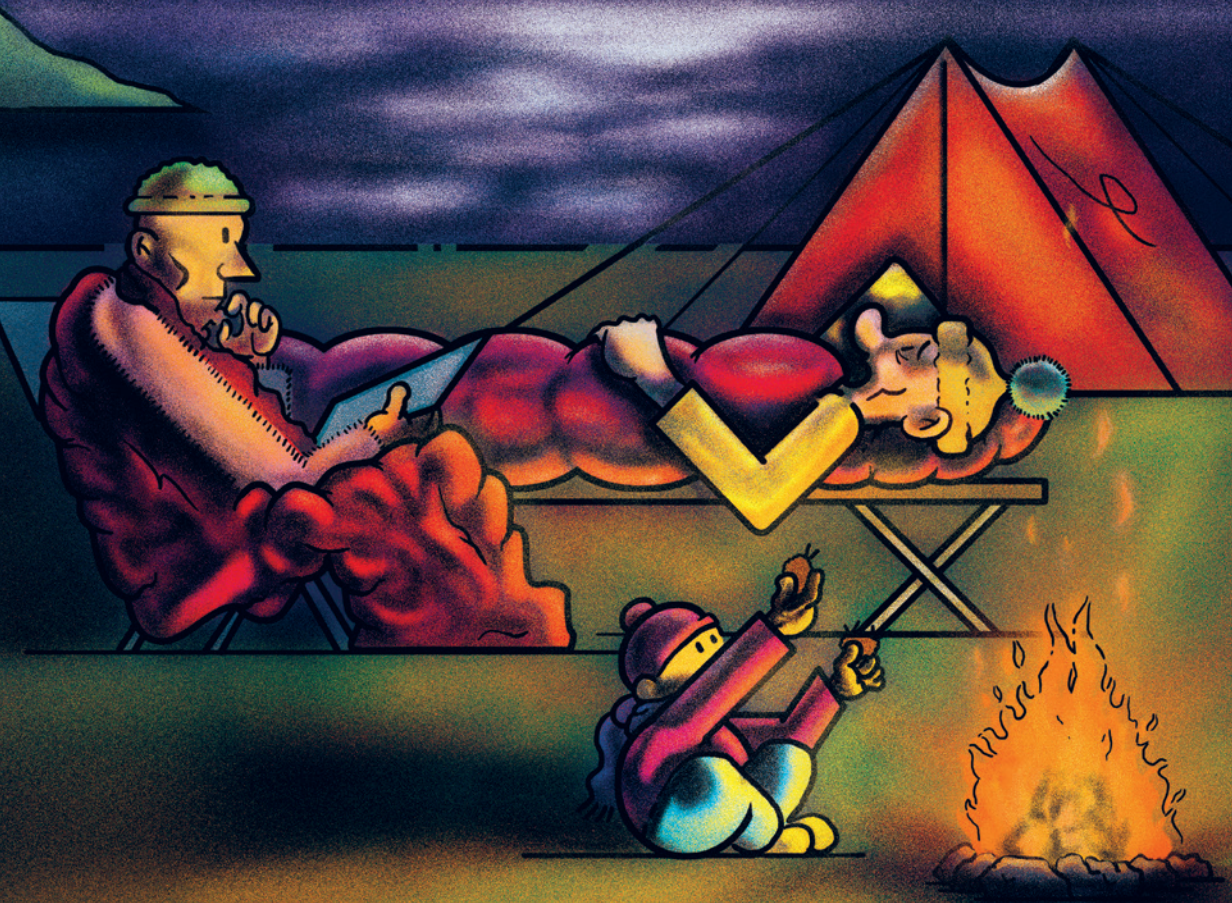
Evidensbasert praksis

**Etablering av
DBT-team for
ungdom**

Fra praksis

**Substansløst
om pandemi og
krisepsykologi**

Bokanmeldelse



PSY KOL OGI

Vol. 59 **nr. 02** 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 25.01.2022

Omslagsillustrasjon Andreas Lund
Form Bøk Oslo AS
Trykk 07 Gruppen AS



En stemme som bærer

Norske psykologer har som yrkesgruppe de siste tiårene gjennomgått en stor utvikling med økende grad av spesialisering og differensiering. Per i dag teller vi 12 ulike psykologspesialiteter, og psykologer utfører stadig flere oppgaver og går inn en stor bredde av ulike roller så vel innenfor som utenfor spesialisthelsetjenesten. For et fagtidsskrift som ønsker å være relevant for bredden av psykologer, utgjør psykologprofesjonens verdifulle heterogenitet en utfordring.

For noen tiår siden kunne kanskje en ambisjon om at hver utgave skal inneholde redaksjonelt stoff som oppleves relevant for majoriteten av psykologgruppen, vært realistisk. Slik er det ikke i 2022. To psykologer som begge er spesialister innen klinisk arbeid med voksne, vil i mange tilfeller kun ha spesialiteten til felles. For norske psykologer vil arbeidsmetoder, pasientgrupper og faglige preferanser variere stort så vel innenfor som på tvers av de ulike spesialiseringer og virkefelt.

Psykologtidsskriftets «Meninger»-del utgjør derfor et sentralt samlingspunkt i våre utgivelser. Det krever et omfattende journalistikkfaglig arbeid bak en levende og kvalitetssikret debatt. Å investere i denne delen av vår redaksjonelle virksomhet er imidlertid svært viktig, fordi det gir norske psykologer en arena for utveksling av faglige refleksjoner og uenigheter som engasjerer på tvers av spesialiteter og virkefelt.

For at en tekst skal fungere som et debattinnlegg, må det ligge noe rom for uenighet og kontrovers i teksten. Når man skriver i eget fagtidsskrift, innebærer dette derfor at forfatteren trenger å utvise mot og inneha evnen til å formidle sitt budskap på en måte som treffer. Det ligger ofte atskillige timer med fagutvikling og refleksjon bak et innlegg som publiseres hos oss.

Gode innlegg setter viktige tema på den faglige dagsordenen. Slik utveksling er avgjørende drivstoff på veien når faget vårt utvikles. I noen tilfeller publiserer vi tekster som er skrevet av brukere av psykologtjenester, og disse innleggene representerer unike og verdifulle bidrag.

I 2021 var det likevel to kronikker som pekte seg spesielt ut, hvor forfatteren både utviste solid formidlingsevne, djervhet og evnet å øve innflytelse med sitt budskap. Redaksjonen har valgt å kåre disse to kronikkene til «Årets stemme». Du kan lese mer om tekstene og forfatterne på side 88 i denne utgaven av Psykologtidsskriftet. ✖



Katharine Cecilia Williams

Sjefredaktør
katharine@
psykologtidsskriftet.no



Slik utveksling er avgjørende drivstoff på veien når faget vårt utvikles

110



FOTO: NILARYA / SHUTTERSTOCK / NTB

INTERESSE PÅ AVVEIE

Psykologspesialist Geir Berg undersøker interesse som affekt og dens relasjonelle betydning i livet og terapirommet. Med karakteranalytiske briller beskriver Berg hvordan den gryende interessen kan havne på avveie og defensivt lede til psykiske lidelser.

Fagessay

130

ILLUSTRASJON: KRISTIAN UTRIMARK



BEKYMRING UTLØST

Psykologer kan være bekymret for at en melding til barneverntjenesten skal legge sten til byrden hos de som skal hjelpes. Da står man i et fagetisk dilemma knyttet til det etiske prinsippet *ansvar*, der vi skal *unngå å gjøre skade og er ansvarlig for våre handlinger*, skriver Mette Garmannslund i denne utgavens etikkpanel.

Etikkpanelet



ILLUSTRASJON: HILDE THOMSEN

BØR SAMARBEIDE OM JOURNAL

Hvis behandler og pasient kan samarbeide om journalnotater og epikriser, vil vi slippe situasjoner der arkivloven hindrer nødvendige rettinger, skriver Elisabeth Høgseth i månedens kronikk.

Meninger

Innhold

- 85 **En stemme som bærer**
Leder | Katharine Cecilia Williams
- 88 **Psykologtidsskriftet kårer «Årets stemme»**
Aktuelt | Per Halvorsen
- 90 **Terapirommet er ikke et nøytralt rom: om Friluftssykehuset og potensialet i de fysiske omgivelsene for barn og unge i behandling**
Evidensbasert praksis | Svein Åge Kjøs Johnsen, Maren Østvold Lindheim & Åshild Lappegard Hauge
- 99 **Erfaringer fra etablering av dialektisk atferdsterapi for ungdom**
Fra praksis | Anne Mari Syversen & Gro Sydnæs Fjellheim
- 104 **Ellinor Hamsuns tragiske skjebne - del II**
Fagesessay | Kim Larsen
- 110 **Affekten interesse i liv og terapi**
Fagesessay | Geir Berg
- 116 **Selvmordsvurdering i akuttenheter: Hva mister vi i farten?**
Fra praksis | Anne-Jorunn Hornnes & Tore Buer Christensen
- 120 **Ledelse mellom sterke ideologier og lillebror-komplekser: En eksplorerende studie i tverrfaglig spesialisert rusbehandling**
Originalartikkel | Erlandsen et al.
- 130 **Hjelper jeg eller skader jeg dersom jeg sender bekymringsmelding?**
Etikkpanelet | Mette Garmannslund
- 132 **MENINGER**
Kronikk: Elektronisk journal - til glede og besvær | Elisabeth Høgseth (s. 134)
Debatt: Barn og unge (s. 132), Arbeidstid (s. 137), ISTDP (s. 138)
- 142 **INNTRYKK**
Anmeldelse: Fylldig oppskrift på korttids gruppe-terapi (s. 142)
Bokessay: Mye Klara Klok og lite fag | Kim Larsen (s. 144)
- 147 **Minneord: Richard Haviland Knoff (1950-2021)**
- 150 **Annonser**
- 160 **Stillingsannonser**



STOR RESPONS Siv Hilde Berg brukte en uke på å svare på henvendelser etter at kronikken *Det er ikke farlig å ha vondt* ble publisert i Psykologtidsskriftet. Foto: Universitetet i Stavanger.



SUNN KRITIKK Camilla Bärthel Flaaten mener det er sunt at man kan uttale seg kritisk om hverandres praksis og ståsteder. Foto: Per Halvorsen

Psykologtidsskriftet kårer «Årets stemme»

To likeverdige vinnere – Camilla Bärthel Flaaten og Siv Hilde Berg – tildeles første utgave av Psykologtidsskriftets nyetablerte pris «Årets stemme».

TEKST Per Halvorsen

DET VAR LITEN TVIL i redaksjonen: Bidragene under Psykologtidsskriftets vignett «Meninger» representerte i 2021 et nivå som det er verdt å feire. Såpass at det inspirerte oss til å etablere en ny pris – prisen «Årets stemme».

Mange av bidragsyterne skal ha æren for inspirasjonen. Vi har likevel valgt å trekke frem to som vi synes topper laget: Camilla Bärthel Flaaten og Siv Hilde Berg. Begge har forfattet kronikker, selve juvelen blant debattinnlegg, som i hvert nummer av Psykologtidsskriftet ledsages av en spesialkomponert illustrasjon av billedkunstner Hilde Thomsen.

I juninummeret publiserte vi Camilla Bärthel Flaatens innlegg *Ett år med ISTDP – en*

bekymringsmelding. Her oppsummerer forfatteren sine erfaringer som pasient behandlet med intensiv dynamisk korttidsterapi (ISTDP). Bärthel Flaaten, som er psykolog og til daglig stipendiat ved Oslo universitetssykehus, retter kritikk både mot behandlingsforløpet og terapimetoden. Hun spør blant annet om det er noe ved ISTDP i seg selv som gir terapeutens definisjonsmakt for stort spillerom på bekostning av pasientens egne opplevelser og tilbakemeldinger.

Kombinasjonen av Bärthel Flaatens anekdotiske pasienterfaringer og analytiske evner som akademiker munner ut i en fengslende kronikk der vi inviteres til å ta perspektiv fra begge sider av kleenexboksen. Resultatet er en balansert og troverdig fremstilling av noen av de utfordringene som til daglig utspiller seg i landets terapirom, ikke bare for ISTDP-terapeuter. Kronikken har avfødt en serie med leseverdige innlegg som har tatt debatten videre i Psykologtidsskriftets spalter. I tillegg har den satt sitt tydelige preg på det terapifaglige ord-

skiftet både i og utenfor ISTDP-miljøet, også internasjonalt.

Siv Hilde Bergs kronikk *Det er ikke farlig å ha vondt*, som stod på trykk i desember, er årets nest mest leste sak totalt på psykologtidsskriftet.no og har i skrivende stund passert 22 000 visninger. Delingsfrekvensen på sosiale medier tyder på at Bergs opplevelser som smertepasient har vunnet gjenklang både i helsefaglige miljøer og hos pasientorganisasjonene. Igjen er det koblingen mellom den personlige historien og den faglige kritikken, i dette tilfellet av kognitiv atferdsterapi når metoden benyttes nærmest på autopilot i smertebehandling, som gjør at kronikken skiller seg ut.

Siv Hilde Berg spør blant annet om det er en økende tendens til psykologisering i helsevesenet, og har inspirert til en debatt om hvorvidt dette er et fenomen som i så fall særlig rammer kvinner. Berg er ansatt som forsker ved Universitetet i Stavanger, er utdannet psykolog og har doktorgrad innen pasientsikkerhet.

Redaksjonen ønsker å framheve motet som begge kronikkforfatterne har utvist, både ved å tørre å være personlig uten at det går ut over den faglige troverdigheten, og ved å utfordre helsefaglige miljøer innenfor rammen av god debattskikk.

PRISKRITERIER

Prisen «Årets stemme» vurderes etter følgende kriterier:

- **Innflytelse:** I hvor stor grad bidrar innlegget til å prege dagsordenen i faglige debatter i og utenfor Psykologtidsskriftets spalter?
- **Djervhet:** I hvor stor grad har forfatteren hatt mot til å utfordre vedtatte sannheter og fagmiljøer innenfor rammen av allment aksepterte saklighetsnormer for debatt?
- **Form:** I hvor stor grad framstår forfatteren som eksponent for god språkforståelse, formidlingsform og fortellerteknikk?

Alle innlegg som publiseres, blir vurdert, ikke bare kronikker. Juryen har bestått av Psykologtidsskriftets redaksjonelle medarbeidere: sjefredaktør Katharine Cecilia Williams, fagredaktør Gro Walø-Syversen og journalist Per Halvorsen. Prisvinnerne får i dette tilfellet en innrammet utgave av illustrasjonen som ledsaget den aktuelle kronikken.

Tydelige meninger trigger ikke trollene

Årets stemmer i Psykologtidsskriftet har bare godord å si om responsen etter at de på hvert sitt vis ytret seg i det offentlige rom.

- **JEG FIKK BEHOV** for å melde tilbake til ISTDP-miljøet og andre psykologmiljøer om det jeg opplevde som en ganske rigid tilnærming preget av utfordrende intervensjoner, slik at terapeutene forhåpentligvis kunne lære av det.

Slik forklarer Camilla Bärthel Flaaten bakgrunnen for å ta ordet i Tidsskrift for Norsk psykologforening med junikronikken der hun flagget sin bekymringsmelding om ISTDP. Behovet for å si ifra ble forsterket da hun skjønnte at hun ikke var alene om sine erfaringer. I den etterfølgende debatten opplever hun at budskapet hennes ble møtt med stort alvor.

- Responsen overrasket meg. Den var langt større enn jeg kunne drømme om, og utelukkende positiv, sier hun.

- *Hvor farlig er det ta ordet i offentlige debatter med innlegg som i dette tilfellet retter kritikk mot egne fagfeller?*

- Selv om jeg ser potensielle fallgruver i å kritisere kolleger åpent, tenker jeg at det er sunt at man kan uttale seg kritisk til hverandres praksis og ståsteder.

- *Hvilke råd har du til kolleger som teller på fingrene om de skal ytre seg, men som vegrer seg av frykt for kritiske kollegers dom?*

- Jeg tenker det gjelder å ha litt is i magen og stole på at også kritiske kolleger klarer å uttrykke uenigheter i fruktbare og saklige diskusjoner.

Siv Hilde Berg fikk regelrett hakeslepp av responsen på desemberkronikken *Det er ikke farlig å ha vondt*. Hun opplevde stor respons i sosiale medier. Hele uken etter at den ble publisert, svarte hun på henvendelser fra fjern og nær.

- Både pasienter og helsepersonell har tatt kontakt, og det gjør de ennå, forteller prisvinneren.

Seinest i slutten av januar ble hun invitert til Dagsnytt 18 for å diskutere smertebehandling, men takket nei.

- Dette er en svært viktig sak for flere, men det koster også mye å fronte den. Min rolle er å ta temaet videre i foraene jeg har kontakt med.

- *Hva var det viktigste budskapet ditt?*

- At arbeidet med kronisk smerte forutsetter at helsepersonell bygger relasjon med pasientene og tilpasser behandlingen til deres behov. Pasienter med kronisk smerte er ulike. Relasjonen og tilpasningen er derfor viktig for trygg behandling. Forenklete fraser og råd som tres ned over pasientene, kan gjøre vondt verre, sier hun.

Hun erfarer at debatten har blitt godt mottatt hos fagfolk og har bidratt til refleksjon og debatt. Hun konstaterer at ingen netttroll har prøvd seg i kommentarfeltene, selv ikke når utgangspunktet har vært en personlig tekst som dette. ✖

Terapirommet er ikke et nøytralt rom: om Friluftssykehuset og potensialet i de fysiske omgivelsene for barn og unge i behandling

Svein Åge Kjøs Johnsen¹, Maren Østvold Lindheim² og Åshild Lappegard Hauge¹

Sammendrag

Bakgrunn og mål: Hensikten med artikkelen er å vise hvordan omgivelser som har kvaliteter av å være som en hytte i naturen kan benyttes terapeutisk.

Metode: Relevant forskning for denne type terapeutisk praksis er brukt for å belyse og diskutere kliniske erfaringer, samlet inn gjennom samtaler med terapeuter som bruker Friluftssykehuset ved Rikshospitalet i Oslo.

Resultater: Litteraturgjennomgangen viser hvordan hytter og omkringliggende natur kan påvirke kognitive og emosjonelle prosesser. Ettersom alle fysiske omgivelser har symbolske betydninger, er ingen terapeutisk setting nøytral, og settingen vil påvirke klienten og terapeuten. Stedstilknytning kan bidra til en trygg base for utforskning og selvutvikling. Erfaringer fra praksis demonstrerer hvordan natur og naturlige materialer gir et rikt potensial for kreativ bruk av symboler i terapi, og kan skape muligheter for narrativer om vekst og utvikling.

Konklusjoner og implikasjoner: Den evidensbaserte tilnærmingen som presenteres i artikkelen gir et terapeutisk rasjonale for hvordan hytter og natur kan brukes strategisk for positive terapeutiske resultater.

Nøkkelord: natur, arkitektur, terapissettinger, sykehusomgivelser.

¹ Institutt for psykologi,
Høgskolen i Innlandet,
Lillehammer

² Avdeling for barn og
unges psykiske helse
på sykehus (S-BUP),
Barne- og ungdoms-
klinikken, Oslo
universitetssykehus
Rikshospitalet

KONTAKT

Svein.Johnsen@inn.no

MERKNAD

Forfatterne
oppgir ingen
interessekonflikter

FAGFELLEVDERT

Et terapirom kan aldri være nøytralt, men noen oppfatter kanskje nøytrale omgivelser som et terapeutisk ideal (Craciun, 2019). Omgivelser kan kategoriseres i forhold til hvilke muligheter de tilbyr; vi opplever omgivelser på bestemte måter, som igjen påvirker hvordan vi forholder oss i den aktuelle situasjonen (Heft, 2013; Reis, 2008). Noen vil forbinde et sykehusrom med profesjonalitet, andre vil forbinde det med frykt. For barn kan sykehusomgivelser være særlig skremmende (se f.eks. Coyne, 2006). Det samme kan være tilfellet i andre nye og ukjente settinger, som venterommet hos fastlegen eller samtalerommet hos psykologen. Det er grunn til å se nærmere på hva de fysiske omgivelsene tilbyr, og hvilket potensial for relasjonspåvirkning som ligger i natur og naturmaterialer. Omgivelser kan ha bestemte virkninger på oss, og de kan også muliggjøre ulike terapeutiske intervensjoner.

Hvordan omgivelsene påvirker terapi er det lite forskning på. Påvirkningen av omgivelsene på terapien er viktig, men lite anerkjent, ifølge en litteraturgjennomgang av Jackson (2018). En del studier har sett nærmere på hva folk foretrekker av omgivelser, og hvordan de opplever terapirommet, men altså ikke nødvendigvis hva som fungerer terapeutisk (se f.eks. Jones, 2020; Nasar & Devlin, 2011). Innredning av lokaler for terapi og behandling er sjelden evidensbasert, og det er lite kjennskap til betydningen av naturmaterialer. Det er også ofte en selvfølge at terapi skal foregå innendørs, selv om det nå finnes en god del kunnskap om de positive effektene av friluftsterapi (Ferneer et al., 2020; Gabrielsen et al., 2018, 2019) og natur-assistert terapi (Annerstedt & Währborg, 2011). I tillegg finnes det forskning på hagerterapi i behandling av psykiske lidelser (f.eks. Gonzalez et al., 2009). Samtidig synliggjør en nylig publisert litteraturgjennomgang av uten-dørsterapi heterogeniteten innen dette forskningsfeltet (Cooley et al., 2020).

Kunnskapshullet innen forskningen går på det man kan kalle naturintegret terapi, som gjelder bruk av natur og naturelementer aktivt inn i terapien. For eksempel resulterte et emneordsøk i PsycINFO på naturomgivelser og alle former for psykoterapi i sekstito oppføringer. Noen av treffene var bokanmeldelser, vi fant artikler eller bokkapitler om blant annet musikkterapi, kunstterapi, spiritualitet, om naturen som «holding environment» og om behandling som fokuserer på det moderne liv som en årsak til psykologiske problemer og retur til naturen som en løsning. Av de sekstito resultatene var det kun åtte oppføringer som mer eksplisitt tematiserte eller diskuterte virkningen av natur på intervensjoner. De handlet om hvordan naturen fungerer som

innramming for terapien (Jordan & Marshall, 2010), bruk av metaforer og natur i en tradisjonell innendørs leketerapi (Courtney, 2017), implikasjoner for praksis av å integrere naturelementer i et tradisjonelt terapirom (Swank et al., 2020), hvordan natur kan fremme terapi mer generelt (Berger, 2016), en studie av terapeuters opplevelse av terapi hvor man går og snakker (Revell & McLeod, 2017), og hvordan naturomgivelser kan fremme «embodied cognition» og «mindfulness» primært i hagerterapi med voksne (Corazon et al., 2011; Corazon et al., 2012). I tillegg var det en bok om naturterapi hvorav ett kapittel tar for seg terapeutiske prosesser i naturomgivelser (Jordan, 2015).

Forskning som kombinerer klinisk psykologi og miljøpsykologi er altså svært begrenset. Hensikten med artikkelen er å demonstrere hvordan natur og naturmaterialer kan benyttes i en evidensbasert terapeutisk praksis gjennom caset Friluftssykehuset. Dette vil vi gjøre ved å koble erfaringer fra terapeuters praktiske bruk av naturhytta Friluftssykehuset med relevant litteratur om omgivelsenes betydning for terapeutiske settinger. Hovedfokus er på forskning innen naturomgivelser, terapi og miljøpsykologi i etablerte vitenskapelige kanaler. Det er et klart behov for ytterligere forskning på naturintegret terapi, og særlig studier med fokus på prosess. Artikkelen vår representerer et første steg mot å utvikle et terapeutisk rasjonale for bruk av slike naturhytter. For å illustrere hvordan forskningslitteraturen kan være utgangspunkt for en evidensbasert praksis, kobles forskningen til erfaringer som terapeuter har hatt med å oppholde seg i og rundt Friluftssykehuset i sammenheng med ulike former for terapi. Vi presiserer at dette er terapeutenes generelle opplevelser. Artikkelen er ikke basert på informasjon knyttet til individuelle pasienter eller terapiforløp.

Metode

Forfatterne har bakgrunn både innen klinisk psykologi og miljøpsykologi. To av oss er utdannet kliniske psykologer og to har forskningskompetanse innen miljøpsykologi, mens førsteforfatter har kompetanse innen begge fagfelter. Vi knytter oss ikke til noen spesifikk terapeutisk retning, men er opptatt av både kognitiv og psykodynamisk terapi, inkludert emosjonsfokuserte og narrative perspektiver. Andreforfatter kan sies å ha en dobbeltrolle ved å være både informant og forsker, og det er mulig at dette har påvirket artikkelen noe. Samtidig er det ikke erfaringene som er evidensbasen her. Hensikten er å sette erfaringene i sammenheng med forskning.

Figur 1

Friluftssykehusets interior, vinklede vegger og lysinnslipp fra tak

**Figur 2**

Vindusutsikt fra individualterapirom



Behandlingen ved Friluftssykehuset er bygget på kliniske erfaringer gjort over flere år hvor naturomgivelser er benyttet som behandlingsrom på ulike måter. Praksisen er bygget opp av erfaringer som terapeuter har hatt ved å oppholde seg i og rundt Friluftssykehuset i sammenheng med ulike former for psykoterapi. Dette gjelder primært intervensjoner eller samtaler med barn og ungdom som er innlagt på somatisk avdeling ved Rikshospitalet, og med deres pårørende. Terapeutene har skrevet ned disse erfaringene hver for seg, og etterpå er de blitt diskutert i smågruppemøter. Erfaringer er også blitt diskutert på flere fagmøter hvor andre fagpersoner/terapeuter har blitt invitert til å komme med innspill. En har så oppsummert disse temaene og kommet med innspill til en prosedyre som er publisert i eHåndboken på Oslo Universitetssykehus (OUS) (OUS, 2020). Til sammen er det omtrent 20 ulike fagpersoner (psykologer, leger/psykiatere, kliniske sosionomer, spesialpedagoger, sykepleiere) som har bidratt med sine erfaringer med bruk av hytta og naturen rundt. I artikkelen settes noen av erfaringene inn i en ramme av publisert forskning.

Friluftssykehuset

Ved Avdeling for barn og unges psykiske helse på sykehus (S-BUP) på Rikshospitalet OUS, ble i 2015 ideen om Friluftssykehuset utviklet, i samarbeid med Stiftelsen Friluftssykehuset og arkitektkontoret Snøhetta (Lindheim et al., 2020). Bakgrunnen for samarbeidet var de positive erfaringene over mange år med å benytte naturen som behandlingsrom. Friluftssykehuset er en hytte på nesten 50 m² i nærnatur på sykehusets tomt som skal gi pasienter og pårørende mulighet til å oppleve natur både inne og ute. Friluftssykehuset ved Rikshospitalet åpnet i 2018, og det planlegges nå friluftssykehus ved flere av sykehusene i Norge.

Naturen og naturmaterialer i en terapeutisk setting

For å gå mer i dybden på hvordan omgivelsene påvirker menneskelige prosesser som er sentrale i terapi, er det hensiktsmessig å begynne med forskning på effekter av natureksponering på emosjonelle og kognitive prosesser. Effekter av natur på helse og velvære har blitt studert eksperimentelt (van den Berg et al., 2003) og epidemiologisk (Mitchell & Popham, 2007). Det at naturomgivelser har en virkning på følelser, er etter hvert et relativt robust funn. En metaanalyse av 32 studier på den emosjonelle virkningen av natur fant at eksponering for naturomgivelser øker positiv affekt og reduserer negativ affekt

(McMahan & Estes, 2015). Det å være i naturomgivelser kan altså ha en direkte emosjonsregulerende virkning. I tillegg vil natur trolig også ha en indirekte virkning via kognitive prosesser (Johnsen, 2011). Metaanalyser av de kognitive virkningene av natur gir støtte til hypotesen om økt arbeidsminnekapasitet etter natureksponering (Ohly et al., 2016; Stevenson et al., 2018). I det siste har det vært publisert flere studier som antyder at vi er mer kreative i naturomgivelser (Palanica et al., 2019; van Rompay & Jol, 2016). Meta-analysen nevnt ovenfor fant også evidens for økt kognitiv fleksibilitet som følge av eksponering for natur (Stevenson et al., 2018). De positive effektene av natur kan også tas *inn* i bygninger og rom gjennom naturmaterialer og naturlig formgivning. Dette refereres ofte til som «biofilisk design», design som etterligner naturen (Kellert, 2005). Eksempler på dette er organiske former eller utstrakt bruk av tre. På empirisk grunnlag fremhever Nasar (2000) seks trekk ved de bygde omgivelsene som generelt blir foretrukket: orden, moderat kompleksitet, innslag av naturelementer, godt vedlikehold, åpenhet/utsyn og omgivelser med historisk betydning. Det er derfor også trekk ved omgivelsene som kan brukes i terapeutisk øyemed for å øke trygghet og velvære hos klienter og pasienter.

Det er viktig å nevne at naturomgivelser kan inneholde farer, og at man selvfølgelig også kan ha negative opplevelser i naturen. Noen slike responser er vi evolusjonsmessig forberedt til å ha (se f.eks. Öhman & Mineka, 2001).

Evidensbasert design er sentralt innen forskning på utforming av helsebygg. Pasienter som eksponeres visuelt for natur, som gjennom utsikt fra vindu, fotografier eller sykehushager, opplever redusert smerte og stress (Diette et al., 2003; Malenbaum et al., 2008; Ulrich, 1984, 2008). Økt forekomst av dagslys kan redusere depresjon og forkorte innleggelse for deprimerte personer (Benedetti et al., 2001). Enkelte studier peker også på at økt dagslyseksponering reduserer opplevd smerte og stress ved sykehusinnleggelse, begrenser bruk av smertestillende medikamenter og reduserer antall liggedøgn (Walch et al., 2005).

Forskning på effekter av naturomgivelser og terapi har foreløpig fokusert mest på at terapien foregår i naturen, hvilken effekt denne har, og hva som kjenner seg utendørs naturterapi (se f.eks. Annerstedt & Währborg, 2011; Cooley et al., 2020). Det som derimot i stor grad mangler, og som vi håper å bidra med i denne artikkelen, er forskning på hvordan konteksten virker inn på ulike psykoterapeutiske intervensjoner, da eksempelvis utenfor sykehuset i mer naturlige omgivelser. For å oppnå dette vil vi i det følgende

integre erfaringer fra terapi med miljøpsykologisk forskning.

Terapeuters erfaringer sett i lys av miljøpsykologisk forskning

Praktiske tilnærminger i Friluftssykehuset basert på effekter av natureksponering

I en naturintegret tilnærming til terapi vil man bruke omgivelsene bevisst for å oppnå terapeutiske mål. Dersom en eller annen form for eksponering (for affekt, objekt eller situasjon) er et mål i terapien, vil naturomgivelser kunne tilby både en direkte og en indirekte form for emosjonsregulering og ha en stabiliserende virkning (Johnsen, 2011).

Erfaringer fra praksis: Terapeuter erfarer også at barn og ungdom har lettere for å stå i vanskelige tema over tid ved terapi i Friluftssykehuset, og at det kan være lettere å få tilgang til løsninger/mestringsstrategier. Slike opplevelser i natursettingen kan terapeuten vise til og aktivt bruke i påfølgende behandling, for eksempel ved å oppfordre barn til å hente fram igjen slike minner.

Omgivelsene i og rundt Friluftssykehuset kan støtte opp under selvregulering ved å tilby muligheten for å kunne bevege seg mellom forskjellige rom inne og ute. Terapeuter erfarer at barn og ungdom som skal gjennomgå krevende behandlingsforløp, har nytte av å oppholde seg i Friluftssykehuset. I emosjonelt utfordrende samtaler vil barnet gjerne veksle mellom samtale, utblikk mot skogen eller lek inne eller ute. Slik blir det lettere å tåle og stå i emosjonelt krevende tematikk over tid. Flere terapeuter har opplevd at pasienter tåler bedre intense affekter og/eller har flere muligheter for å stabilisere seg selv i naturhytta enn i en tradisjonell setting på sykehuset.

Stedstilknytning som et terapeutisk fenomen

Teoretisk sett kan vi se for oss at et barn som i første omgang er knyttet til omsorgsgivere, etter hvert også utvikler en tilknytning til hjemmet og stedet der de bor. I begynnelsen vil dette stedet være en arena for mestring og utforskning, men etter hvert vil man oppleve trygghet. Dette er antydning, men ikke utviklet av Bowlby (1973) (se s. 146–150; se også Morgan, 2010). Definisjoner av slik tilknytning fremhever ofte det affektive båndet mellom stedet og individet (Korpela, 2012). Stedstilknytning kan organiseres langs tre dimensjoner: personen, stedet og prosessene (Scannell & Gifford, 2010). Med utgangspunkt i prosessdimensjonen kan vi diskutere hvilket emosjonelt potensial som kan ligge i et bestemt sted, hvilken atferd stedet kan støtte opp om, i hvilken grad vi opplever at stedet er trygt, og

hvilke tanker det er mulig å tenke på stedet. Stedstilknytning og bruk av stedet for selvregulering kan sies å være to sider av samme sak (Korpela, 2012).

Forskning har vist at barn bruker steder de opplever tilknytning til, for å støtte selv- og emosjonsregulering (Korpela et al., 2002). For eksempel kan de besøke favorittstedet sitt dersom de er plaget med negative følelser. Det å legge til rette for slik bruk kan være avgjørende for hva man kan få til med barn i terapi. Det er lett å undervurdere hvor mye støtte vi får fra de fysiske omgivelsene. Trygge omgivelser kan tilby en form for tilbakekobling som gir oss lavere stressnivå fordi den generelle usikkerheten blir redusert (se Brosschot et al., 2016). Enkelte har hevdet at det er en adaptiv respons til naturomgivelser å tillate kroppen restituering og stressreduksjon (Ulrich, 1993). Helt ukjente omgivelser er i utgangspunktet utrygge, særlig for barn som ikke har sosiale konvensjoner å støtte seg på. I en slik situasjon er det ikke store forskjeller som skal til for å påvirke preferanse; et sted som oppleves som marginalt tryggere enn et annet vil bli foretrukket. Stedstilknytning påvirkes av egenskaper ved omgivelsene (Scannell & Gifford, 2010), og en faktor kan være om stedet består av kjente elementer.

Erfaringer fra praksis: Friluftssykehuset er utformet som en hytte og har noen fysiske egenskaper som sannsynligvis er mer familiære for barn enn tradisjonelle sykehuslokaler. Forskning tyder på at selvregulering og stedstilknytning er gjensidig relaterte fenomener (Korpela, 2012; Korpela et al., 2002). Det vil si at omgivelser som barna tidligere har hatt en tilknytning til, muligens også har blitt brukt til selvregulering, og omvendt. Dermed kan vi anta at barna vil kunne oppfatte et potensial for selvregulering i omgivelser som ligner, og som i den forstand er familiære. Det at omgivelsene er kjente, betyr at terapeuten kan etablere en trygg setting mye raskere enn i vanlige terapirom. En praktisk erfaring er at det kan være lettere å skape en trygg relasjon til barn og ungdom i Friluftssykehuset. I tillegg har barnet mer kontroll, noe som kan føre til en mer likestilt relasjon og gi barnet mer autonomi. Barn som er engstelige inne på sykehuset og som sliter med å stole på helsepersonell, trenger ofte lang tid på å trygges. Å gå ut av sykehuset og besøke en hytte sammen har i mange situasjoner ført til at barn og behandlere raskere får kontakt, at barn raskere kjenner seg trygge og klarer å ta i bruk mestringsstrategier. En kan gjerne observere en kroppslig endring umiddelbart etter å ha beveget seg ut av sykehuset og oppover mot Friluftssykehuset. Barna virker roligere og mindre «på vakt».

Mange terapikontor er preget av at settingen er terapeuten domene (Jackson, 2018), og reflekterer

dermed en maktubalanse som vil påvirke terapien på godt og vondt. Det at barn selv kan velge sted uten dørs som terapeutisk arena, kan bidra til mestring og kontroll (Berger, 2008). Pasienter og pårørende som besøker Friluftssykehuset, forteller om positive opplevelser av å kunne slappe av, kjenne seg rolig og å ha det godt. Mange forteller om andre gode opplevelser og steder de har det godt. Pasienter benytter dermed indre positive forestillingsbilder for å finne frem til egne ressurser som hjelper dem igjennom nødvendig behandling.

Muliggjørende omgivelser

Forskjellige omgivelser kan legge til rette for ulike terapeutiske prosesser. Det vil si at en terapeut vil kunne bruke omgivelser bevisst for å oppnå ulike formål. Dette perspektivet har kun i liten grad kommet fram i terapiforskningen.

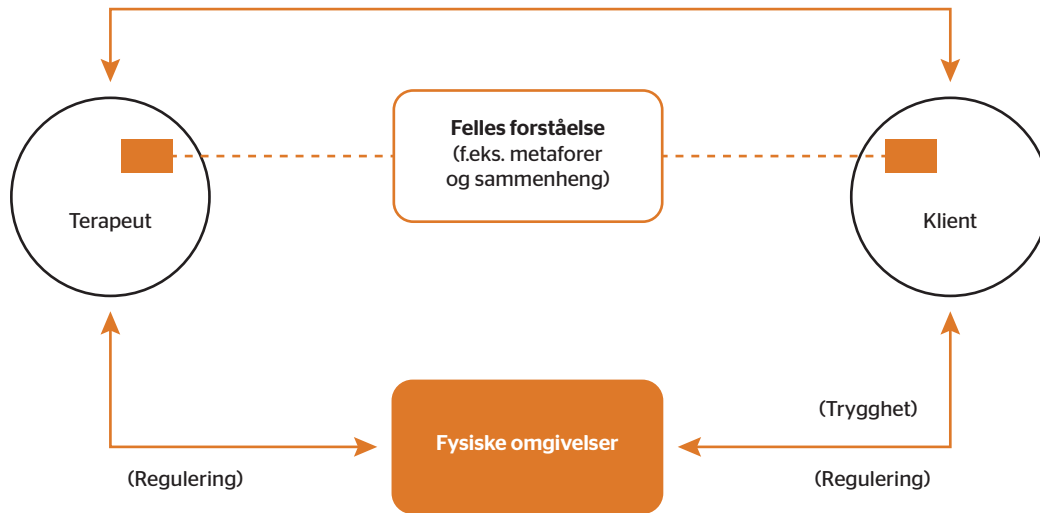
Begrepet «affordance», først foreslått av Gibson (1986), er relasjonelt og viser til hva omgivelsene muliggjør for et bestemt individ. Når det gjelder følelser, er muligheter for å uttrykke eller oppleve følelser blitt kalt for emosjonelle «affordances» («tilretteleggere») (se Johnsen, 2011; Roe & Aspinall, 2011). I bygde, moderne omgivelser er det i økende grad slik at stadig flere objekter og omgivelser har klart definerte funksjoner og bruksområder. Kan hende er det slik at den tvetydigheten vi finner i naturlige omgivelser, i større grad legger til rette for lek med virkeligheten, og derigjennom kreativitet. Terapeutens evne til å vekke interesse og tro på det terapeutiske prosjektet er viktig i terapi. Omgivelser som muliggjør bruk av metaforer, kan vekke overraskelse og nysgjerrighet. Slike intervensjoner kan hjelpe klienten å komme i en tilstand av fokusert oppmerksomhet, der det er lettere å få tilgang til egne ressurser og løsningsforslag (Witztum et al., 1988).

Omgivelser kan gi assosiasjoner til opplevelser av å føle seg verdifulle, sett og forstått, eller de kan minne et menneske på det motsatte (Hauge & Støa, 2009). Ulike omgivelser vil dermed fasilitere ulike prosesser. Det vil si at de fysiske omgivelsene kan utvide eller innskrenke det potensielle rommet (Winnicott, 1971/2005), eller gjøre sonen for mulig utvikling større eller mindre.

Et nyttig skille vi kan gjøre for å illustrere denne tenkningen, er mellom indre og ytre kontekst. Det foregår prosesser i individet, og disse settes i sammenheng med hendelser i omgivelsene, i den sosiale og fysiske konteksten. Da skapes det et potensielt rom mellom mennesker som gir muligheter (se figur 3). Vi bruker ofte metaforer for å tenke, og sannsynligvis påvirker disse metaforene også hvordan vi tenker.

Figur 3

De fysiske omgivelsenes påvirkning på mulighetsrommet i terapi



Merknad. Parentesene i figuren viser til at flere aspekter enn de som er satt opp kan være relevante og for å synliggjøre at teksten ikke er utømmelig med tanke på hvordan terapeuter og klienter kan støtte seg på eller bruke omgivelsene.

Erfaringer fra praksis: Barn og ungdom som er inn og ut av sykehus, opplever ofte livet som urettferdig og føler seg annerledes. Samspillet med familien kan også bli utfordrende. Terapeutene erfarer at et barn som ikke har klart å gjennomføre ønsket behandling inne på sykehuset, vil kunne bli mindre opptatt av nederlagsfølelsen og mer optimistisk til egne evner etter å ha fisket i bekken ved Friluftssykehuset og stolt kunnet vise fram en ørret. Forhåpentligvis er det også denne opplevelsen barnet husker best og forteller om etter endt innleggelse. Gjennom å legge til rette for og fremheve gode opplevelser i og rundt Friluftssykehuset kan terapeuten hjelpe pasienter og familiemedlemmer til positive livsfortellinger. Slik bidrar helsepersonell som vitner og er med på å gjøre mestringshistoriene tykkere (White & Epston, 1990). Terapeutene erfarer at ved å bevege seg ut av et tradisjonelt terapirom kan man muliggjøre helt andre typer samtaler. Terapeutene opplever også å bli mer kreative fordi det er mer å spille på i omgivelsene. Som terapeut kan man da vektlegge og framheve ulike typer symbolsk innhold, fenomener og omgivelser i en terapisseting som understreker positiv endring og vekst. Symboler på liv og forandring er lettere å finne i en setting med natur og naturmaterialer enn i tradisjonelle kontoromgivelser. For eksempel har noen vist til årstider og endringer når de har hatt samtaler om liv og død: «om høsten faller bladene». Se også Courtney (2017) om bruk av naturmetaforer i terapi (hva skal til for at en

eikenøtt blir til et tre). Ved å ta i bruk metaforer kan man gi barn og ungdom mulighet til å eksternalisere problemer og skape rom for trygg utforskning (White & Epston, 1990; Witztum et al., 1988). Objekter som «ikke-er-meg» kan støtte denne utforskningen (Winnicott, 1971/2005).

Terapeutenes erfaring er at det er lettere å skape en felles referanseramme i naturen, noe som gjør barn og ungdom mer mottakelige for terapeutiske intervensjoner. Det er også lettere å utvikle og bygge videre på disse. Det å ha et felles fokus om noe fint eller spennende i skogen kan åpne for spontane ytringer og viktige meddelelser som pasienten ikke har tilgang til under mer formelle forhold inne på en sykehusavdeling. En meitemark som vil gjemme seg når det blir skummelt, men kommer fram igjen når den er trygg, kan brukes i behandling av angst. En maur som strever med å få med seg et stort frø og så får hjelp av andre, kan handle om mestrings og muligheter.

Konklusjon

Denne artikkelen presenterer et forskningsbasert utgangspunkt for hvordan en kan bruke Friluftssykehuset i en terapeutisk sammenheng og det er minst tre elementer som er viktige her. Det første er at naturomgivelser har fysiologiske, emosjonelle og kognitive virkninger (McMahan & Estes, 2015; Park et al., 2010; Stevenson et al., 2018). Det andre er opplevelsen av trygghet som kommer i mer kjente omgivelser, som for

eksempel en hytte. Det tredje er muligheten naturen gir for bruk av metaforer og å se ting i sammenheng.

Det «nøytrale terapirommet» har kanskje vært en slags illusjon. Behandlere vil enten umiddelbart, eller over tid, trives i et tradisjonelt terapirom, og føle seg trygge og komfortable der. Like viktig bør det være hva pasienten føler. Terapeutenes erfaringer antyder at barn finner et fysisk fundament for trygghet i Friluftssykehuset som de kanskje ikke finner inne på sykehuset. Selv om det ikke har vært et tema her, er det verdt å nevne at terapeuter som selv er opptatt av natur og friluftsliv, sannsynligvis vil være mer positive til det å bruke naturomgivelser i terapi enn terapeuter som ikke er opptatt av dette.

Man kan innvende at mulige positive resultater av terapi i Friluftssykehuset eller i andre ukonvensjonelle settinger bare handler om effekten av forandring eller i dette tilfellet å slippe ut av sykehuset; barns lettelse over å være et sted hvor de ikke risikerer smertefulle behandlinger eller annet ubehag. Men forskningen som er blitt gjennomgått i denne artikkelen, viser at natur og naturmaterialer har klare positive virkninger, og at man kan forvente å finne disse også i tilfeller som Friluftssykehuset.

Naturomgivelser kan av og til bli løftet opp som noe utelukkende positivt, men det er de ikke. Naturen kan også være farlig, og dersom naturen er skremmende for barn, vil den heller ikke ha de gunstige virkningene som er omtalt i denne artikkelen.

Som litteraturgjennomgangen og eksemplene fra Friluftssykehuset viser, er det liten grunn til å forholde seg nøytral til terapissettingen. Det vil derfor være viktig å utforme omgivelser som gir det beste utgangspunktet for terapi. Natur og naturmaterialer i en terapeutisk setting er viktige fordi de har bestemte fysiologiske, kognitive og emosjonelle virkninger. De kan også gjøre det lettere å fortelle andre typer historier om vekst og utvikling. Stedstilknytning kan bidra til å skape et fundament for utforskning og selvutvikling. Det å bruke natur i terapeutisk øyemed vil være evidensbasert allerede nå. Samtidig trengs det mer forskning på hvordan vi kan integrere natur i terapi, og hvilken virkning en slik terapi vil ha.

En del effekter av omgivelsenes betydning kan være vanskelige å måle gjennom intervju og spørreskjema. Derfor bør også observasjon og opptak av terapi brukes. Særlig er sammenhengen mellom kroppslige uttrykk og trygge omgivelser interessant, samt studier som måler stressnivå i ulike terapissettinger. Det er også mulig å sette opp kontrollerte forskningsdesign som sammenligner terapi i ulike typer rom, med og uten biofilisk design, samt sammenligning mellom inne- og utemiljø. Forskning av denne typen kan gi verdi-

fulle innspill til terapeutisk praksis og utforming av institusjonsbygg, og det trengs bidrag til denne type forskning for mange ulike brukergrupper. Terapirommet er ikke nøytralt, og håpet er at denne artikkelen kan gjøre terapeuter mer oppmerksomme på hvordan natur og naturlige omgivelser påvirker terapi. ✘

Referanser

- Annerstedt, M. & Währborg, P. (2011). Nature-assisted therapy: Systematic review of controlled and observational studies. *Scandinavian Journal of Public Health*, 39, 371–388. <https://doi.org/10.1177/1403494810396400>
- Benedetti, F., Colombo, C., Barbini, B., Campori, E. & Smeraldi, E. (2001). Morning sunlight reduces length of hospitalization in bipolar depression. *Journal of Affective Disorders*, 62, 221–223. [https://doi.org/10.1016/S0165-0327\(00\)00149-X](https://doi.org/10.1016/S0165-0327(00)00149-X)
- Berger, R. (2008). Building a Home in Nature: an Innovative Framework for Practice. *Journal of Humanistic Psychology*, 48(2), 264–279. <https://doi.org/10.1177/0022167807306990>
- Berger, R. (2016). Nature therapy: A framework that incorporates nature, the arts and ritual in therapy. I A. Kopytin & M. Rugh (Red.), «Green studio»: *Nature and the arts in therapy* (s. 27–45). Hauppauge, NY, US: Nova Science Publishers.
- Bowlby, J. (1973). *Attachment and loss: Volume II. Separation: Anxiety and anger*. New York, NY: Basic Books.
- Brosschot, J. F., Verkuil, B. & Thayer, J. F. (2016). The default response to uncertainty and the importance of perceived safety in anxiety and stress: An evolution-theoretical perspective. *Journal of Anxiety Disorders*, 41, 22–34. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2016.04.012>
- Cooley, S. J., Jones, C. R., Kurtz, A. & Robertson, N. (2020). 'Into the Wild': A meta-synthesis of talking therapy in natural outdoor spaces. *Clinical Psychology Review*, 77, 101841. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2020.101841>
- Corazon, S. S., Schilhab, T. S. S. & Stigsdotter, U. K. (2011). Developing the therapeutic potential of embodied cognition and metaphors in nature-based therapy: Lessons from theory to practice. *Journal of Adventure Education and Outdoor Learning*, 11, 161–171. <https://doi.org/10.1080/14729679.2011.633389>
- Corazon, S. S., Stigsdotter, U. K., Moeller, M. S. & Rasmussen, S. M. (2012). Nature as therapist: Integrating permaculture with mindfulness- and acceptance-based therapy in the Danish healing forest garden Nacadia. *European Journal of Psychotherapy and Counselling*, 14, 335–347. <https://doi.org/10.1080/13642537.2012.734471>
- Courtney, J. A. (2017). The art of utilizing the metaphorical elements of nature as «co-therapist» in ecopsychology play therapy. A. Kopytin & M. Rugh (Red.), *Environmental expressive therapies: Nature-assisted theory and practice* (s. 100–122). New York, NY, US: Routledge/Taylor & Francis Group. <https://doi.org/10.4324/9781315310459-7>
- Coyne, I. (2006). Children's Experiences of Hospitalization. *Journal of Child Health Care*, 10(4), 326–336. <https://doi.org/10.1177/1367493506067884>

- Craciun, M. (2019). The place of therapy: between lab and field in the psychoanalytic office. *Sociology of Health & Illness*, 41, 1652–1666. <https://doi.org/10.1111/1467-9566.12977>
- Diette, G. B., Lechtzin, N., Haponik, E., Devrotes, A. & Rubin, H. R. (2003). Distraction therapy with nature sights and sounds reduces pain during flexible bronchoscopy: A complementary approach to routine analgesia. *Chest*, 123(3), 941–948. <https://doi.org/10.1378/chest.123.3.941>
- Ferne, C. R., Gabrielsen, L. E., Andersen, A. J. W. & Mesel, T. (2020). Emerging stories of self: Longitudinal outcomes from wilderness therapy in Norway. *Journal of Adventure Education and Outdoor Learning*. <https://doi.org/10.1080/14729679.2020.1730205>
- Gabrielsen, L. E., Storsveen, E. B. & Kerlefsen, R. (2018). Når terapeuten forlater kontoret. Erfaringer fra å drive psykisk helsearbeid ute i det fri. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 15, 40–51.
- Gabrielsen, L. E., Eskedal, L. T., Mesel, T., Aasen, G. O., Hirte, M., Kerlefsen, R. E., Palucha, V. & Ferne, C. R. (2019). The effectiveness of wilderness therapy as mental health treatment for adolescents in Norway: A mixed methods evaluation. *International Journal of Adolescence and Youth*, 24, 282–296. <https://doi.org/10.1080/02673843.2018.1528166>
- Gibson, J. J. (1986). *The ecological approach to visual perception*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Gonzalez, M. T., Hartig, T., Patil, G. G., Martinsen, E. W. & Kirkeveid, M. (2009). Therapeutic horticulture in clinical depression: a prospective study. *Research and Theory for Nursing Practice*, 23, 312–328.
- Hauge, Å. L. & Støa, E. (2009). «Here you get a little extra push»: The meaning of architectural quality in housing for the formerly homeless – a case study of Veiskillet in Trondheim, Norway. *Nordisk Arkitekturforskning*, 1, 18–31.
- Heft, H. (2013). An ecological approach to psychology. *Review of General Psychology*, 17, 162–167.
- Jackson, D. (2018). Aesthetics and the psychotherapist's office. *Journal of clinical psychology*, 74(2), 233–238. <https://doi.org/10.1002/jclp.22576>
- Johnsen, S. Å. K. (2011). The use of nature for emotion regulation: Toward a conceptual framework. *Ecopsychology*, 3, 175–185. <https://doi.org/10.1089/eco.2011.0006>
- Jones, J. K. (2020). A place for therapy: Clients reflect on their experiences in psychotherapists' offices. *Qualitative Social Work*, 19(3), 406–423. <https://doi.org/10.1177/1473325020911676>
- Jordan, M. (2015). *Nature and therapy: Understanding counselling and psychotherapy in outdoor spaces*. New York, NY, US: Routledge/Taylor & Francis Group.
- Jordan, M. & Marshall, H. (2010). Taking counselling and psychotherapy outside: Destruction or enrichment of the therapeutic frame? *European Journal of Psychotherapy and Counselling*, 12, 345–359. <https://doi.org/10.1080/13642537.2010.530105>
- Kellert, S. R. (2005). *Building for Life: Designing and Understanding the Human-Nature Connection*. Washington, DC: Island Press.
- Korpela, K. M. (2012). Place attachment. I S. D. Clayton (Red.), *The Oxford Handbook of Environmental and Conservation Psychology* (s. 148–163). New York: Oxford University Press.
- Korpela, K., Kyttä, M. & Hartig, T. (2002). Restorative experience, self-regulation, and children's place preferences. *Journal of Environmental Psychology*, 22, 387–398. <https://doi.org/10.1006/jevp.2002.0277>
- Lindheim, M. Ø., Johnsen, S. Å. K., Hauge, Å. L. & Diseth, T. (2020). Friluftssykehuset. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 16, 1632–1634. <https://doi.org/10.4045/tidskr.20.0409>
- Malenbaum, S., Keefe, F. J., Williams, A. C., Ulrich, R. S. & Somers, T. J. (2008). Pain in its environmental context: Implications for designing environments to enhance pain control. *Pain*, 134, 241–244. <https://doi.org/10.1016/j.pain.2007.12.002>
- McMahan, E. A. & Estes, D. (2015). The effect of contact with natural environments on positive and negative affect: A meta-analysis. *The Journal of Positive Psychology*, 10, 507–519. <https://doi.org/10.1080/17439760.2014.994224>
- Morgan, P. (2010). Towards a developmental theory of place attachment. *Journal of Environmental Psychology*, 30, 11–22. <https://doi.org/10.1016/j.jenvp.2009.07.001>
- Mitchell, R. & Popham, F. (2007). Greenspace, urbanity and health: Relationships in England. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 61, 681–683.
- Nasar, J. L. (2000). The Evaluative Image of Places. I W. B. Walsh, K. H. Craik & R. H. Price (Red.), *Person-environment Psychology: New Directions and Perspectives* (2. utg., s. 129–180). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Nasar, J. L. & Devlin, A. S. (2011). Impressions of psychotherapists' offices. *Journal of Counseling Psychology*, 58(3), 310–320. <https://doi.org/10.1037/a0023887>
- Ohly, H., White, M. P., Wheeler, B. W., Bethel, A., Ukoumunne, O. C., Nikolaou, V. & Garside, R. (2016). Attention restoration theory: A systematic review of the attention restoration potential of exposure to natural environments. *Journal of Toxicology and Environmental Health, Part B*, 19, 305–343. <https://doi.org/10.1080/10937404.2016.1196155>
- Oslo universitetssykehus. (2020). *eHåndbok for Oslo universitetssykehus*. <https://ehandboken.ous-hf.no/>
- Palanica, A., Lyons, A., Cooper, M., Lee, A. & Fossat, Y. (2019). A comparison of nature and urban environments on creative thinking across different levels of reality. *Journal of Environmental Psychology*, 63, 44–51. <https://doi.org/10.1016/j.jenvp.2019.04.006>
- Park, B. J., Tsunetsugu, Y., Kasetani, T., Kagawa, T. & Miyazaki, Y. (2010). The physiological effects of Shinrin-yoku (taking in the forest atmosphere or forest bathing): evidence from field experiments in 24 forests across Japan. *Environmental Health and Preventive Medicine*, 15, 18. <https://doi.org/10.1007/s12199-009-0086-9>
- Reis, H. T. (2008). Reinvigorating the concept of situation in social psychology. *Personality and Social Psychology Review*, 12, 311–329.

- Revell, S. & McLeod, J. (2017). Therapists' experience of walk and talk therapy: A descriptive phenomenological study. *European Journal of Psychotherapy & Counselling, 19*, 267–289. <https://doi.org/10.1080/13642537.2017.1348377>
- Roe, J. & Aspinall, P. (2011). The emotional affordances of forest settings: An investigation in boys with extreme behavioural problems. *Landscape Research, 36*, 535–552. <https://doi.org/10.1080/01426397.2010.543670>
- Scannell, L. & Gifford, R. (2010). Defining place attachment: A tripartite organizing framework. *Journal of Environmental Psychology, 30*, 1–10. <https://doi.org/10.1016/j.jenvp.2009.09.006>
- Stevenson, M. P., Schilhab, T. & Bentsen, P. (2018). Attention restoration theory II: a systematic review to clarify attention processes affected by exposure to natural environments. *Journal of Toxicology and Environmental Health, Part B, 21*, 227–268. <https://doi.org/10.1080/10937404.2018.1505571>
- Swank, J. M., Walker, K. L. A. & Shin, S. M. (2020). Indoor nature-based play therapy: Taking the natural world inside the playroom. *International Journal of Play Therapy, 29*, 155–162. <https://doi.org/10.1037/pla0000123>
- Ulrich, R. S. (1984). View through a window may influence recovery from surgery. *Science, 224*, 42–421. <https://doi.org/10.1126/science.6143402>
- Ulrich, R. S. (1993). Biophilia, biophobia, and natural landscapes. I S. R. Kellert & E. O. Wilson (Red.), *The biophilia hypothesis* (s. 73–137). Washington, DC: Island Press.
- Ulrich, R. S. (2008). Biophilic design of healthcare environments. I S. Kellert, J. Heerwagen & M. Mador (Red.), *Biophilic Design for Better Buildings and Communities* (s. 87–106). New York: John Wiley.
- van den Berg, A. E., Koole, S. L. & van der Wulp, N. Y. (2003). Environmental preference and restoration: (How) are they related? *Journal of Environmental Psychology, 23*, 135–146. [https://doi.org/10.1016/S0272-4944\(02\)00111-1](https://doi.org/10.1016/S0272-4944(02)00111-1)
- van Rompay, T. J. L. & Jol, T. (2016). Wild and free: Unpredictability and spaciousness as predictors of creative performance. *Journal of Environmental Psychology, 48*, 140–148. <https://doi.org/10.1016/j.jenvp.2016.10.001>
- Walch, J.-M., Rabin, B. S., Day, R., Williams, J. N., Choi, K. & Kang, J. D. (2005). The effect of sunlight on post-operative analgesic medication usage: A prospective study of patients undergoing spinal surgery. *Psychosomatic Medicine, 67*, 156–163.
- White, M. & Epston, D. (1990). *Narrative means to therapeutic ends*. New York: Norton.
- Winnicott, D. W. (2005). *Playing and reality*. London; New York: Routledge Classics. (Opprinnelig utgitt 1971)
- Witztum, E., Van der Hart, O. & Friedman, B. (1988). The use of metaphors in psychotherapy. *Journal of Contemporary Psychotherapy: On the Cutting Edge of Modern Developments in Psychotherapy, 18*(4), 270–290. <https://doi.org/10.1007/BF00946010>
- Öhman, A., & Mineka, S. (2001). Fears, phobias, and preparedness: toward an evolved module of fear and fear learning. *Psychological review, 108*(3), 483. <https://doi.org/10.1037/0033-295X.108.3.483>

Erfaringer fra etablering av dialektisk atferdsterapi for ungdom

Implementering av ny metodikk i klinikk kan være en krevende prosess. I psykisk helsevern for barn og unge i Helse Bergen har vi implementert et DBT-team, og dette er vår historie om denne prosessen.

2013 ble det igangsatt et prosjekt i Psykisk helsevern for barn og unge (PBU), Helse Bergen.

En rekke evidensbaserte metoder ble innført for lavfrekvente pasientgrupper i spesialiserte behandlingsteam, såkalte tyngdepunkt (Kleve et al., 2020). Slike tyngdepunkt var allerede etablert for blant annet behandling av spiseforstyrrelse, OCD og psykose, men behandlingsoptimalitetene for ungdom med emosjonelt ustabile trekk var mer tilfeldig og basert på den enkelte terapeuts preferanse og kunnskap. Det var utfordrende å få til standardisering i tilbudet, og det var behov for en mer overordnet forståelse og et samlet behandlingsoptimalitet også for denne gruppen. En arbeidsgruppe fikk mandat til å gjennomgå eksisterende DBT-team i Norge, vurdere relevans for og eventuell overføringsverdi til PBUs behandlingsoptimalitet og utarbeide et utkast for et fremtidig DBT-team i PBU.

UTFORSKNING

I forkant av prosjektet ble NICE guidelines (National Collaborating Centre for Mental Health, 2009) og American guidelines (American Psychiatric Association, 2001) for emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse gjennomgått. Dialektisk atferdsterapi (DBT) viste god evidens i behandling av ungdom (Fleischhaker et al., 2011; James et al., 2008; Rathus & Miller, 2002), og PBU ville utforske muligheten for å implementere DBT videre.

Om lag 32 000 ungdommer i alderen 13–18 år tilhører PBUs opptaksområde (Vestland fyl-

keskommune, 2021). Arbeidsgruppen antok at dette var et tilstrekkelig pasientgrunnlag for å utvikle et DBT-team for hele PBU. Pasienter med emosjonelt ustabil personlighetsproblematikk har tradisjonelt vært blant gruppen med høyest forbruk av helsetjenester innen psykisk helsevern, både med hensyn til polikliniske behandlinger og akuttinnleggelses (Bender et al., 2001). Arbeidsgruppen vurderte på dette grunnlaget at etablering av DBT kunne gi et behandlingsoptimalitet og en eventuell reduksjon i innleggelses for disse pasientene på sengerpostene.

ETABLERING AV PROGRAMMET

Behandlere til DBT-teamet ble rekruttert fra tre ulike BUP, den ambulante seksjonen, samt sengerpostene for ungdom, og bestod av fem psykologspesialister og en psykiatrisk sykepleier. Teamet ble lokalisert sentralt i Bergen med lett tilkomst for pasienter fra hele regionen. De seks behandlerne var fortsatt organisatorisk forankret i sin opprinnelige seksjon, slik at teamet hadde seks ulike ledere å forholde seg til. Ingen ekstra økonomiske midler ble gitt. Det ble holdt et oppstartsmøte med øverste ledelse, og teamet hadde møter med to andre DBT-team i regionen for å få inspirasjon og lære av deres erfaringer.

DBT er en kombinasjonsbehandling som består av ferdighetstreningsgrupper, individualterapi, telefonkonsultasjon og konsultasjonsteam for behandlerne. DBT-utdanningen for behandlere består av to samlinger som går

TEKST

Anne Mari Syversen og
Gro Sydnes Fjellheim

KONTAKT

anne.mari.syversen
@helse-bergen.no



over fem dager, med 7–9 måneders mellomrom. Opplæringen fokuserer særlig på implementering, og i forkant blir deltakerne oppfordret til å lese eksisterende litteratur og studere metoden. I samlingen gis en introduksjon til teorien og behandlingsstrategiene til DBT. Hensikten er å etablere behandlingen umiddelbart etter denne uken, og man får en liste med hjemmeoppgaver for å fremme implementeringen. Teamene presenterer så arbeidet og deres nå etablerte DBT-program på samling to (Swales et al., 2012). Vårt DBT-team deltok i første opplæringsuke i regi av Nasjonalt senter for selvmordsforskning og -forebygging (NSSF) i oktober 2014.

DBT-teamet bestemte seg for en modell som lå tett opp til Millers ungdomsversjon (Miller et al., 2007). Ungdommene skulle gå i ukentlig individualterapi og ferdighetstreningsgruppe sammen med en forelder eller annen omsorgsperson. Ferdighetstreningsgruppen kunne maksimalt inneholde seks pasienter og seks foreldre, der målet var å lære seg ferdigheter innen mindfulness og emosjonsregulering og relasjonelle ferdigheter og å øve på disse. Telefonkonsultasjon til ungdommene ble kun tilbudt i kontortiden, som var et avvik fra både Linehan og Millers modeller, hvor telefonkonsultasjon ble tilbudt hele døgnet (Linehan, 1993; Miller et al., 2007). Telefonkonsultasjon er en viktig del i DBT, da denne er et bidrag til at pasientene får generalisert ferdighetene de lærer i behandlingen. Våre begrensninger skyldtes hovedsakelig manglende enighet om kompensasjonsordninger med ledelse og fagforeninger. Pasientene skulle gis hjemmelekser og dagbokskort mellom ferdighetstreninger og individualterapi. For å øke ferdighetene og motivasjonen til behandlerne i teamet ble det fastsatt ukentlige konsultasjonsteam og mulighet for terapeutstøtte fra de andre teammedlemmene utenom konsultasjonsteamtiden.

Det å styrke samholdet, kommunikasjonen og motta veiledning kan føre til bedre implementering av DBT (Ditty et al., 2015). Behandlerne i DBT-teamet hadde fokus på og tid til teambuilding, selvstudier, samt teoretisk oppdatering, og fikk frigjort en dag per uke for læring, utvikling av DBT-programmet og veiledning, fra oktober til desember 2014. Vi deltok på workshops, holdt innlegg på interne fagdager og hadde jevnlig møter med klinikkdirektør. Alt arbeid ble dokumentert, og det ble utarbeidet detaljerte planer og rammeverk for

å implementere og opprettholde et DBT-program som samsvarer med det klinikken ønsket.

BEGYNNENDE IMPLEMENTERING

I januar 2015 ble behandlerne frigjort 40 % fra sine respektive seksjoner i PBU for å implementere og tilby DBT. Teamet startet med ukentlige konsultasjonsteam møter og med rekruttering av aktuelle pasienter til pilotbehandlingen. Fire jenter mellom 14 og 17 år som allerede hadde en etablert behandling i klinikken og som ønsket det, ble rekruttert. De fire aktuelle jentene oppfylte inklusjonskriteriene med tidligere selvmordsforsøk, alvorlig selvskadingsatferd og flere innleggelse siste år, og var blitt tilbudt samtaler flere ganger per uke i BUP, uten ønsket behandlingseffekt.

I første orienteringssamtale ble pasienter og foreldre informert om DBT som et alternativ til standard behandling. De fire pasientene gjennomførte 3–4 orienteringssamtaler. I løpet av disse ga pasientene og foreldrene muntlige forpliktelser til å delta i et 16-ukers behandlingsprogram. Pasientene ble screenet med tanke på trekk fra emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse, og vi ble enige om behandlingsmål. I midten av februar begynte vi med ukentlige individualsamtaler og ferdighetstreninger. Ferdighetstreningen ble gitt i en åpen gruppe, som innebar at nye pasienter og deres foreldre kunne komme til underveis i behandlingen, med en åpning hver fjerde uke. Fire av behandlerne i teamet begynte som individualterapeuter, mens de resterende to begynte som ferdighetstrenerer. Behandlerne roterte på å være ferdighetstrenerer hver åttende uke for å sikre kompetanse og for å få erfaring med å lede gruppen. Teamleder hadde orienteringssamtaler med nye pasienter, i tillegg til konsultasjoner med poliklinikkene når det gjaldt potensielle nyhenvisninger til DBT. Avhengig av tilstandsbildet og videre behandlingsbehov ble pasientene enten tilbudt en runde med repetisjon av DBT-programmet eller å bli overført til videre behandling igjen ved henvisende poliklinikk. To av pasientene i pilotbehandlingen valgte å delta i en runde to.

FULLVERDIG IMPLEMENTERING

Etter piloteringen konkluderte DBT-teamet med at et 16 ukers program var for kort, og utvidet til 20 uker. Det ble også tydelig at teamet trengte å utvide muligheten for telefonkonsultasjon for pasientene, slik at de bedre kunne

hjelpe dem med å generalisere ferdigheter. Etter tre år med dialog med ledelsen ble vi enige om telefonkonsultasjon frem til kl. 20 i ukedagene i 2017. En så også et behov for noe tettere foreldreoppfølging og tilbød egen foreldreveiledning cirka hver femte uke. Vi endret også arbeidsfordelingen innad i teamet, slik at alle behandlerne fungerte som både individu-
alterapeut, ferdighetstrener og foreldrekontakt.

For å sikre at DBT-teamet faktisk utførte behandling i henhold til metoden, mottok teamet månedlig veiledning fra NSSF det første året. Vi hadde deretter veiledning fra en erfaren DBT-terapeut i ytterligere to år og deltok på årlige nettverksmøter med de andre teamene i Vestland fylke. Det å kontakte eksisterende DBT-team for råd og erfaringer har vist seg å fremme implementering (Flynn et al., 2020), noe som også er vår erfaring. Det var skjerpene for teamet, og et friskt pust, at tre medlemmer fra andre DBT-team i regionen hospiterte hos oss i et år hver i en treårsperiode. Vi har også hatt psykologistudenter og LIS-lege som har hospitert fem måneder av gangen, og som har gitt oss nyttige perspektiver og innspill.

De første årene jobbet teamet tilnærmet identisk ut fra behandlingsmanualen. For å holde på behandlernes motivasjon deltok teamet i noen grad på konferanser om DBT og selvmordsforebygging. I 2016 ble det opprettet et internt kvalitetsregister for teamets DBT-behandling. Swenson et al. (2002) hevdet at det å registrere behandlingsutfall over tid, for eksempel rater av selvmordsatferd og sykehusinnleggelser, er til hjelp for å håndtere en del utfordringer knyttet til implementering.

ENDRINGER OG UTFORDRINGER

Turnover av behandlere

Flynn et al. (2020) har sett på utfordringer ved implementering for DBT-team i en imple-

menteringsstudie fra spesialisthelsetjenesten i Irland. De så en forskjell i opprettholdelse av teamene dersom deltakelse i teamet var noe behandlerne selv ønsket, fremfor at de var blitt beordret av ledelsen. Swenson et al. (2002) hevdet at det krever en stor omstilling for en del terapeuter å jobbe med DBT, både med hensyn til terapeutiske antakelser (være en ikke-nøytral terapeut, aktiv holdning, selvavsløringer), men også når det gjelder redefinerings av rolle og det å tilegne seg nye ferdigheter for å bli en DBT-terapeut. I tillegg kan en del terapeuter ha hatt dårlige erfaringer med å jobbe med pasienter med emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse, noe som kan ha ført til pessimisme og utbrenthet. Det å rekruttere og beholde behandlere som jobber med høyrisikopasienter kan være utfordrende, særlig før teamet har utviklet en måte å gi tilstrekkelig støtte til terapeutene på (Swenson et al., 2002).

Flynn et al. (2020) påpekte også at konkurrerende krav i klinikerens arbeid kunne påvirke tiden og fokuset som er nødvendig for å lære seg metoden skikkelig. I vårt team var det særlig de behandlerne som innledningsvis hadde delt stilling mellom BUP og DBT, som kjente seg presset. Flertallet av disse behandlerne sluttet også tidlig i teamet. Til en viss grad ble ikke arbeidsmengden på BUP tilstrekkelig nedjustert i forhold til at team-medlemmet var 40 % i en annen stilling.

Mange DBT-team forvirrer tidlig (Swales et al., 2012), og vårt team mistet fire terapeuter i løpet av de tre første årene. Turnover av teammedlemmer er en av de største risikofaktorene for manglende implementering (King et al., 2018). Selv når teamet er godt bemannet og går bra, kan det å miste et trent og erfarent teammedlem være demoraliserende og gi et tilbakeslag. Høy turnover gjør at rekruttering og opplæring er en kontinuerlig prosess (Swenson et al., 2002). Teamet har fått to suppleringskandidater i 40 % stilling hver, hvorav den ene sluttet i teamet etter ett år.

Rammebetingelser

Det andre året ble utfordrende for teamet med tanke på lokale, og behandlerne hadde på det meste tre ulike arbeidssteder i løpet av uken. Det var også krevende for teamet å måtte forholde seg til en seksjonsleder per teammedlem. Mangelen på en felles organisatorisk tilknyt-



... å styrke samholdet, kommunikasjonen og motta veiledning kan føre til bedre implementering av DBT



ning gav strukturelle problemer, for eksempel vansker når det gjaldt sekundærhenvisning og journalsystem, usikkerhet rundt hvilken seksjon som skulle få betalt for teamets behandlingssesjoner, og hvem som skulle betale for utgifter knyttet til konferanser og hjelpemidler/pc for det enkelte teammedlem. Teamet trengte en lokalisering og en felles seksjonsleder som frontet teamet inn i ledergruppen. Fremfor å bli en egen seksjon ønsket teamet å bli en del av den ambulante seksjonen som var sentralt lokalisert på Haukeland universitetssjukehus. Dette ble en realitet i slutten av 2015. To av stillingene ble økt til 100 %, inkludert teamleders stilling. De resterende ble delt mellom DBT og et annet team i samme seksjon.

Samhandling med andre seksjoner

Swenson et al. (2002) påpekte viktigheten av en god ledelsesforankring og ledere som prioriterer DBT. De så at team som ble bedt om å modifisere behandlingsopplegget til nye pasientgrupper før man hadde etablert et solid fullverdig program, hadde mindre sannsynlighet for å bestå. Vårt team har fått forespørsler om å ta pasienter som ikke er en del av de standardiserte pasientgruppene for DBT (lavt evnenivå, språkvansker). Vi har forsøkt, og sett at for noen av disse pasientgruppene fungerte det ikke. Generelt har det i perioder vært utfordrende å få «rette pasienter», pasienter som vil kunne nyttiggjøre seg et DBT-tilbud, og som ønsker det selv. En del pasienter har takket nei av ulike årsaker (skolefravær, ønsket ikke foreldre i ferdighetstreningen, andre ønsket behandlingen mer enn ungdommen selv), noe som har ført til frustrasjon hos henviser. I perioder har vi hatt lite henvisninger. I perioder med mange henvisninger har ventetiden skapt frustrasjon, som igjen har ført til færre henvisninger.

Teamet har i liten grad lyktes med ungdom på barnevernsinstitusjon. Av 13 institusjons-ungdommer har kun en fullført, de andre dropet ut i orienteringsfasen eller i løpet av første modul. Vi tror noe av forklaringen kan være at det er vanskelig for disse ungdommene å være i en ferdighetstrening sammen med personal fra institusjonen heller enn sine foreldre. De ungdommene vi har forsøkt å få med, har videre hatt omfattende vansker, og det har vært vanskelig å holde på behandlingsmotivasjon og vilighet til å gjøre endringer, eller de har flyttet ut av regionen. For å lykkes bedre med disse



Turnover av team-medlemmer er en av de største risikofaktorene for manglende implementering

ungdommene tror vi det vil kreve omfattende ressurser og samarbeid med de ulike institusjonene. Det at vi ikke har klart å forplikte disse pasientene, og at de har kommet i retur til poliklinikkene, har også medført frustrasjon, ettersom dette ofte er pasienter som opptar mye behandlingsressurser.

HVORDAN FUNGERER DBT-TEAMET I DAG?

Teamet er i dag i full drift og består av fire medlemmer, der tre er originalmedlemmer. Teamet består totalt av 2,8 % stilling. To psykologspesialister, inkludert teamleder, har 100 % stilling, mens to psykiatriske sykepleiere har hver 40 % stilling. Alle er samlokalisert i en felles seksjon og med en felles leder, noe teamet tidlig fikk forståelsen av var nødvendig fra ledelsen i PBU for at behandlingstilbudet skulle bestå. Teamet har de siste årene hatt en stigende henvisningsrate, med i underkant av 50 henvisninger i 2020. Vi driver tre ferdighetsgrupper med inntil seks ungdommer og seks foreldre i hver. Henvisningsrutiner er godt innarbeidet i de andre seksjonene. Teamet gir veiledning og har undervisningsoppdrag for interne og eksterne instanser. Behandlingen registreres i et internt kvalitetsregister, slik at man kan følge opp om behandlingen har effekt, og eventuelt justere metoden.

HVA HAR VÆRT AV BETYDNING FOR AT TEAMET HAR BESTÅTT?

Teamet har hatt en solid ledelsesforankring, både hos direktør og resten av ledergruppen. Vi fikk tid til å lære oss metodikken og forståelse for at det ville ta noe tid før teamet var i full drift med tanke på tilstrekkelig mengde henvisninger og så videre. At teamet tidlig opprettet et internt kvalitetsregister, har bidratt til at vi kunne vise til behandlingseffekt (nedgang i selvskading, selvmordsforsøk, akutte innleggelse), som i tillegg til økt motivasjon for

behandlerne også har gjort det lettere å «selge inn» DBT til de andre seksjonene.

Vi tenker det var avgjørende i vårt team å få en felles seksjonsleder. Etter at teamet ble samlokalisert under én leder og i et fast lokale, har det ikke vært turnover i teamet, og det har vært stabilt siden 2017. Det har også vært av betydning at stillingene til de to psykologspesialistene ble økt til 100 %, noe som bidro til kontinuitet og bedre struktur med tanke på hvordan

teamet jobbet, samt at disse to mer aktivt kunne jobbe for å fremme DBT i klinikken.

I PBU har vi klart å etablere et DBT-team for ungdom som nå har bestått i åtte år. Teamet har utviklet seg til å inkludere flere pasienter, og DBT-programmet har i dag større vekt på foreldreveiledning. For tiden utvikler vi også en foreldreveiledningsgruppe som henvender seg til foreldre som har ungdom som ikke kvalifiserer seg til DBT. ✕

REFERANSER

- American Psychiatric Association. (2001). *Practice guideline for the treatment of patients with borderline personality disorder*. American Psychiatric Publishing.
- Bender, D. S., Dolan, R. T., Skodol, A. E., Sanislow, C. A., Dyck, I. R., McGlashan, T. H., Shea, M. T., Zanarini, M. C., Oldham, J. M. & Gunderson, J. G. (2001). Treatment utilization by patients with personality disorders. *American Journal of Psychiatry*, 158, 295–302. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.158.2.295>
- Ditty, M. S., Landes, S. J., Doyle, A. & Beidas, R. S. (2015). It Takes a Village: A mixed Method Analysis of Inner Setting Variables and Dialectical Behavior Therapy Implementation. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 42(6), 672–681. <https://doi.org/10.1007/s10488-014-0602-0>
- Fleischhaker, C., Böhme, R., Sixt, B., Brück, C., Schneider, C. & Schulz, E. (2011). Dialectical behavioral therapy for adolescents (DBT-A): A clinical trial for patients with suicidal and self-injurious behavior and borderline symptoms with a one-year follow-up. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 5(3). <https://doi.org/10.1186/1753-2000-5-3>
- Flynn, D., Joyce, M., Gillespie, C., Kells, M., Swales, M., Spillane, A., Hurley, J., Hayes, A., Gallagher, E., Arensman, E. & Wehrauch, M. (2020). Evaluating the national multisite implementation of dialectical behaviour therapy in a community setting: a mixed methods approach. *BMC Psychiatry*, 20, 235 <https://doi.org/10.1186/s12888-020-02610-3>
- James, A. C., Taylor, A., Winmill, L. & Alfoadari, K. (2008). A preliminary Community Study of Dialectical Behaviour Therapy (DBT) with Adolescent Females Demonstrating Persistent, Deliberate Self-Harm (DSH). *Child and Adolescent Mental Health*, 13, 148–152. <https://doi.org/10.1111/j.1475-3588.2007.00470.x>
- King, J. C., Hibbs, R., Saville, C. W. N. & Swales, M. A. (2018). The survivability of dialectical behaviour therapy programmes: a mixed methods analysis of barriers and facilitators to implementation within UK healthcare settings. *BMC Psychiatry*, 18, 302. <https://doi.org/10.1186/s12888-018-1876-7>
- Kleve, L., Skarstein, L. S. & Elgen, I. (2020). From clinical guidelines to clinical care – Employee involvement makes a positive difference to implementation. *Health Education and Care*, 5, 1–5. <https://doi.org/10.22541/au.159741542.25593058>
- Linehan, M. M. (1993). *Cognitive-behavioural treatment of borderline personality disorder*. Guildford Press.
- Miller, A. C., Rathus, J. H. & Linehan, M. M. (2007). *Dialectical Behavior Therapy with Suicidal Adolescents*. Guildford Press.
- National Collaborating Centre for Mental Health. (2009). *Borderline Personality Disorder: Treatment and Management (Clinical Guideline CG78)*. London: National Institute for Health and Clinical Excellence.
- Nasjonalt senter for selvmordsforskning og -forebygging. (2021). *DBT-utdanning*. <https://www.med.uio.no/klinmed/forskning/sentre/nssf/utdanning-kurs-konferanser/utdanning/dbt/dbt-utdanning/>
- Swales, M. A., Taylor, B. & Hibbs, R. A. B. (2012). Implementing Dialectical Behaviour Therapy: Programme survival in routine healthcare settings. *Journal of Mental Health*, 21(6), 548–555. <https://doi.org/10.3109/09638237.2012.689435>
- Swenson, C. R., Torrey, W. C. & Koerner, K. (2002). Implementing Dialectical Behavior Therapy. *Psychiatric Services*, 53(2), 171–178. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.53.2.171>
- Rathus, J. H. & Miller, A. L. (2002). Dialectical behavior therapy adapted for suicidal adolescents. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 32, 146–157. <https://doi.org/10.1521/suli.32.2.146.24399>
- Vestland fylkeskommune. (2021). Statistikk. <https://www.vestland.kommune.no/hf/>

Ellinor Hamsuns tragiske skjebne – del II

Gjennom to artikler rekonstrueres Ellinors liv og familiens reaksjon på hennes psykopatologi. I den første artikkelen ble søkelyset rettet mot Ellinors livshistorie. I denne artikkelen vil jeg redegjøre for Ellinors sykdomshistorie og lobotomiene hun undergikk.

TEKST Kim Larsen

Ellinor Hamsun var født på gården Skogheim i Hamarøy, men vokste opp på Nørholm, dit familien flyttet i 1918. Som 16-åring ble hun sendt på klosteskole i Krefeld i Tysland og deretter til Belgia. Ellinor og søsknene hadde en kosmopolitisk oppvekst som de færreste ungdommer var forunt på den 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.

FRA JETSETTER TIL PLEIEHJEM

Mye tyder på at både Knut og Marie Hamsun «allerede» på midten av 1940-tallet da Ellinor var i 30-årene, var svært pessimistiske og oppgitte når det gjaldt Ellinors fremtid. Marie skriver til sin venninne Cecilia Aagaard 10. august 1944:

Sammen med andre yngre er [Ellinor] svært livlig, men i bunn og grunn har hun ingen livslyst mer. Hennes eneste redning er etter min mening å få mann og barn og hjem. Men hvor finne en

mann så uegoistisk at han vilde ta hensyn til hennes spesielle svakheter og feil? Det ville sikkert bare bli en skuffelse på området og nå tåler hun ikke flere (Referert i Simonsen, 2018, s. 287).

På midten av 1940-tallet får Ellinor hjelp av Frelsesarmeen og har også samtaler med den kjente psykiateren og avholdsmannen Johan Scharffenberg (Høst, 2004, s. 138). Mange ville hjelpe, men var like hjelpeløse som dem som hadde forsøkt tidligere.

Det er en påfallende forskjell på hvordan Ellinors liv så ut til å bli, og hvordan det ble. Gerd Høst beskriver den første gangen hun tilfeldigvis så Hamsun-søstrene under en tur på Karl Johan for å gjøre innkjøp i russetiden:

For på en andre siden av gaten gikk to unge piker som var det vakreste jeg hadde sett. Hva de hadde på seg, husker jeg ikke. Det kunne gjerne vært sekk og aske, det var likegyldig, for de strålte. Ja, de strålte slik at folk stanset og stirret på dem. Det var som om de for alltid vill feste dette bildet av skjønnhet og livsglede på netthinnen, for å kunne ta det frem og hente styrke fra det om livet en gang skulle bli for tungt.

Det var en åpenbaring, et strålende panorama på noen minutter, så var de borte. Men jeg har aldri kunnet glemme dem. «Hvem var det?» hadde jeg hørt noen spørre. «Døtrene til Knut Hamsun» ble det svart. Hamsuns døtre, Ellinor og hennes to år yngre søster Cecilia. De hadde vært avbildet i så mange dame- og ukeblad hjemme at alle den gang lot til å kjenne dem. Alle hadde visst hvilke klær de hadde kjøpt på motehuset Molstad, og hvem de hadde vært på dans med kvelden i forveien. En skolemann omtalte deres sommervisitter på Hankø som *usædelige*. Jeg husker det, fordi han uttalte ordet *usædelig* med så sterkt trykk på æ-en, at den forakten han ville vise, bare ble komisk (s. 24–25. Uthevninger i originalen).

Hvordan kunne et liv som startet så lovende, ende så tragisk? Det er en dominerende faktor her, og det er psykisk lidelse og overlappingen med adferd som setter omgivelsene på harde prøver. I dette tilfellet viste det seg å være umulig å leve med over tid. Under lesningen av materialet om Ellinor ble jeg mange ganger slått av hvilket mysterie psykiske lidelser fremdeles utgjør, og jeg ble minnet på Norman Dains (1989) pessimistiske beskrivelse: «The key problem, toughest enemy, remains the perplexing, disturbing phenomenon of mental disorders, imperfectly understood, bound up with public policy and public opinion, and resistant to known therapies» (s. 17).

Etter bilulykken, eskalerende alkoholproblemer og et ekteskap i ruiner bringes Ellinor hjem fra Berlin til Nørholm i 1943. Familiesituasjonen preges av stadige konflikter rundt henne. Hun viste en betydelig oppfinnsomhet for å få tak i alkohol. Knut Hamsun forsøkte å beskytte henne mot det han betraktet som dårlige innflytelser. Ved en anledning høsten 1944 skal han ha spyttet en yngre mann som fulgte Ellinor hjem i ansiktet og hevet stokken til slag. Den unge mannen flyktet og anmeldte Knut Hamsun til politiet for overfall. Det var en del korrespondanse frem og tilbake i saken, som etter hvert blir henlagt av politimesteren i Grimstad i februar 1945. 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. Ellinor innlegges på flere institusjoner og kontakten med psykiatriske institusjoner fortsatte.

Det hele endte med at Ellinor ble lobotomert i 1953. Det var sykehuset i Middelfart som anbefalte den første lobotomien, som ble utført på Rikshospitalet i København. Det ble ikke konstatert særlig bedring, og Ellinor ble to år etter innlagt ved Sindsykehospitalet i Århus. Her forsøker man Largactil (mer kjent under navnet Klorpromazin og Hibanil) i noen måneder, men hun ble igjen innlagt på Rikshospitalet. Hun ble under disse oppholdene beskrevet som lite problematisk adferdsmessig, stille og rolig. Den kjente psykiateren Eduard Busch fant det «ligeså vanskelig å ta stilling til denne pasient som sist gang vi så henne». Han var «skeptisk overfor effekt», men vurderte det også slik at «vi neppe kan gjøre større skade ved en radikal lobotomi» (Kragh, 2010, s. 336), noe som ble utført tidlig i 1956. Ellinor fikk epilepsi allerede etter den første operasjonen. I hennes journal blir effekten av den andre lobotomien beskrevet slik: «virkningen av operationen synes foreløpig gunstig», men det er også anført følgende: «som bivirkning må nævnes: fullstendig manglende initiativ» (referert i Kragh, 2010, s. 358).

Også etter at den første lobotomien ble foretatt, var det nærmest umulig å være i nærheten av Ellinor i lang tid. Den 8. oktober 1953 skriver Marie



Hvordan kunne et liv som startet så lovende, ende så tragisk?



”

Også etter at den første lobotomien ble foretatt, var det nærmest umulig å være i nærheten av Ellinor i lang tid



KJENT FAR Knut Hamsun med datteren, Ellinor, i 1944. Foto: Nasjonalbiblioteket / ukjent

til datteren Cecilia: «Ja, nu er Ellinor her. Hun gråter og ber til Gud om å bli av med den evige sultfølelsen, men det hjelper vel neppe (-) alle hennes tanker gjelder *mat*. Aldeles uforandret i sitt vanvidd. Hun er meget ulikevektig og vanskelig å være sammen med. Noe pleiehjem har vi ikke råd til, ellers ville det jo være det beste.» (referert i Hansen, 1978, s. 706. Utheving i originalen).

Omtrent to måneder senere finner vi følgende oppdatering fra Marie til Cecilia: «Jeg lever i et slags helvete på grunn av Ellinor. Så bunnforvilet som hun er nå har hun aldri vært. Jeg mener at hva som helst kan skje en dag. Og jeg kan absolutt ikke gjøre annet enn å ta imot alle ubehagelighetene fra henne så tålmodig som mulig» (referert i Hansen, 1978, s. 706–707).

Hvorfor foretas lobotomiene i Danmark? Familien kan ha liten tillit til psykiatrien i Norge etter observasjonen og vurderingen av Knut Hamsun i 1945/1946. Cecilia var nå inne i sitt tredje ekteskap (av fire) og var gift

med en dansk lege. Begge disse momentene kan ha influert på valget av Danmark. Så slutter stort sett alle spor, også om hva som gikk forut for den andre lobotomien. Thorkild Hansen besøkte Ellinor ved to anledninger høsten 1975 under arbeidet med sin bok, og det virker som han har funnet henne upåfallende:

I dagligstuen på hvilehjemmet i den jyske stasjonsbyen sitter Ellinor over en kopp kaffe og et stykke bløtkake og forteller om de fjerne begivenhetene. Hun har for lengst kommet seg etter de to operasjonene i femti-årene, hun røyker mange sigaretter, men forteller rolig og muntert, en fin dame i sekstiårsalderen, med årene mer og mer lik sin mors uttrykte bilde, med disse skarpe, undersøkende, lett grønne øynene som kan være både glade og kvasse (s. 23)

Gerd Høsts erindringsbok er den eneste og usikre kilden til hva som gikk forut for lobotomien, i tillegg til brevene. På grunn av hennes markerte forforståelse og hennes ensidige tolkninger i lys av denne, er imidlertid boken en lite pålitelig kilde. Det er vanskelig å ha tiltro til en bok hvor også mange av de lett verifiserbare opplysningene er feil. Høst refererer et intervju hun har gjort med Arild Fearnley. Han ble klassekamerat med henne i 1928 og ble en nær og livslang venn med Arild Hamsun og gikk angivelig ut og inn på Nørholm nærmest som et familiemedlem. Arild Fearnley forteller om foranledningen til den andre lobotomien:

Jeg var på Nørholm da de besluttet det. Og jeg advarte dem alvorlig, jeg hadde jo sett hvor ødelagt Ellinor ble etter den første hjerneoperasjonen. Men jeg ble helt nedstemt. De hadde bestemt seg.» Høst: «Men moren, kunne hun virkelig gå med på det?» Fearnley: «Hun var vel sliten og trett og håpet det ville hjelpe Ellinor.» Høst: «Men de kunne jo ikke la Ellinor bli lobotomert uten hennes samtykke!» Fearnley: «Hun ville det jo selv! De hadde lovet henne at hun skulle få komme tilbake til Nørholm igjen, hvis hun lot seg operere. Og det var jo ikke noe hun heller ville enn å føle seg godtatt i sitt eget barndomshjem. Stakkars, hun ville betale alt selv, hadde spart penger i lang tid til denne operasjonen. Men jeg følte at de ikke ville holde ord. Det var vel også derfor fru Hamsun betalte operasjonen av sitt honorar for

Regnbuen som var kommet ut på Aschehoug i seks opplag akkurat da (Høst, 2004, s. 141).

Dette virker ikke umiddelbart troverdig fordi det stemmer så påfallende godt med Gerd Høsts stillingtagen til ensidig å se Ellinor som offer for omstendighetene rundt seg, en outrert viktologi og politisk korrekt feministisk basert tolkning av Ellinor. Og etter å ha lest alt som er publisert av Ellinor-relatert stoff, er det første gang noen har nevnt at Ellinor har spart til noe. (Problemet har notorisk vært det motsatte).

LOBOTOMI

Ellinors skjebne har den likheten med skjebnen til de to kanskje mest kjente ofrene for lobotomien, Isabel Williams (1909–1995), søster av Tennessee Williams, og Rose Marie Kennedy (1918–2005), søster av John F. Kennedy, som begge levde på institusjon resten av livet etter å ha blitt lobotomert som unge.

Behandlingsmetoden er et av de mørke kapitlene i psykiatriens historie. I ettertid virker det utrolig at en behandlingsmetode som både manglet dokumentert effekt, hadde store bieffekter og åpenbart var farlig, kunne pågå i flere år. Av de første 28 pasientene som ble lobotomert i Norge frem til 1948, døde ni, altså ca. 30 %. (Kringlen, 2007, s. 427). Disse tallene var ekstremt høye, vanligvis lå dødeligheten på 1–5 % (s. 230). Lobotomien foregikk ved at kirurgen boret hull på sidene av hodet, stakk inn et metallinstrument og vrikket dette fra side til side for å skape lesjoner i frontallappene og for å kutte over forbindelser mellom disse og andre deler av hjernen. En annen variant var å stikke instrumentet inn i hodet via øyehulene. Operasjonen var lite presis, idet kirurgene ikke kunne se hvor de traff, med særlig nøyaktighet. De forskjellige utfallene ble rapportert ved mer anekdotiske kasushistorier. Systematiske behandlingsstudier slik vi kjenner det i dag, ble ikke utført på denne tiden. Bivirkningene var massive og inkluderte epilepsi, sløvhet, anhedoni, kramper og i noen tilfeller inkontinens. I noen tilfeller ble det også rapportert om en frapperende bedring. Det er i ettertid skremmende lesning. I Norge var det en «forsøksperiode» frem til 1948, en hovedfase frem til 1955, og en avvikling frem til 1960. Etter det ble lobo- »

tomi kun brukt i mer sjeldne tilfeller (Kringlen, 2007, s. 230–231). Stortinget bestemte i 1996 at det skulle utbetales erstatning til alle som var utsatt for lobotomi i Norge. I USA ble totalt 50 000 pasienter lobotomert, i Storbritannia 15 000, og i Skandinavia ble 4500 lobotomert i Sverige, 4000 i Danmark og 2500 i Norge (Kringlen, 2001, s. 91).

Hvordan kunne dette skje? En av de tilstander som utgjorde en betydelig andel av pasientene på psykiatriske avdelinger i overgangen til det tyvende århundre, *paralysis generalis*, ble i 1905 funnet å være forårsaket av syfilis i tredje stadium og bakterien *Treponema pallidum*. Tilstanden kunne derved behandles medisinsk. Gjennombruddet intensiverte letingen etter medisinske årsaker og behandlinger også til andre psykiatriske lidelser. I tillegg var troen på vitenskapen høy generelt sett. Og dersom hjernen var psykens organiske grunnlag, hva var da mer logisk enn å operere hjernen? Motforestillingerne var få. Pressen brakte begeistring reportasjer fra operasjonene og publiserte intervjuer med fornøyde pasienter. Egaz Moniz (1874–1955), som «oppfant» lobotomien, ble belønnet med Nobelprisen i 1949. Håpet om at psykiske lidelser kunne kureres raskt og effektivt, ble tent både i psykiatrien som fag og i befolkningen. Psykiatrien syntes endelig å ha fått et medisinsk terapeutisk instrument og en kurativ kraft mer på linje med resten av medisinen. Lobotomien førte også med seg et håp om å redusere det stigma som knyttet seg til psykiske lidelser, ved at disse nå kunne kureres ved medisinske inngrep på samme måte som ved andre sykdommer. En skal også huske på at for mange av pasientene var situasjonen i utgangspunktet desperat ved at lidelsen medførte stor smerte, både for dem selv og for omgivelsene. I en situasjon som dette kunne det behandlingsmessig fremstå som at en hadde «mye å vinne og lite å tape», slik at psykiatrien lett kunne adoptere behandlingsstrategien «*melius aceps remedium quam nullum*» («det er bedre å gjøre noe enn intet», eller i denne sammenheng: «selv en tvilsom behandling er bedre enn ingen»). Som en indikator på den tidsånden som er referert over, omtalte *New York Times* lobotomien slik:

Hypochondriacs no longer thought they were going to die, would-be suicides found life acceptable, sufferers from persecution complex forgot the machinations of imaginary

conspirators. Prefrontal lobotomy, as the operation is called, was made possible by the localization of fears, hates and instincts. It is only fitting then that the Nobel Prize in medicine should be shared by Hess and Moniz. Surgeons now think no more of operations on the brain than they do of removing the appendix (*New York Times*, 1949. Referert i Valenstein, 1986, s. 221).

Etter hvert ble den urealistiske behandlingsoptimismen avløst av en grunnfull kunnskap om de irreversible hjerneskadene som ble påført pasientene i vitenskapens og behandlingens navn, noe som selvsagt hadde følger for anvendelsen av metoden (se Pressman, 1998, og Valenstein, 1986, for grundige studier av lobotomiens historie). De franske psykiaterne Jean Delay og Pierre Deniker oppdager ved en tilfældighet at preparatet Klorpromazin virket angstdempende og sløvende, og publiserer sine funn i 1952. Dette gav støtet til at det under 1950-tallet blir utviklet flere medikamenter av denne typen som blir brukt i behandlingen av de alvorlige psykiske lidelsene (Shorter, 1997; Slater, 2018). Betraktet med historisk blick forekommer lobotomeringene av Ellinor sent i den perioden hvor lobotomi var i utstrakt bruk. Omtrent halvparten av de 4000 lobotomierne som ble foretatt i Danmark, ble utført i perioden 1946–1956 (Kragh, 2010, s. 219). Interessant nok er det nettopp Klorpromazin Ellinor blir forsøkt behandlet med i noen måneder før den andre lobotomeringen.

KLINISKE REFLEKSJONER

Hva karakteriserte Ellinors personlighet? Marie beskriver henne i et brev til Cecilia Aagaard høsten 1944 som «umoden som en 12 års unge» (Simonsen, 2018, s. 292). Simonsen beskriver det slik:

«[Hun har] et heftig lynne. Hun er rotete og uorganisert og kan innimellom være ganske frekk. Som 14-åring, tar storebror Tore henne i skole fordi hun banner for mye, ler for høyt på kino og oppfører seg «utækkelig». Ellinor svarer ham med et brev som starter slik: «Kjære Tore, jævla moro å høre fra dig...» Knut tar henne en morgen i å lage fruktsalat med en sigarett i munnviken, og Marie frykter at den mann som engang får henne, må leve med sigarettstumper i smørskålen, lepestift på stolen og bøker som blir liggende i hengekøyen i øsende regnvær (Simonsen, 2018, s. 223).

Hvordan blir totalbildet diagnostisk? I Raymond Cattells personlighetstest 16PF (Versjon 5) (Karson et al., 1997) vil Ellinor sannsynligvis skåre lavt på primærfaktorene C «Emotional stability (Ego strength)» og G «Rule-consciousness», samt på globalfaktoren «Self-control». Dette virker også som et rimelig stabilt mønster i ungdomstiden. I henhold til dagens diagnostiske praksis vil følgende diagnoser være aktuelle: 1. Spiseforstyrrelse. 2. Alkoholisme. 3. Borderline personlighetsforstyrrelse (med islett av narcissistisk personlighetsforstyrrelse).

Følgende egenskaper er beskrevet av familien (og da selvsagt tolket av dem): generell umodenhet, tar ikke ansvar, rotete og ustrukturert, følger ikke opp ting, veldig opptatt av det ytre og overfladiske. Under lesningen om Ellinor blir jeg stadig minnet om en «realityshowaktig» fremtredelsesmåte, slik deltakerne i nåtidens realityshow fremstilles og fremstiller seg selv i dagens tabloidaviser. Ellinor er svært ustabil i mellommennes-

kelige relasjoner og hadde mange korte forhold. Forskjellige personer avløser hverandre i rask rekkefølge uten å være nevnt ved navn, kun ved yrke: «advokat», «tysk soldat», «dykker» etc. Mange korreksjoner og hjelpetiltak blir satt inn, og Ellinor får sjanse etter sjanse. Etter hvert «bruker hun opp sitt nettverk», slik mange med lignende adferd har gjort før henne.

Mye tyder på at Ellinor var Knut Hamsuns yndlingsbarn da hun var liten. Ferguson (1988) har en interessant betraktning om de likheter som også var til stede mellom Ellinors og farens personlighet: «Blanding av villskap, følsomhet og stahet gav henne egenskaper som minnet om farens, og typisk nok var det på grunn av den staheten hun hadde etter sin far at Hamsun skjente på henne» (s. 321). Dette er nok også svært forenklet; staheten hadde de nok felles, men det er vanskelig å se at mange av de andre av Ellinors personlighetsegenskaper overlapper med farens (se også Kringlen, 2005).

OPPSUMMERING/ AVSLUTNING

Som ethvert liv kan Ellinors liv tolkes på forskjellige måter. Folk som sitter i behagelig avstand fra vanskelig adferd, er ofte ganske flinke til å mene noe om hva familien og de nære omgivelser skulle eller burde ha gjort, ofte med en moraliserende tone, uten å komme i nærheten av problemet og uten å gjøre noe selv.

En slik posisjon har Gerd Høst, som presenterer en tolkning av Ellinor innenfor et viktimologisk og feministisk politisk korrekt perspektiv, som passer perfekt med dagens tidsånd karakterisert av krenkelseskultur og viktimologi. Ellinor fremstilles av Høst som en kvinne som blir støtt ut av hjemmet fordi hun er brysom og ikke passer inn, og fordi diktergeniet Hamsun trenger ro til å arbeide. Høst skylder også på Hamsun-familien for å ha tatt for lite vare på Ellinor. Dette er ensidige tolkninger som massivt moties av mesteparten av den informasjon som foreligger om Ellinor og Hamsun-familien. Det er lett å fordele skyld med behørig avstand til problemet. Gerd Høst så Ellinor siste gang i 1940 og tok ikke selv engang kontakt med sin gamle venninne.

Ellinors problemer startet tidlig i livet, og det er mer sannsynlig at måten familien agerer på, er reaksjoner på hennes adferd heller enn en årsak til den. Ellinors tragedie formelig roper på en forklaring, hvor det er lett å rekonstruere forenklede forklaringer på hvorfor resultatet ble som det ble. Etter å ha studert det materialet som er publisert om Ellinor, føler jeg at jeg ikke er kommet særlig nærmere en fullgod forklaring heller. Snarere har studiet bare ført til en større ydmykhet og en følelse av hvor langt vi er fra en forklaring på hvordan myriader av faktorer blandet med tilfeldigheter former vår personlighet og derved i stor grad er bestemmende for vårt liv. ✕



Ellinors problemer startet tidlig i livet, og det er mer sannsynlig at måten familien agerer på, er reaksjoner på hennes adferd heller enn en årsak til den

REFERANSER

- Dain, N. (1989). Critics and dissenters: Reflections on «anti-psychiatry» in the United States. *Journal of the History of the Behavioral Sciences*, 25 (1), 3–25.
- Ferguson, R. (1988). *Gåten Knut Hamsun*. Dreyer.
- Hansen, T. (1978). *Prosessen mot Hamsun*. Gyldendal.
- Høst, G. (2004). *Så mange slags kjærlighet. Med Ellinor Hamsun i Berlin 1937–39*. Aschehoug.
- Karson, M., Karson, S. & O`Dell, J. (1997). *16PF interpretation in clinical practice. A guide to the fifth edition*. Champaign, Ill.: Institute for Personality and Ability testing Inc.
- Kragh, J. V. (2010). *Det hvite snit. Psykrokirurgi og dansk psykiatri 1922–1983*. Syddansk Universitetsforlag.
- Kringlen, E. (2001). *Psykiatriens samtidshistorie*. Universitetsforlaget.
- Kringlen, E. (2005). Knut Hamsuns personlighet. *Nytt Norsk Tidsskrift*, 1, 18–29.
- Kringlen, E. (2007). *Norsk psykiatri gjennom tidene*. Damm.
- Pressman, J. D. (1998). *Last resort: Psychosurgery and the limits of medicine*. Cambridge University Press.
- Shorter, E. (1997). *A history of psychiatry. From the era of the asylums to the age of Prozac*. John Wiley.
- Simonsen, A. H. (2018). *Kjærlighet og mørke. En biografi om Marie Hamsun*. Res Publica.
- Slater, I. (2018). *The drugs that changed our minds: The history of psychiatry in ten treatments*. Simon & Schuster.
- Valenstein, E. S. (1986). *Great and desperate cures. The rise and decline of psychosurgery and other radical treatments for mental illness*. Basic Books.

Affekten interesse i liv og terapi

Interessen er en sentral drivkraft i våre liv. Hva slags betydning har den egentlig?

TEKST Geir Berg, psykologspesialist og karakteranalytiker i privat praksis

KONTAKT
geirberg@gmail.com

«Interesse er kanskje den mest oversette av alle affektene i terapi» (min oversettelse).

Leigh McCullough Vaillant, 1997

Hvilken rolle spiller interesse i livet vårt? Og hvordan ser vi interesse i det terapeutiske rommet? Som affekt oppleves den i alle avskygninger, fra den lille nysgjerrigheten og iveren til det voksende engasjementet og opphisselsen, og videre til den altoppslukende lidenskapen og besettelsen. Hva skjer når gløden mangler og vi kjenner oss tomme, når vi mister interessens iboende puls av vitalitet og kreativitet? Hvilke tap skjer når den driver oss bort fra oss selv, når vi blir fremmedgjort og mister kontakten med andre og oss selv? Slike spørsmål dukker opp både i livet og i terapien, og denne teksten er et forsøk på å se nærmere på interessens relasjonelle betydning i psykiske lidelser og i terapi, belyst av to tenkte kausillusstrasjoner.

INTERESSEN I UTVIKLINGEN

Interessen beveger oss mot det vi trenger for å kunne tilfredsstille våre basale kroppslige

behov og mot det vi trenger for å inngå og utvikle oss i sosiale relasjoner. Det skjer gjennom sansene våre som syn, hørsel og berøring i samspill med andres ønsker og behov, alt etter hva som møter oss i livet. Ifølge Stern (2010) er vi i relasjoner preget av to affektstyrte grunnbevegelser: tilnærming og tilbaketrekking. Vi kan observere det når barnet interessert ser på eller tar på noe eller noen for å utforske, eller når barnet ser bort fra og holder seg vekk fra noe eller noen. Det sees i mor-barn-samspillet gjennom berøring og blikkutveksling, der det å bli sett på med et kjærlig, omsorgsfullt og interessert blikk versus et fjernt, likegyldig eller sint blikk vil prege barnets tilknytnings-evne. Dersom barnets gryende interesse blir tilstrekkelig møtt av omsorgspersoner, etableres en trygghet der det kan møte andre og utforske verden.

Barnet vil uvegerlig også møte små og store skuffelser og må, for å komme videre i utviklingen, håndtere slike hendelser ved å utvikle sin evne til affekttoleranse og -regulering i kontakten med andre (Beebe & Lachman, 2002). Ifølge Kohut (1977) vil en passe mengde skuf-



DEN GRYENDE INTERESSEN Dersom barnets gryende interesse blir tilstrekkelig møtt av omsorgspersoner, etableres en trygghet der det kan møte andre og utforske verden, skriver artikkelforfatterne. Foto: Zhuravlev Andrey / Shutterstock / NTB

felser være det som gradvis etablerer en stabil indre selvstruktur, mens en patologisk utvikling skyldes for store mengder skuffelser som barnet søker å beskytte seg mot. Slike skuffelser vil primært bestå av varianter av skam som hemmer interessens utadrettede fungering (Tomkins, 1963), og vil sekundært kunne aktivere andre negative affekter som frykt og sinne. For å unngå eller i størst mulig grad dempe ubehaget fra skammen utvikles defensive mønstre i dannelsen av karakterstrukturen. Vi kan se at interessen er blitt defensiv når den ensidig rettes utover mot andre med oversensitive reaksjoner på ytre stimuli, som andres reaksjoner, blick og forventninger. Eller tvert imot at man retter mindre interesse mot ytre stimuli, men mer innover med stor grad av (negativ) selv-fokusering, samt at det ubalansert kan veksles mellom disse. Felles for slike forsvarsmekanismer er at en mister seg selv og evnen til å ivareta egne behov og ønsker.

Ifølge McCullough Vaillant (1997) kan vi skille mellom adaptive (normale) interesseformer og defensive (patologiske) interesseformer. Adaptive former knyttes til tilfredsstillende, vitaliserende og dypere relasjoner, der interessen er selvvalgt og ikke pådyttet fra andre. Defensive former for interesse preges av intense relasjonelle involveringer, repeterende og energitappende ritualer og ytrestyrte handlinger. Defensive interesseformer kan etter min mening også ha form av isolerende tilbaketrekking, samt vekslinger mellom disse ytterpunktene. Det vil si én form der en fortaper seg i interessen for å kunne skyve (dissosiere) bort bevisstheten om skam og andre negative affekter, og én med tap av interesse for sine omgivelser og sosial kontakt dominert av skam. Hoved-

”

Interessen beveger oss ... mot det vi trenger for å inngå i og å utvikle oss i sosiale relasjoner

»

fokuset i denne teksten vil være på defensive former slik vi kan se dem i terapi (se eksempler i tekstboks).

TO TERAPEUTISKE BETRAKTNINGER

Elise ser så vidt opp når hun kommer inn på kontoret, går litt nølende og liksom siger ned i stolen. Hun ser ned og bort fra meg og trekker bena opp under seg i en krøll, skjuler ansiktet i hendene og gråter stille. Jeg sier forsiktig noe om at jeg merker tristheten hennes og ser at hun gråter. Hun beklager at hun gråter. Jeg sier det er ok å gråte her i dette rommet, men at jeg lurer på hva som gjør henne så trist. Etter noen dype sukk samlar hun seg, og etter hvert kommer det fram at hun har mistet lysten til noe som helst i livet. Hun er i slutten av tyveårene, hun synes ikke hun klarer noe lenger, grubler mye, vil «skru av hjernen», men klarer det ikke. Sønnen er dårlig, og hun veksler mellom å være apatisk i perioder og irritabel på folk rundt seg. Samboeren er gått lei av kranglingen deres, og hun er redd han skal gå fra henne og at hun skal bli alene.

Hun forteller at hun tidligere har vært aktiv som håndballspiller, men måtte slutte på grunn av slitasjeskader i ene armen. Idretten hadde betydd mye og vært en lidenskap for henne og gitt henne mye glede. Der fant hun noe hun syntes hun klarte, og som moren til en viss grad kunne godta. Hun fikk mye positiv respons fra trenerne, og det var et nært og godt sosialt samhold med lagvenninnene. Tapet etterlot et stort tomrom i livet hennes, og hun visste ikke hva hun skulle gjøre videre, hun kjente seg fastlåst. Fra oppveksten husket hun at moren ofte var kritisk overfor henne, selv om hun var skoleflink. Det var alltid noe hun skulle skjærpe seg på, eller som hun gjorde feil. Under tvil hadde hun valgt å studere noe som moren mente hun burde studere fordi det ville gi høyere status, men som hun selv ikke var så interessert i. Og hun mistet etter hvert helt interessen for studiene og det meste rundt seg. Hun begynte å trekke seg bort fra andre og inn i seg selv, med endeløse selvkritiske grublinger som nå endte i en dyp depresjon.

Det er mulig å få øye på flere tap for Elise. Selvfølelsen smuldrer opp og hun mister troen på seg selv. Hun blir tappet for vitalitet og det oppstår depresjon der tap av interesse og mindreverd er sentrale symptomer (se for eksempel Sapolsky, 2003) bak den mer synlige tristheten og gråten.

Defensive interesseformer sett i et diagnoseperspektiv basert på kliniske betraktninger

Fortape seg i interesse

Histrioniske personlighetstrekk: Preget av en flagrende interesse for omgivelsene og hvordan en selv blir oppfattet av andre. Skaper lett kontakt med andre, men ikke på et dypere plan, og interessen flyttes lett over på stadig nye personer og hendelser. Vanskelig å holde noe fast i et impresjonistisk flimmer der stadig nye inntrykk strømmer inn. Deres væremåte vekker lett andres interesse, og de blir gjerne midtpunkt blant andre, men kan få vansker med å trekke seg unna hvis et forhold blir for nært.

Emosjonelt ustabile personlighetstrekk: Interesse utløses raskt, preget av intens positiv involvering med andre, og kan like raskt trekkes tilbake i ustabile affektstormer av relasjonelle håp og skuffelser, der relasjoner fort kan vendes til det motsatte.

Narsissisme: Interesse er rettet mot at andre skal se og bekrefte deres oppblåste selvbilde knyttet til et falskt selv, som stadig står i fare for å falle sammen i skam og depresjon når det ikke får tilstrekkelig påfyll fra andres interesse/oppmerksomhet.

Paranoide tilstander: Opplever at andres interesse for en selv får en sterk negativ ladning, at andre ser (ned) på dem, snakker om dem eller til og med konspirerer mot dem. Eller har psykotiske forestillinger om at de forfølges fordi de er interessante og viktige.

Bipolar lidelse, type II: Vansker med å nedregulere interesse i maniske faser. En vil rekke over mye, ingenting synes umulig. Mye kan utrettes i slike intenst kreative faser, men det har sin pris i form av depressive tap av interesse.

Tvangslidelser: Interessen er opphengt i visse emosjonelt ladete områder, eksempelvis handlinger og tanker om å vaske seg ofte av frykt for noe skittent eller farlig. Ikke en selvvalgt, men en tvangsstyrt interesse som repeteres i utmattende ritualer drevet av frykt for skam/skyld.

ADHD/ADD: Oppmerksomhetsvansker gjør det vanskelig å la være å følge interessante impulser og forstyrrelser som dukker opp, og kan sees i sammenheng med generelle vansker med å håndtere affekter.

Tap av interesse

Depressive tilstander: Mister interessen og evnen til å kjenne nytelse eller glede. Håpløshet, fortjener ikke å ha det godt, det en har oppnådd taper sin verdi og en mister i ytterste konsekvens lysten til å leve.

Schizoide personlighetstrekk: Interesse for andre sjaltes ut for å bevare en indre kjerne av et selv. Opplever seg ikke kompetente eller verdifulle nok til å følge interessen, eller frykter å velge feil og dermed også å risikere avvisning.

Anhedoni: Tap av interesse der ytterpunktet *apati* innebærer handlingslammelse og nærmest totalt fravær av interesse.

Masochisme: Andres interesser prioriteres og egen interesse kommer i siste rekke, men med et håp om at underkastelse skal gi kontakten og tryggheten en trenger.

Særlig utløsende for den depressive tilstanden sees tapet av hennes lidenskap for idretten, som har vært en stor del av henne, når den ble hindret av skader. Også bakenforliggende tap dukker opp når hun går inn for å leve opp til morens ønsker og forventninger og gir avkall på noe som kunne vært mer i hennes interesse. Midt oppi alt frykter hun også å miste samboeren, som har vært en støtte for henne. Når interesse ikke er selvvalgt, skjer det over tid en fremmedgjøring der hun mister kontakten med egne ønsker og behov, og hun vet ikke lenger hva hun kan stole på av det som skjer av tanker og følelser inni henne. Hun gjør noen sinte opprør mot skammen og veksler mellom å falle sammen i tilbaketrukket hjelpeløshet eller komme med noen irriterte angrep mot andre når hun opplever å bli kritisert og såret.

David kommer slentrende inn i terapirommet, setter seg godt bakoverlent i stolen og legger bena i kors på en hylle under bordet mellom oss og betrakter meg. Overrasket over denne væremåten hans kjenner jeg et lite ubehag og prøver å samle meg. Han er en mann i førtiårene, smakfullt, men litt uvørent kledd. Han begynner å snakke om seg selv og sier at han egentlig ikke har så store problemer, men har fått påbud fra NAV om å gå i behandling. Han hadde startet egen bedrift og hatt suksess og tjent store penger, men det ble for sterk konkurranse, og han gikk konkurs. Han er skilt, men har hatt flere forhold etter skilsmissen.

Han hadde vokst opp i en statusjagende familie, der faren var sjefen og holdt hardhendt justis, noe sønnen strevde med å leve opp til, men tok til seg som sitt eget etter hvert. Moren var opptatt av å holde en fin fasade utad og lite i stand til å gi trøst og omsorg.

For å holde på interessen min kunne han plutselig smelle håndflaten i bordet, men smile og bagatellisere det like etterpå når han ser min reaksjon idet jeg skvetter til. Etter en tid kommer det fram, bak det lett antennelige sinne, en plutselig og for ham uforklarlig tristhet og gråt (utenfor terapirommet, som han forteller om). Han holder masken i terapirommet, og selv om han i noen glimt kan se sitt liv i perspektiv og hvordan det har blitt, er han lite interessert i å gå dypere inn i hendelser som minner ham om nederlag.

Davids tap er mindre bevisst tilgjengelige, pakket inn som de er ved at interessen er rettet mot

det bildet andre har av ham. Hans interesse er blitt defensiv ved at han fortaper seg i interessen fra andre for å pumpe opp sitt oppblåste og falske selvbilde (Johnson, 1994), og han blir sint når andre ikke viser nok interesse for ham i hans (ubevisste) forsøk på å kompensere for intoleransen for skam. Han unnviker på denne defensive måten egen sårbarhet for skam ved å kreve påfyll av andres interesse, der en smule uoppmerksomhet fra andres side, eksempelvis bare ved å se en annen vei enn det han ønsker, blir oppfattet som en nedvurdering og lynraskt kan utløse skam og sinne. De opprinnelige tapene hans fra oppveksten er i stor grad frakoblet det falske selvet han utviklet i narsissismen, men masken begynner å slå sprekker med depressive gjennombrudd når verden går imot ham (se for eksempel Berg & Lauvrak, 1997; Johnson, 1994).

Disse to terapibetraktningene kan illustrere hvordan interesse er blitt defensiv, men på motsatte måter. Vi kan, alt etter som om det er interesse eller skam som er mest dominerende, se ut fra pasientens kroppslig-afektive uttrykk (Reich, 1945) hva kroppen forteller oss om hvordan de forholder seg til disse affektene. Når det gjelder Elises depresjon, er skammen i stor grad akseptert («jeg er en dårlig person») og interessen er defensivt tapt og skrudd av. Hun faller sammen muskulært i nakken med bøyd hode og vil trekke seg tilbake og skjule seg. I Davids maligne narsissisme blir skammen totalt avvist og dekkes over av en påtatt stolthet, der han fortaper seg i interessen fra andre («se på meg som stor»). Kroppslig sees en utadrettet person som vil vise seg fram, med kraftig bygget overkropp og med stramme skuldre og nakke.

Det kroppen forteller, kan derfor gi informasjon om defensive karakterstrukturer og forholdet til ulike affekter. To modeller for en utvidet forståelse av slike affektive samspill er Skammens kKompass (Nathanson, 1992, referert i Berg, 2012) og Karen Horneyes (1950) relasjonelle modell med liknende bevegelser hennemot andre, på tvers av andre og bort fra andre.

INTERESSEN I TERAPIPROSESSEN

I etableringen av terapirelasjonen vil pasienten i møte med terapeuten oppleve det som vesensforskjellig å bli sett på som et objekt der interessen er snevret inn til et vurderende diagnostisk blikk («jeg ser etter hva som feiler deg



Det dreier seg ikke så mye om hva interessen er rettet mot av høyst varierende innhold, men om dens defensive funksjon i karakterstrukturen





Terapeuten ser derfor både på det som rent verbalt sies og det som «sies» kroppslig

for å fikse deg»), versus å bli sett på *med åpen interesse* («hvem er du i møte med meg, og hva skjer mellom oss»). Den førstnevnte tilnærmingen vil oppleves som en invadering av de sårbare områdene til pasienten, som vil gjemme seg bak en tilbaketrukket mur av skam. Den andre tilnærmingen møter pasienten med en åpen interesse som samtidig tar hensyn til at skammen i ulik grad alltid er til stede i terapi. Det muliggjør at skam eksplisitt kan tas opp som tema i terapirelasjonen.

For å kunne vende interessens defensive uttrykksformer til mer adaptive og vitale former, er det nødvendig for pasienten å stoppe opp og i terapi finne ut av hva som hindrer dette. Det dreier seg ikke så mye om hva interessen er rettet mot av høyst varierende innhold (Silvia, 2006), men om dens defensive funksjon i karakterstrukturen. Vi kan få informasjon om dette fra anamnese og det pasienten forteller, men i stor grad også nonverbalt gjennom det kroppen kan fortelle (Reich, 1945), som kan åpne for flere og mer konkrete innfallsvinkler mot kjernen av pasientens vansker (Brothers & Sletvold, 2020). Terapeuten ser derfor både på det som pasienten sier rent verbalt, og det som "sies" kroppslig. Like viktig vil det være for terapeuten å kjenne etter hva som skjer i egen kropp, med pusten og hvilke affekter, sansninger og minner som dukker opp (Sletvold, 2013).

For Elise var interessen fraværende og tristhet det mest fremtredende. Samtidig viste skammen seg både i det hun fortalte om tilkortkommenhet og tap, i måten kroppen falt sammen på, og i trangten til å ville skjule seg. Som terapeut kunne jeg kjenne noe av hennes tristhet og tap i meg selv og hva det gjorde med meg. Jeg kjente hvordan pusten min kunne gå som indikator på kontakten jeg hadde med meg selv, og empatisk kjenne affekter, tanker og minner som dukket opp hos meg. Ved å ha en konkret og kroppslig bevissthet om det som foregikk kunne jeg beholde nærheten til pasienten og samtidig avgrense mine erfaringer fra hennes overføringer. Det lille håpet hun hadde om at det skulle bli bedre, gjorde at hun møtte til timene, selv om hun til tider syntes det var nytteløst, og hun kunne bli irritert på meg og gå fra timen uten å si noe.

Tankekjøret til Elise endte alltid i blindgater. De var vanskelige å komme ut av fordi de vedlikeholdt seg selv i repeterende onde sirkler forstørret av skam og selvkritikk (hvorfor er jeg sånn, hvorfor klarer jeg det ikke?). Når skam-

men, også overfor meg som terapeut, sto i veien for og hindret interessen, måtte vi ta tak i den først for å komme videre. Den beskyttet det sårbare vonde hun kjente, og i starten håndterte vi det rent praktisk med at hun hadde et teppe rundt seg og over seg for å skjerme seg fra mitt blikk som iblant kunne bli for pinlig for henne. Jeg ville flytte fokuset bort fra grublingen til noe nytt som en mer adaptiv interesse kunne rette seg mot. Håpet var at hun i stedet for grublingen skulle begynne å kjenne etter hva som skjedde i kroppen av sansninger og affekter når hun satt slik sammensunket med teppet rundt seg, eller når vi kom inn på episoder eller situasjoner der hun husket at hun mistet interessen og skam ble fremtredende. Det var uvant for henne, men ved å låne henne min interesse, det vil si, når hun merket min interesse, kunne jeg be henne stoppe opp, hvis det var greit for henne, og spørre hva hun kjente. Hun husket for eksempel når moren kritiserte henne og med sint stemme sa hva hun i stedet skulle gjøre. Skammen dekket over noe sårbart som ikke var så lett for henne å kjenne på. Vi kunne også flytte fokuset over til noe mindre intenst og affektladet: en ansenthet i en skulder, en klump i magen eller kløen på venstre øyelokk og gjøre dette ved bruk av mindfulness gjennom inngående kroppssansninger (Hjelland, 2012). Poenget var at hun da kunne holde på en adaptiv interesse knyttet til noe mindre emosjonelt ladet. Dette kunne vise seg å ha en betydning som der og da ikke var bevisst for henne, men som kroppen kunne begynne å fortelle og lede oss inn på. Jeg kunne undre meg overfor henne over hva det hadde å si for henne, eller spørre hvordan det var å være tilstede i kroppen på en kravløs måte uten noe direkte mål. Det var nytt for henne med den usikkerheten det førte med seg, men også noe spennende som hun ble nysgjerrig på. Hun kunne med andre ord gjennom adaptiv interesse begynne å få en ny og mer vitaliserende relasjon til seg selv, og vi nærmet oss hennes måter å forholde seg til affekter, og særlig skam, på gjennom bruk av affektbevissthetsintervju (Monsen & Monsen, 2000). Med gradvis økt affektbevissthet og affekttoleranse kunne hun forholde seg til skammen som kroppslig affekt på nye måter som for henne ble nyttige korrektive emosjonelle erfaringer (Alexander & French, 1946). Med fornyet interesse og en bedre evne til å håndtere skammen engasjerte hun seg mer i å forstå tapene av interesse.

Skammen i depresjonen hadde nesten tatt fra henne lysten, og nesten lysten til å ville leve også. Og hun forsøkte nå å akseptere sinnet og sorgen til at det ble slik. Rasjonelt kunne hun forstå hvordan hun hadde latt egne ønsker og behov vike for morens interesser i så stor grad at hun mistet seg selv og ble fremmed for egne behov og ønsker. Hun kunne øyne noe hun selv hadde lyst til å gjøre videre, noe hun selv ville studere. Det så etter hvert lettere ut for henne, samboeren holdt ut, og hun fikk gradvis mer kontakt med sin egen adaptive, vitale interesse og ble mer selvstendig og uavhengig av interesse og mål pådyttet henne utenfra.

For David er interessen fortapt i en egeninteresse som kretser omkring andres bilde av ham og andres nytteverdi for ham. Den var blitt egoistisk. Hans her-kommer-jeg-karakter signaliserte en kroppslig og mental holdning til en som vil gjøre seg større enn dem han møter. Det store tapet for ham er tapet av relasjonen til seg selv (kjerneselve), som holdes på avstand siden det er forurenset av skam. Det er erstattet av det falske selvet styrt av affektive strukturer (script) som skal rense bort all skam. Han mangler genuin omsorg og kjærlighet til seg selv og tar skamløst fra andre det han ikke har fått som barn. Hvis han ikke får nok av det, kan han bruke aggresjon, noe jeg merket i terapien, og jeg kunne kjenne frykt og skam i egen kropp over å bli behandlet på en slik måte. Da var det god hjelp i å kunne vende tilbake til meg selv og samle meg i egen kropp og forholde meg til den for ikke å bli «vippet av pinnen». Dette er selvsagt ikke alltid like lett, og i løpet av terapiprosessen støtte vi på vansker både ved at terapirelasjonen ikke ble trygt nok etablert, og vansker med hva vi kunne nærme oss av skambelagte livsområder. Noe av sårheten som skyldtes savn av nærhet i oppveksten, kunne belyses, men gled unna når vi gikk videre med det. Det ble et maktspill om hva vi kunne rette adaptiv interesse mot. Han kunne begynne å kommentere meg som terapeut, hvordan han syntes jeg var og lignende angrep og avsporinger. Etter en tid var det ikke noe poeng i å fortsette terapien, siden det ikke ble mulig å gå dypere inn på affektene knyttet til hans tap, og terapien ble derfor avsluttet.

NOEN ETTERTANKER

Teksten er et forsøk på å se nærmere på hvordan interesse kan havne på avveie i utviklingen og defensivt lede til psykiske lidelser, og hvor-

dan dette kan komme til syne i terapi knyttet til depresjon og narsissisme, to lidelser vi i økende grad ser i samtiden. For i tillegg til den enkeltes forhold til defensiv interesse som vi har sett på her, vil mange kjenne seg fremmedgjorte i en verden der interessen så lett fragmenteres eller blir tapt og fanget inn av andres interesse. Det er blitt vanskelig å samle oss i oss selv, og det kan lede oss inn i tap av interesse i depresjoner eller i en egositisk retning i narsissisme der en fortaper seg i andres interesse for en selv... For å komme ut av fastlåst defensiv interesse og gjenopprette forholdet til oss selv og andre er det derfor nødvendig å ha kontakt med kroppen der affektene befinner seg. Gjennom adaptiv interesse rettet mot det som skjer i kroppen, kan defensive karakterstrukturer bevisstgjøres, og i terapi forhåpentlig hjelpe oss tilbake til oss selv og føre livet vårt inn i vitale og berikende baner. ✕

REFERANSER

- Alexander, F. & French, T. M. (1946). *Psychoanalytic therapy*. New York: Ronald Press.
- Beebe, B. & Lachman, F. M. (2002). *Infant Research and Adult Treatment*. New York: The Analytic Press.
- Berg, G. (2012). Skammens kompass. Fire retninger i en skamproduserende tid. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 49, 360–364.
- Berg, G. & Lauvrak, N. P. (1997). *Narsissisme, skammens maske: En analyse av skamfølelsens rolle i narsissistisk psykopatologi sett i lys av Tomkins scriptteori* [Hovedoppgave]. Universitetet i Bergen.
- Brothers, D. & Sletvold, J. (2020). *Talking Bodies*. Internettbasert workshop.
- Hjelland, S. (2012). Mindfulness gjennom inngående kroppssansning. I M. Børstad & J. Sletvold (red.), *Karakteranalytiske dialoger: Kropp og relasjon i psykoterapi II*. Oslo: Kolofon Forlag.
- Horney, K. (1950). *Vore indre konflikter*. København: Norton.
- Johnson, S. M. (1994). *Character Styles*. New York: Norton.
- Kohut, H. (1977). *The Restoration of the Self*. New York: International Universities Press.
- McCullough Vaillant, L. (1997). *Changing Character*. New York: Basic Books.
- Monsen, J. & Monsen, K. (2000). Affekter og affektbevissthet: Et bidrag til integrerende psykoterapimodell. I A. Holte, G. H. Nielsen & M. H. Rønnestad (red.), *Psykokoterapi og psykoterapiveiledning: Teori, empiri, praksis*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Nathanson, D. L. (1992). *Shame and Pride: Affect, Sex, and the Birth of Self*. New York: Norton.
- Reich, W. (1945). *Character analysis*. New York: Farrar, Straus and Giroux.
- Sapolsky, R. M. (2003). *Varför sebror inte får magsår*. Stockholm: Natur och Kultur.
- Silvia, P. J. (2006). *Exploring the Psychology of Interest*. New York: Oxford University Press.
- Sletvold, J. (2013). «Sier du det» – et karakteranalytisk perspektiv på emosjoner i psykoterapi. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 50, 795–801.
- Stern, D. N. (2010). *Vitalitetsformer*. København: Hans Reitzels Forlag.
- Tomkins, S. S. (1963). *Affect, imagery, consciousness, Vol. I: The positive affects & Vol 2: The negative affects*. New York: Springer.

Selvmordsvurdering i akutteneheter: Hva mister vi i farten?

En grundig gjennomgang av fem journaler der pasienten hadde tatt sitt liv under innleggelse i akutteneheter, avdekket funn som kan være relevante for klinisk praksis og det pågående revisjonsarbeidet av nasjonale retningslinjer for selvmordsforebygging.

TEKST Anne-Jorunn Hornnes og Tore Buer Christensen

KONTAKT
Anne-Jorunn.Hornnes
@sshf.no

DET PÅGÅR EN debatt om hvordan man skal forstå og forebygge selvmord (Hagen et al., 2021), og her er utvilsomt spesialisthelsetjenesten innen rus og psykiatri en helt sentral arena for forebyggende tiltak. En studie fra Agder (Haaland et al., 2017) viste at to av tre mennesker som tok livet sitt i tiden 2004 til 2014, hadde vært i kontakt med spesialisthelsetjenesten. De foreliggende retningslinjer for selvmordsforebyggende arbeid (Helsedirektoratet, 2009) beskriver kartlegging og vurdering av selvmordsfare som en kjerneoppgave innen psykisk helsevern, med tydelige virksomhetskrav til hvordan det skal gjøres. Retningslinjene har vært kritisert for å legge for stor vekt på statistiske risikofaktorer, og et bredere faktagrunnlag er anbefalt når retningslinjene nå revideres (Walby, 2018).

Å utvikle forskningsbasert kunnskap om selvmord er vanskelig fordi selvmord er sjeldne hendelser. I 2020 tok 639 mennesker i Norge livet sitt, hvilket er på linje med gjennomsnittet for de siste tre årene. En har ofte begrensede opplysninger om omstendigheter omkring det enkelte selvmord, også om pasienter som tar livet sitt under behandling i psykisk helsevern. Selvmord under innleggelse i akuttene-

heter utgjør som regel et unntak. Pasientene har vært under tett oppfølging, og omfattende journaldokumentasjon er gjerne tilgjengelig. Gjennomganger av disse hendelsene kan derfor representere en viktig kilde til ny kunnskap. Artikkelen, som er skrevet av to klinikere med solid forankring i klinisk praksis, er basert på en grundig gjennomgang av selvmord i akutteneheter og uttrykker våre refleksjoner i den forbindelse. Vi mener dette gir et viktig kunnskapstilfang til praksis og til debatten som vi antar vil følge av revisjonsforslaget til de nasjonale retningslinjene for selvmordsforebygging.

Sørlandet sykehus HF har siden 2007 ført register over alle suicid i hele Klinikk for psykisk helse og rusbehandling. I perioden 2007–2018 var det registrert 135 selvmord begått av mennesker som hadde hatt status som pasient i klinikken. Av disse skjedde 15 under innleggelse i psykiatrisk avdeling, og fem av disse i løpet av innleggelse i en av fire akutteneheter i Arendal og Kristiansand. Gjennomgangen handler om disse fem selvmordene. Vi tok utgangspunkt i klinikkens register og tilbakemeldinger fra klinikkens eget kvalitetsråd og eksterne tilsynsorganer. Det ble etablert en gruppe som besto av en psykologspesialist og

en overlege (forfatterne), samt en lege i spesialisering. Hvert medlem av gruppen leste hele journalen til hvert kasus, både behandler- og sykepleiedokumentasjon, fra første kontakt med tjenesten og frem til avsluttet etterarbeid. I etterpåklokskapens lys, og basert på egne kliniske erfaringer og kunnskap, nedtegnet hvert medlem av gruppen sine refleksjoner. Spesielt var vi oppmerksom på forhold som ikke var helt i tråd med særlig god journalpraksis eller pasienthåndtering. Disse ble drøftet i felles møte, hvorefter det ble skrevet en oppsummering knyttet til hvert selvmord. Til slutt ble tilbakemeldinger fra klinikkens kvalitetsråd og tilsynsmyndigheter gjennomgått og sammenholdt med egne funn og refleksjoner. Summen av dette arbeidet ligger til grunn for artikkelen.

HVA VI FANT

Gjennomgangen gav grunnlag for fem refleksjoner om henholdsvis manglende identifisering av psykotisk depresjon, fokus på ansvarliggjøring fremfor beskyttelse, kunnskapslekkasje og vektlegging av statistiske risikofaktorer og risikodempende samtale og tilbakemeldinger fra tilsynsorganer. Felles for alle journalene var mangel på systematikk i både utredning, diagnostisering, behandling og evaluering av iverksatte tiltak. Det er snakk om til dels omfattende mangler som vi mener gir «følgefeil» inn i suicidrisikovurderingene. Manglene i systematikk er velkjente og gjenstand for det øvrige kvalitetsarbeidet som til enhver tid foregår i klinikken. De blir derfor ikke omtalt videre.

PSYKOTISK DEPRESJON

I vår journalgjennomgang fant vi at det var beskrevet symptomer på psykotisk depresjon som dels ikke var avdekket, ikke tilstrekkelig

tatt tak i, eller som var beskrevet, men oppfattet som en annen tilstand. Psykotisk depresjon representerer en betydelig risiko for selvmord, og det er avgjørende at denne potensielt livstruende tilstanden blir oppdaget og behandlet, og at den møtes med adekvate sikkerhetstiltak (Ness et al., 2020). En av årsakene til at psykotisk depresjon er vanskelig å avdekke, er at mange av pasientene har atypiske symptomer: I stedet for å fremstå nedstemt og motorisk retardert er pasienten rastløs og angstfull, ofte plaget med uttalt ambivalens. Psykotiske depresjoner oppstår som regel relativt akutt, og ofte hos en pasient som kort tid forut var velfungerende og velbefinnende. Vi fant her, hvilket er i tråd med egne kliniske erfaringer, at pårørende kan rapportere om plutselig og raskt innsettende endringer i pasientens atferd og uttrykk. Angsten og den generelle agitasjonen er det mest iøynefallende ved psykotisk depresjon, og pasienten vil ofte beskrive angsten som global, intens og uutholdelig. Hverken pasient eller pårørende bruker nødvendigvis termen «depresjon» om tilstanden, men vektlegger heller angstkomponenten i tilstandsbildet. Slik Fredriksen et al. (2017) demonstrerte i sin studie, kan selvmordet retrospekt sees som resultatet av å føle seg drevet, fanget eller jaktet på mer enn direkte tanker og planer om selvmord. Dette betyr at pasienter med psykotisk depresjon ikke nødvendigvis formidler noe ønske om å dø når man forsøker å avdekke dette med direkte spørsmål. Vår erfaring tilsier at psykotisk depresjon kan være vanskelig å avdekke, og at det stilles krav til grundighet og systematikk i diagnostikk og behandling, så vel som til terapeutisk kompetanse. Det er i tråd med et øvrig inntrykk hos forfatterne: at kunnskap om psykotisk depresjon ikke er tilstrekkelig implementert i mange kliniske miljøer, til tross for at temaet er omhandlet i flere artikler de siste årene (f.eks. Fredriksen et al., 2017; Mork et al., 2015; Ness et al., 2020).

ANSVARLIGGJØRING OG BESKYTTELSE

Vår gjennomgang antydte at terapeuter kan oppleve en konflikt mellom en mer langsiktig holdning om at ansvarliggjøring er å anse som terapeutisk, og samtidig et mer kortsiktig behov for beskyttelse mot suicidale impulser eller intensjoner. Vi tror dette er en gjenkjennelig situasjon, som spesielt kan aktualiseres hos pasienter som tidligere er diagnostisert med



Felles for alle journalene var mangel på systematikk i både utredning, diagnostisering, behandling og evaluering av iverksatte tiltak



en personlighetsforstyrrelse, eller der dette mistenkes. Vi finner her grunn til å minne om at depresjon med alvorlig suicidalfare ikke er uvanlig ved samtidig personlighetsforstyrrelse. Vi er bekymret for at en pasient der det mistenkes en personlighetsforstyrrelse, og som eksempelvis rapporterer imperativ hørselshalusinose, hyppigere vil bli møtt med et fokus på ansvarliggjøring. Vi vil minne om at beskyttelsestiltak som intervallobservasjon eller kontinuerlig observasjon er beskyttelsestiltak som alltid skal trumfe det man tenker på som terapeutisk på lengre sikt – og således ikke er å anse som kontraindisert.

KUNNSKAPSLEKKASJE

Gjennomgangen av de fem journalene viste at de gjennomgående fulgte et strukturert oppsett som kvalifiserer til interne retningslinjer og prosedyrer for selvmordsrisikovurdering. Dette kan ansees som positivt og gjenspeiler antagelig et systematisk arbeid med implementering av gjeldende nasjonale retningslinjer. Samtidig preges journalene av gjentakelser basert på gjentatt innhenting av opplysninger uten at man går i dybden og avdekker mer underliggende dynamiske faktorer. Dette reflekterer kanskje en faglig dreining fra en opptatt av dynamiske variabler til en vektlegging av statistiske variabler i forsøket på å predikere risiko for suicid. Ved vår journalgjennomgang registrerte vi også tilfeller der tidligere suicidalforsøk, gjerne flere år tilbake, ikke var dokumentert i nyere risikovurderinger. Denne kunnskapslekkasjen, der svært viktige statistiske risikofaktorer «glipper», tenker vi kan sees som et uttrykk for tidsnød der man ikke har nødvendig tid til å lese tidligere journal.

NÅR SKAL MAN SNAKKE MED PASIENTEN?

Vi så at pasienten, på reisen gjennom hjelpeapparatet fra allmennpraktiserende lege via ambulante akutt-team til innleggelse og spesialistvurdering påfølgende dag, ble tappet for samme informasjon i alle instansene. Vi frykter at dette kan forsterke en opplevelse av håpløshet hos pasienten, som ankommer spesialisthelsetjenesten med en fastlåst tankegang med behov for å få ventilert tanker og drøfte bekymringene sine. Å imøtekomme dette behovet nødvendiggjør økt bevissthet på *når* den risikodempende samtalen skal finne sted, og *hva* som helt konkret utgjør en terapeutisk risikodem-



Vår erfaring tilsier at psykotisk depresjon kan være vanskelig å avdekke, og at det stilles krav til grundighet og systematikk i diagnostikk og behandling, så vel som til terapeutisk kompetanse

pende samtale. Vi tenker at 2008-retningslinjene inneholder kondensert og god kunnskap om hvordan man skal avdekke selvmordsrisiko. De sier imidlertid lite om de virksomme terapeutiske intervensjonene som kreves der og da for å dempe risiko, gi lindring og håp om endring. Vi lurte også på om retningslinjene virker inn i praksis på en annen måte enn tenkt. For eksempel ser vi hvordan malen for selvmordsrisikovurderingen mer eller mindre er klippet ut av retningslinjene og limt inn som rådende prosedyre for virksomheten. Vi mener denne praksisen har fått for stor innvirkning på det viktige møtet mellom pasienten og fagpersonen. Fagpersonen beveger seg systematisk gjennom punkt for punkt i malen og oppfyller prosedyren, men malen forhindrer eller demper effekten av selve møtet, selve forbindelsen mellom terapeut og pasient, som i seg selv bærer i seg så mange muligheter for risikodempning.

TILBAKEMELDINGER ETTER SELVMORDET

Selv mord medfører varsel i interne avvik- og kvalitetssystem og til tilsynsmyndigheter. Som redegjort for innledningsvis fikk vi, i tillegg til de gjeldende journaler, tilgang til dokumentert etterarbeid i klinikkens fagutvalg og kvalitetsråd, samt fra Statsforvalteren og Helsetilsynet der dette var aktuelt. Da vi gikk gjennom denne dokumentasjonen, var vi spesielt interessert i å se om vi i gjenfant våre egne funn fra journalgjennomgangene. Vi fant at få av våre egne funn var tematisert i tilbakemeldinger, hverken i internt kvalitetsråd eller hos Statsforvalteren og Helsetilsynet. Forklaringene på dette er flere, men primært synes vår erfaring å være at jour-

nalgrunnlaget for etterprøvingen i den enkelte sak gjerne er begrenset til den siste delen av behandlingsforløpet, oftest kun den aktuelle innleggelsen. Det er også vår oppfatning at en ved etterprøvingen fokuserer mer på å avdekke om krav til forsvarlighet er oppfylt enn på selve innholdet i de vurderingene som er gjort fra klinikernes side. Dette begrenser muligheten for å oppdage relevante læringspunkter knyttet til den enkelte sak, og reduserer derved muligheten til forbedring av klinisk praksis. En forutsetning for forbedring av praksis er imidlertid at det eksisterer gode rutiner som sikrer at lærdommen tilfaller det kliniske miljøet. Vi fant lite dokumentasjon av at en hadde sikret seg slike tilbakemeldinger.

AVSLUTTENDE REFLEKSJONER

Gjennom flere år har man ved vår virksomhet nedlagt en betydelig innsats i å etablere gode rutiner og retningslinjer for arbeidet med selvmordstruede pasienter. Vår erfaring er at arbeidet langt på vei har vært vellykket, i den forstand at man sjeldnere unnlater å gjøre vurderinger av risiko når dette finnes indisert. Adekvate tiltak forutsetter imidlertid også et grundig klinisk arbeid, hvilket kan oppleves utfordrende i en virksomhet med knapphet på

tid og ressurser. I teksten har vi blant annet pekt på nødvendigheten av å sette seg grundig inn i pasientens sykehistorie, og behovet for oppdatert kunnskap om helt sentrale kliniske tilstander som depressiv psykose og personlighetsforstyrrelser. En god risikovurdering forutsetter at man vet hva slags tilstand som medfører risiko, og hvilken behandling som kan redusere risiko. Selv om ansvaret for utøvelse av den kliniske virksomhet ligger hos den enkelte kliniker, er det virksomhetens ansvar å bidra til tilstrekkelige rammer for forsvarlig utøvelse. Det er neppe tilstrekkelig med grundig opplæring og implementering av gode rutiner om den enkelte kliniker ikke har tilstrekkelig tid til faglig oppdatering eller tilgang til å konferere med kollegaer når man er usikker. De eksisterende retningslinjene har trolig fungert etter hensikten hva gjelder implementering av rutiner. En revidert utgave bør kanskje også bidra til implementering av kunnskap om sentrale, risikorelaterte kliniske tilstander eksemplifisert ved depressiv psykose, samt personlighetsforstyrrelser som komorbid tilstand. Vi mener også at det bør være et tydeligere fokus på den terapeutiske, selvmordsforebyggende samtalen i en revidert utgave av retningslinjene. ✕

REFERANSER

- Fredriksen, K. J., Schoeyen, H. K., Johannessen, J. O., Walby, F. A., Davidson, L. & Schaufel, M. A. (2017). Psychotic Depression and Suicidal Behavior. *Psychiatry*, 80(1), 17–29. <https://doi.org/10.1080/00332747.2016.1208002>
- Hagen, J., Espeland, K., Hjelmeland, H. & Knizek, B. L. (2021). Kan vi ha en reell debatt om selvmordsforebygging i Norge? *Tidsskrift for Den norske legeforening*.
- Helsedirektoratet. (2009). *Nasjonale retningslinjer for diagnostisering og behandling av voksne med depresjon i primær- og spesialisthelsetjenesten*.
- Haaland, V. Ø., Bjørkholt, M., Freuchen, A., Ness, E. & Walby, F. A. (2017). Selvmord, psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling i Agder 2004–13. *Tidsskrift for Den norske legeforening*;137(18);doi: 10.4045/tidsskr.16.0503...
- Mork, E., Mehlum, L. & Walby, F. A. (2015). Selvmord ved depresjon med psykotiske symptomer og bipolar lidelse: forekomst, risikofaktorer og nevrobiologiske forhold. *Suicidologi*, 14(2).
- Ness, E., Skotte, J. R., Christensen, T. B. & Andresen, J. F. (2020). Kan vi redde flere liv? *Tidsskrift for Den norske legeforening*; 140(8); doi: 10.4045/tidsskr.19.0804.
- Walby, F. A. (2018). Hvorfor bør Nasjonale retningslinjer for selvmordsforebygging i Psykisk helsevern revideres nå? *Suicidologi*, 23(3).

ORIGINALARTIKKEL

TIDSSKRIFT FOR NORSK PSYKOLOGFORENING 2022 VOL. 59 NR. 02 S. 120-128 DOI: <https://doi.org/10.52734/T429j596>

Ledelse mellom sterke ideologier og lillebrorkomplekser: En eksplorerende studie i tverrfaglig spesialisert rusbehandling

Margrethe Aaen Erlandsen¹, Hilde Elise Lytomt Harwiss¹, Steinar Bjartveit^{2,3}, Espen Ajo Arnevik^{1,4}

¹ Nasjonal kompetansetjeneste TSB, Avdeling rus- og avhengighetsbehandling, Klinikk psykisk helse og avhengighet, Oslo universitetssykehus HF
² Handelshøyskolen BI, Institutt for kommunikasjon og kultur
³ Keiron AS
⁴ RusForsk, Avdeling forskning og innovasjon, Klinikk psykisk helse og avhengighet, Oslo universitetssykehus HF

KONTAKT

maael@ous-hf.no

MERKNAD

Forfatterne oppgir ingen interessekonflikter

FAGFELLEVDERT

Sammendrag

Bakgrunn: Rusbehandling har en lang tradisjon i Norge, men ble en del av spesialisthelsetjenesten først i 2004. Endringen førte til nye krav og utfordringer med hensyn til ledelse. For å utvikle fagområdet videre er det viktig å forstå hvordan tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) oppleves i dag sett fra et lederperspektiv, og hvordan lederrollen oppleves. Dette var hensikten med studien.

Materiale og metode: I perioden 2017-2020 ble 28 nettverksgrupper med totalt 104 ledere fra TSB som arbeidet med lederutvikling, undersøkt. Studien er basert på tre fokusgruppeintervjuer med mentorene for nettverksgruppene. Intervjuene ble analysert gjennom systematisk tekstkondensering.

Resultater: Analysen resulterte i fire hovedkategorier - «lillebrorkomplekset», «verdier i TSB», «pragmatisk ledelse» og «det subjektive lederskap».

Fortolkning: Analysene viser at uformelle makthierarkier, ideologi og forventninger om tverrfaglighet i alle beslutninger gir grobunn for en flat struktur og utydelig ledelse. Funnene viser tydelig at det er behov for tiltak som styrker anerkjennelsen av TSB som eget fagfelt og utvikler lederrollen.

Nøkkelord: TSB, rus og avhengighet, helse, ledelse, lederutvikling

Tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) er et forholdsvis nytt fagfelt i spesialisthelsetjenesten. Fagfeltet har utviklet seg mye siden opprettelsen i 2004, men synes på mange måter å ha gått under radaren for mange forskere – til fordel for oppmerksomhet på somatikk og psykisk helsevern. Vi har ikke funnet litteratur eller forskning som spesielt tar for seg ledelse i TSB, og denne studien er trolig den første som ser på denne spesifikke ledergruppen.

God ledelse er viktig for trygg og effektiv drift og utvikling av et fagfelt (Yukl, 2012). Tydelig faglig lederskap er spesielt viktig innenfor et fagfelt i stadig endring og omstilling, og hvor rus- og avhengighetslidelser fortsatt er skam- og tabubelagt. Nasjonale faglige retningslinjer stiller krav til kunnskapsbasert praksis, og mange ledere utfordres når det gjelder implementering og omstilling.

Nasjonal kompetansetjeneste TSB etablerte i 2017 et nasjonalt nettverk for TSB-ledere. Som en del av TSB-ledernetverket ble man tilbudt deltakelse i nettverksgrupper under ledelse av en mentor. For å utvikle fagområdet videre er det viktig å forstå hvordan TSB oppleves i dag sett fra et lederperspektiv, og hvordan lederrollen oppleves. Det ble derfor opprettet et forskningsprosjekt som skulle følge nettverksgruppene over tre år. Forskningsspørsmålet for denne studien var: Hvilke temaer er TSB-ledere opptatt av, og hvilke av disse er særegne for TSB?

Alle forfatterne av denne artikkelen har vært delaktige i etableringen av TSB-ledernetverket og forskningsprosjektet, som prosjektledere, forskningsleder og lederutvikler.

Historisk kontekst

Rusbehandling i Norge har lange tradisjoner og er preget av idealisme. Idealister med en grønn, rød eller religiøs ideologi har vært, og er fortsatt, sentrale i etablering og drift av mange rusbehandlingstilbud (Fekjær, 2009). Avholdsbevegelsen og kristne organisasjoner hadde en sterk rolle i etableringen av en rekke behandlingstilbud, særlig for mennesker med alkoholproblemer. Disse kurstedene bygde i stor grad på erfaring, sunn fornuft og menneskelige relasjoner. Da unge mennesker på 60-tallet begynte å bruke narkotika, ble det etablert behandlingskollektiver, terapeutiske samfunn, psykiatriske ungdomsteam og avrusningsinstitusjoner. De ble drevet av idealister som var motivert av solidaritet og samfunnsansvar. Utover 80-tallet fokuserte man mer på korttidsopphold og poliklinisk behandling. Samtidig økte profesjonaliseringen ved at behandlingsstedene fikk flere fagutdannede medarbeidere, særlig psykologer og sosionomer. I 1991 vedtok Stortinget

sosialtjenesteloven, hvor rusbehandling ble en del av sosialtjenesten.

Lederrollen i de forskjellige tilbudene var svært ulike. Den ble i stor grad formet av tilbudet og varierte fra å være sterkt hierarkisk med vekt på drift til å være mer delaktig i fellesskapet med pasienter og kollegaer. Da man begynte å opprette avrusningsinstitusjoner og substitusjonsbehandling fikk også den medisinske delen av behandlingen en tydeligere plass i tilbudene, og ledere fikk personalansvar for flere faggrupper (leger og sykepleiere) og ansvar for krav til medisinsk forsvarlighet i tjenestene.

Med sykehusreformen i 2003 (Ot.prp. nr. 66, 2000–2001) ble det fylkeskommunale ansvaret for sykehusebene overført til staten, og de regionale helseforetakene ble opprettet. I forlengelsen av dette oppsto en diskusjon om hvorvidt ansvaret for den fylkeskommunale delen av rusbehandling også burde overføres til staten, for på den måten å overføre ansvaret for å drive rusbehandling fra sosialsektoren til helsesektoren. Diskusjonen ble drevet frem blant annet ved at legeföreningen dokumenterte de omfattende helseplagene til mennesker med alvorlige rusmiddelmidler (Den norske lægeförening, 2006). Motstanden fra sosialfaglig personell var stor. Kritikken baserte seg blant annet på en bekymring for et ensidig fokus på den biologiske forståelsesmodellen, og at den psykososiale behandlingen skulle bli borte med for stor vekt på medikamentell behandling (Jansen, 2006).

I 2004 ble ansvaret for den fylkeskommunale delen av rusbehandling overført til de regionale helseforetakene. TSB ble etablert som eget fagområde innenfor spesialisthelsetjenesten (Ot.prp. nr. 3, 2002–2003; Ot.prp. nr. 54, 2002–2003). Hensikten var å gi spesialisthelsetjenesten større ansvar for behandlingen av rusmiddelavhengige, samtidig som den sosialfaglige behandlingen skulle inkluderes. Dette var i tråd med vår tids forståelse av rusavhengighet som ikke bare en sykdom, men et samspill mellom medisinske, psykologiske, sosiale, juridiske og samfunnmessige forhold (Bramness, 2018). Behandlingen skulle ha lik kvalitet over hele landet, og rusmiddelavhengige fikk pasientrettigheter på lik linje med andre pasientgrupper.

Spesialisthelsetjenesten består i dag av tre likestilte fagområder med de samme kvalitetsmessige kravene – somatikk, psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB). TSB skiller seg fra den øvrige spesialisthelsetjenesten ved at ikke bare fastleger/leger, men også kommunale tjenester som sosialtjeneste/NAV kan henvise til behandling (Rolag et al., 2020), og ved et juridisk krav om tverrfaglighet. Kravet innebærer at vurdering, utredning og behandling skal ivaretas i et samarbeid mellom per-

sonell med både medisinsk, psykologisk og sosialfaglig kompetanse. TSB omfatter tjenester som leveres i et samarbeid mellom offentlige helseforetak, private institusjoner som har driftsavtale med de regionale helseforetakene, og private virksomheter som er godkjent av Helfo (fritt behandlingsvalg-leverandører).

Overgangen til å bli en del av spesialisthelsetjenesten innebar nye juridiske, økonomiske og faglige rammer for behandlingstilbudet og ledelsen av det.

Teoretisk fundament

Som et nytt fagfelt i spesialisthelsetjenesten er det interessant å analysere lederens perspektiv og opplevelse av lederrollen og se om de som gruppe fremstår som særegne i uttrykk eller i innhold. Når vi skal forstå TSB-ledere, kan sosial identitetsteori være et nyttig teoretisk fundament. En gruppe med sterk sosial identitet vil være både *synlig* og *verdimelessig* konsistent, noe som vil være positivt både for motivasjon og prestasjoner (Haslam, 2004; Haslam et al., 2020).

Sosial identitetsteori peker på at ledere som er prototypiske for gruppens sosiale identitet, fremstår som sterke ledere (Haslam, 2004; Haslam et al., 2020). Med rusbehandlingens lange tradisjoner, preget av sterk idealisme, og dagens krav til spesialisthelsetjenester er det interessant å se på TSB-ledelse i skjæringspunktet mellom ideologisk og pragmatisk lederstil. Ideologiske ledere søker følgere som har samme verdsett og mål som dem selv, noe som ofte fremmer delt lederskap og fremveksten av mange uformelle ledere (Mumford et al., 2008). Med en pragmatisk lederstil (Mumford, 2006) blir imidlertid mål mer avhengig av kontekst – hva som faktisk er mulig å få til ut fra tilgjengelige ressurser og medarbeideres kompetanse.

De fleste sykehusledere er klinikere som kombinerer en faglig kompetanse med ledelseskrav. Slik balanserer de eksempelvis mellom krav om økonomisk effektivitet og faglige verdier, kunnskap og holdninger (Byrkjeflot & Jespersen, 2014).

Ut fra et slikt historisk og teoretisk bakteppe vokser TSB frem på ulike måter, ledet av personer og strukturer som former fagutøvelsen. For å utvikle fagområdet videre er det viktig å forstå hvordan TSB oppleves i dag sett fra et lederperspektiv, og hvordan lederrollen oppleves. Vi ønsket derfor å identifisere temaer TSB-ledere er opptatt av, og som er viktige å arbeide med.

Materiale og metode

Studien er basert på kvalitativt forskningsintervju med eksplorerende og deskriptivt design.

Deltakerne ble rekruttert ved at TSB-ledere i hele landet fikk invitasjon til å delta i en nettverksgruppe. Prosjektleder delte de påmeldte inn i grupper på fem til syv personer, der man vektla kriteriet om mest mulig spredning med hensyn til geografi og ledernivå (se tabell 1).

Mentorene ble strategisk utvalgt basert på erfaring, omdømme og muntlig anbefaling av minst to andre TSB-ledere. De forespurte fikk informasjon om mentorordningen, obligatoriske samlinger og forskningsopplegget før de takket ja til å delta. Det var ingen som takket nei på grunn av studien.

Tre kull med henholdsvis elleve, åtte og ni grupper, ledet av hver sin mentor, har fullført sine perioder. Totalt ble det opprettet 28 grupper med til sammen 104 nettverksgruppedeltakere og 19 mentorer. Blant nettverksgruppedeltakerne var 23 prosent kvinner og 77 prosent menn (87 av 104 deltakere besvarte spørreskjema som kartla demografisk spredning). Alderen var gjennomsnittlig 47 år, og deltakerne hadde gjennomsnittlig ni års ledererfaring, hvorav gjennomsnittlig seks år i TSB. Av yrkesbakgrunner var to prosent leger, ni prosent psykologer, 41 prosent sosialfaglige, 28 prosent sykepleiere, syv prosent vernepleiere og 13 prosent «annet». 42.5 prosent kom fra offentlig sektor og 57.5 prosent fra privat sektor.

Nettverksgruppene skulle møtes to ganger på en lederkonferanse, og deretter til heldagsmøter tre ganger i løpet av en periode på omtrent ni måneder. Tilnærmingen til lederutviklingen var basert på bruk av historie, filosofi og kunst, sammen med akademiske lederteorier og refleksjon over egen praksis. De tre kullene med nettverksgrupper har jobbet sammen om konkrete endringsmål innenfor tre ulike konsepter. Konseptet for første kull bygde på historien om Napoleon og utvikling av pragmatisk lederskap – stra-

Tabell 1
Demografiske kjennetegn på mentorene (N=19)

Variabel	Fordelinger
Kjønn	M: 5 (26 %) K: 14 (74 %)
Alder	Gjennomsnitt: 53
Antall år som leder i TSB	Gjennomsnitt: 14
Antall år som leder totalt	Gjennomsnitt: 18
Fagbakgrunn	Lege: 0 (0 %) Psykolog: 5 (26 %) Sosialfaglig: 7 (37 %) Sykepleier: 5 (26 %) Annet: 2 (11 %)
Sektor	Offentlig (HF): 12 (63 %) Privat: 7 (37 %)

tegisk, administrativt og operativt (Mumford, 2006; Myklemyr, 2019). Konseptet for andre kull bygde på systemteori og systemers tendens til første ordens læring – organisasjoners tendens til å gjendanne seg – og utvikling av endringsledelse (Bråten, 1981). Tredje kull bygde på transformasjonell ledelse og konseptet om «kongstanken», og utvikling av egen ledergjærning (Bass, 1985; Bjartveit & Eikeset, 2020). Det ble undervist om aktuelle konsept på lederkonferansen som en oppstart av hvert kull, og det ble utviklet hjelpemateriell til bruk i gjennomføring av nettverksgruppemøtene. Slik fikk både mentorer og deltakere et felles teoretisk utgangspunkt for diskusjoner i nettverksgruppene.

Datainnsamling og analyse

Studien bygger på tre fokusgruppeintervjuer med mentorene fra alle gruppene som informanter. Intervjuene fant sted etter endt periode for hver av nettverksgruppene – henholdsvis våren 2018, 2019 og 2020. Etter hvert nettverksgruppemøte fikk mentor i oppgave å skrive ned hvilke fem temaer som opptok deltakerne og fikk mest oppmerksomhet. Alle temaer ble innsamlet av førsteforfatter, og deretter grovt gruppert i en liste som ble brukt som utgangspunkt for fokusgruppeintervjuene. De to første fokusgruppeintervjuene foregikk fysisk, mens i 2020 ble intervjuet foretatt på digitalt møterom.

Sisteforfatter gjennomførte fokusgruppeintervjuene, som hadde en varighet på 45–60 minutter. Intervjuene tok form som relativt åpne og utforskende, der mentorene fikk anledning til å kommentere listen og utdype temaer som hadde vært av spesiell interesse for deres nettverksgrupper. Mentorene fikk også spørsmål om hvorvidt noen av temaene opplevdes som spesifikke for ledelse i TSB kontra ledelse i andre sektorer.

Intervjuene ble tatt opp og transkribert i etterkant. Vi benyttet systematisk tekstkondensering av transkripsjonene (Malterud, 2012). Analysen ble utført av førsteforfatter, andreforfatter og sisteforfatter i følgende analysetrinn:

1. Alle leste intervjuene for å få et generelt inntrykk og finne hovedtemaer, der beskrivelse av TSB-ledelse og TSB som fagfelt ble viet spesiell oppmerksomhet.
2. Vi identifiserte meningsbærende enheter i teksten som kunne si noe om de to forskningsspørsmålene. Dette ble i første omgang gjort av førsteforfatter, og ble senere gjenstand for diskusjon mellom alle. I fellesskap utviklet vi konkrete kodegrupper med utgangspunkt i hovedtemaene fra analysetrinn én, og sorterte hver av de meningsbærende enhetene under disse.

3. Vi definerte subgrupper for hver kodegruppe, og kondenserte de meningsbærende enhetene til kortere utsagn, samtidig som budskapet i utsagnet ble ivaretatt.
4. Vi syntetiserte det kondenserte innholdet fra hver kodegruppe til analytisk tekst med beskrivelser av informantenes erfaringer.

Alle informanter fikk informasjon om studien og mulighet for å trekke seg, og de samtykket eksplisitt til deltakelse. Studien er godkjent av Personvernombudet ved Oslo universitetssykehus (17/21709).

Svakheter ved studien

Studien må fortolkes på bakgrunn av at nettverksgruppemøtene ble gjennomført basert på ulike, spesifikke konsepter for hvert kull, noe som kan ha vært medvirkende til hvilke temaer som ble bragt på bane i fokusgruppeintervjuene. Videre kan en mulig svakhet være at intervjuospørsmålet om spesifikk TSB-tematik kan ha virket ledende mot en diskusjon om sær egenheter.

Informantene snakket på vegne av andre TSB-ledere. De kan ha hatt sine egne forforståelser som har preget deres tolkning av diskusjonene i nettverksgruppene. Med det høye antallet informanter (19 mentorer) og den geografiske, profesjonelle og sektorielle spredningen blant dem mener vi likevel at resultatene danner et godt bilde av fagfeltet.

Tre av forfatterne har sitt arbeidsforhold i TSB, og alle forfatterne har fulgt dette fagfeltet i lang tid. Forforståelser kan således ha preget analyseprosessen og diskusjonen, og for å motvirke det ble metodikken fulgt tett, og analysene ble lagt så nær opp til transkribert tekst som mulig i de innledende analysefasene. En fordel vil kunne være at innsikten i fagfeltet kan ha hjulpet til å finne de sentrale temaene å ta opp til diskusjon.

Resultater

Analysen av fokusgruppeintervjuene resulterte i fire hovedkategorier.

Lillebrorkomplekset

Mentorene fortalte at lederne leter etter det særegne med TSB og ved det å være leder på dette fagfeltet.

«[...] antakelsen om at vi er veldig annerledes, er særegen, uten å egentlig kunne operasjonalisere det. Lillebrorkomplekset.»

Den kulturelle forskjellen mellom TSB og psykisk helsevern opplevdes som ekstremt stor. Lederne

opplevde at det å lede en tverrfaglig virksomhet som både skal ha sosialfaglig, psykologfaglig og medisinskfaglig personell, var mer komplekst enn å lede annen helsevirksomhet. Dette ble fremhevet som en lederutfordring, men de stilte samtidig spørsmål ved hvor særegent det egentlig er å skulle få mange ulike yrkesgrupper til å jobbe godt sammen. Det fremgikk av fokusgruppene at det var et behov blant lederne for å føle seg spesielle.

«Vi trenger å være litt spesielle for å orke å jobbe med det. Så det må vi få lov til, da blir det enklere, da kan vi stå i det.»

Videre fortalte mentorene at på grunn av fagfeltets unge alder er det mange som ikke vet hva TSB er. Lederne hadde en opplevelse av å drukne i et stort helseforetak.

«[TSB] Blir litt borte i et helseforetak – spist opp – følelsen av å være ganske liten.»

Verdier i TSB

Det var tydelig at ansatte i TSB generelt har en faglig dedikasjon. En av mentorene sa det slik:

«Jeg tror at det er et felt med hjerte for faget. Vi er stolte av det og er glade i vårt felt.»

Lederne kunne oppleve at den faglige dedikasjonen hos personalgruppen kommer til uttrykk ved motstand mot endringer og det at nye faggrupper kommer inn. Det ble ansett som et lederansvar å sørge for at personalet ikke mister fokus på «fag» i støyende endringsprosesser, men de anså også at jobben med å lykkes med endringer som er i tråd med faglige retningslinjer, tross alt er enklere når man har ansatte som brenner for pasientgruppen, slik som i TSB.

Et gjennomgående tema i intervjuene var striden både mellom profesjoner og mellom generasjoner. Mentorene fortalte at det krever et sterkt lederengasjement å skape en helhet i personalgruppen og sikre at hver profesjon blir hørt, og at dette oppleves som krevende når man gjerne kun sitter på én av kompetansene selv.

«Hvilken stemme høres høyest? [...] Finnes det ledere som sørger for å samle kompetansen, så pasienten får reell tverrfaglig spesialisert behandling?»

Det at rusbehandling er et idealistisk felt, ble omtalt som både positivt og negativt. Det negative aspektet

ble forklart med at mange meninger ikke nødvendigvis har empirisk dekning, men bunner i sterke innslag av kultur og lange tradisjoner. Men det ble også trukket frem at det er idealistene på feltet som faktisk har bidratt til utviklingen av nasjonale retningslinjer, og at det derfor ikke nødvendigvis er noen motsetning mellom idealisme og faglig utvikling.

Et annet tema var New Public Management og økonomenes rolle i TSB. Også her var det en oppfatning om motstand fra både ledere og personalgrupper. Det ble påpekt at den økonomiske kompetansen kanskje ikke var fremtredende nok i en del TSB-miljøer. Én refleksjon var at økonomiansatte gjerne må tilpasse seg for å få aksept hos klinikerne, og drive en slags verdibasert økonomiledelse. Mentorene var enige om at trygg økonomi er bærebjelken for å kunne drive behandling.

«Man kan bevare fag og verdier som er sterke i TSB; fag og økonomi må vokse sammen. Økonomi er bærebjelken for at vi kan drive dette. Det ene utelukker ikke det andre.»

Pragmatisk ledelse

Temaet rammebetingelser, samt nye krav og føringer, var noe som preget diskusjonene i nettverksgruppene. Her kunne mentorene melde om opplevelser av usikkerhet, frustrasjon og dårlig samvittighet, men også nysgjerrighet, glede og engasjement. Mentorene fortalte at mange av lederne i TSB hadde ambisiøse og langsiktige mål for sine virksomheter, men også at mange opplevde å «stange hodet i veggen» over krav, føringer og rammer som de ikke rådde over. Det oppsto et behov for å definere sitt handlingsrom som leder.

«Det var en gjennomgående opplevelse av at det er høye krav, stramme rammer, man må være kreativ innenfor de rammene man har og snu krona mange ganger.»

Et annet tema som opptok TSB-lederne i nettverksgruppene, var personalstyring. Rent praktisk dreide det seg om hvordan man kan sikre tverrfagligheten. Noen av problemstillingene som ble diskutert, var hvilke yrkesgrupper man burde prioritere å ansette, og hvordan problemet med mangel på tilgang på spesialister kunne løses. Lederne erfarte at tverrfagligheten var ivaretatt ulikt fra sted til sted.

«[...] oi, hvorfor har dere så mange psykologer og ingen sosionomer?»

Temaet personalstyring dreide seg også om hvordan ivareta personalet sitt uten å involvere seg for mye på det personlige plan. Mentorene fortalte at mange ledere i TSB vet mye om den private situasjonen til sine ansatte, og at dette av og til kan bli en hemsko.

Da *tradisjon og kultur* igjen ble tematisert, handlet det om at TSB-virksomheter gjerne har en flat og uformell struktur. Mentorene fortalte at lederne ofte hadde en opplevelse av et uformelt makthierarki, der mange har sterke meninger og et ønske om å styre prosesser i den retningen de selv ønsker. Igjen snakket de om motstand mot endring som bunner i tunge kulturer, noe som kunne oppleves som slitasje og føre til at prosesser stopper opp.

«Jeg har en posisjon som leder, men egentlig har alle like mye å si som meg selv.»

Det subjektive lederskap

Mentorene fortalte at lederne uttrykte behov for metaperspektiv på egen ledervirksomhet og rolle. Som ledere skal de ivareta personalet sitt, men selv opplevde de mangel på sparringspartnere og ensomhet. Mentorene påpekte at det å skape en egen arena for refleksjon og selvivaretagelse er en lederoppgave, men at mange ledere ikke er i stand til, eller prioriterer, dette.

«De som kommer i gruppene, er så sultefôret. Nettopp fordi de har få arenaer som går på selvivaretagelse og selvrefleksjon.»

Utmattelse, ensomhet og tvil var ifølge mentorene et gjennomgående tema i nettverksgruppene, og noe som også opplevdes som tabubelagt å snakke høyt om. Særlig det å stå i motstand mot endring over tid kan trigge slike følelser. I tillegg var det tvil knyttet til å skulle lede endringsprosesser som følge av sentrale føringer, som man ikke nødvendigvis kunne stå inne for selv. Mange kunne føle på utfordringer med å skulle være overbevisende som leder i slike situasjoner.

«Innimellom når det er veldig krevende, så blir det til at man tviler på seg selv som leder.»

Tvilen på seg selv som leder kom særlig frem når lederne opplevde å få kritikk. Spørsmål som dukket opp, var hvorvidt kritikken man får, går på en selv som person, og om man kan endre sine personlige egenskaper, og eventuelt hvordan. «Flink pike-syndromet» var noe som ofte kom frem i samtalene, og mangel på anerkjennelse av egen lederkompetanse kunne utfordre selvtiliten.

Noen grupper snakket om at ledelse handler om personlig identitet. I tillegg til sin faglige forståelse tar man med seg en rekke egenskaper som snarrådighet, dømmekraft og klokskap inn i lederrollen. Noen ledere hadde nærmest blitt «tunet inn» på lederrollen fordi de hadde vært dyktige fagfolk, strukturerte og ivaretagende, men uten å ha hatt faglige forutsetninger for å være leder. Mentorene hadde en oppfatning av at dette er ganske vanlig i TSB.

Mentorene fortalte at mange av lederne formidlet ambisiøse mål for egen virksomhet, men at å oppnå målene krever tålmodighet og en sterk stayerevne. Det oppsto refleksjoner rundt det å ha makt, det å like å ha innflytelse, men at dette også kan misbrukes. Det å være leder i TSB ble beskrevet som å være «multi-kunstner».

«Å være den som er ansvarlig for å finne løsninger, for å peke ut veien fremover og samtidig håndtere personalkonflikter, se på økonomien sin, ha faglige perspektiver på behandlingsforløp ... Alt dette er temaer som en leder må forholde seg til.»

Ledelse under koronapandemien

Koronapandemien slo plutselig ned på slutten av studien. Situasjonen var uoversiktlig, og det var behov for igangsetting av ulike tiltak, også i TSB. Det resulterte i interessante observasjoner formidlet av mentorene. Lederne i nettverksgruppene reflekterte i denne perioden over at de i større grad kom i kontakt med lederen i seg.

«Jeg må fremstå som tydelig, delegerende, samlende og ivaretagende.»

Beskrivelser av høyt energinivå og mindre slitenhet var gjennomgående, sammen med opplevelsen av en personalgruppe som var lettere å få med seg på gjennomføring av tiltak enn lederne var vant til.

I en krise vil lederskap («kriseledelse») i motsetning til «vanlig» lederskap ofte beskrives som kommando- og kontrollrelatert (Borch & Andreassen, 2020). Ledere og medarbeidere må forholde seg til to hovedaspekter som blir satt på spissen: Beslutningene som ledere tar, vil potensielt ha større konsekvenser enn i hverdagen, samtidig som kriser utløser en annen grad av emosjoner. Dette kan føre til at tidligere flate maktstrukturer kollapse, og lederrollen trer tydeligere frem.

Hvordan lederne beskrev sin opplevelse av egen lederfunksjon under koronapandemien, bekreftet dette. I motsetning til å være «lederslitne» rapporterte de nå om mer energi. De tvilte ikke i samme

grad på seg selv, de aktiverte et tydelig hierarki, og de syntes at deres egen lederrolle ble tydeligere og mer spennende.

Diskusjon

Når vi summerer opp temaene TSB-ledere er opptatt av, ser vi at de i stor grad er opptatt av oppgave- og relasjonsorienterte temaer, som i utgangspunktet er generiske for all type ledelse. De rapporterer om administrative oppgaver som omhandler ressursstyring og personalledelse, fagutvikling og handlingsrommet innenfor de økonomiske rammene som foreligger, håndtering av motstand mot endring, og behovet for et eget refleksjonsrom som leder. Dette er temaer som man arbeider med i ulike ledelsesutviklingsprogrammer på tvers av fagområder og bransjer. Samtidig rapporterer de at fagfeltet de jobber i, skiller seg ut og ikke blir anerkjent.

«Lillebrorkomplekset»

En av hovedkategoriene vi fant, ble kalt for «Lillebrorkomplekset». I begrepet ligger en dimensjon av underlegenhet eller mindreverdighetskompleks. TSB springer ut fra et felt som fra før av har tydelige verdier med grunnlag i idealisme og tradisjoner. Som eget fagområde i spesialisthelsetjenesten er TSB et ungt fagfelt som fremdeles prøver å finne sin plass. Våre funn tyder på at TSB-ledere fortsatt har et behov for å markere sin særegenhet og differensiere seg, spesielt fra psykisk helsevern. En styrking av TSBs faglige identitet vil være nyttig for å utvikle den indre styrken i oppbyggingen av et nytt fagfelt. Det vil også kunne gi en klarere sosial identitet (Haslam, 2004) og føre til en opplevelse av å kunne påvirke og endre, og å styre utviklingen selv, i motsetning til å bli definert av andre (Drury & Reicher, 1999).

Samtidig kan det se ut som om TSB-ledere har problemer med å definere hva som gjør fagfeltet, og ledelse av det, særegent. En mulig fare ved å bli i en kjempende posisjon der det blir lagt vekt på å være annerledes, kan være at man mister fokuset på å utvikle selve det faglige innholdet eller fundamentet for det å være en særegen gruppe. Utfordringen, for fagfeltet og for ledere, vil være å komme seg ut av denne fasen, redefinere sin egen rolle som «lillebror», og bli anerkjent som et etablert og robust fagfelt – som «voksen». En gruppe med sterk sosial identitet fremstår særegen både i uttrykk og i innhold (Haslam, 2004). En slik vekst vil omhandle både organisatorisk og faglig uttrykk. Det faglige grunnlaget er fortsatt utydelig. Nasjonale faglige retningslinjer på TSB-feltet er i stor grad konsensusbasert. Dette gjør

at utformingen av den kliniske praksisen i stor grad er avhengig av kompetansen og verdisynet hos den enkelte enhet og behandler. I tillegg er organiseringen ulik og spenner fra at TSB er egen klinikk, til at TSB er lagt inn i avdelinger og enheter for psykisk helsevern eller somatikk. TSB er mange steder ikke synlig i helseforetakenes organisasjonsstruktur, og de private aktørenes rolle overfor avdelinger i somatikken og psykisk helsevern er lite tematisert. En rapport om faglige rammer for TSB (Nasjonalt kompetansetjeneste TSB, 2016) anbefaler at TSB må ha en tydelig plassering i universitetssykehusene som understøtter samhandling med somatikk og psykisk helsevern, slik at man ivaretar fagfeltets ansvar for forskning og spesialistutdanning.

«Lillebrorkomplekset» vil dermed kunne ha implikasjoner for hva slags lederutvikling det er behov for i TSB. Utviklingsarbeidet krever tydelige og fremoverlente TSB-ledere, både i møte med tilstøtende fagfelt og i møte med interne krefter som er mer opptatt av å bevare tradisjoner enn å utvikle faget videre.

Ideologisk versus pragmatisk lederstil

De tradisjonelle verdiene som tematiseres, fremstår som en del av identitetsformasjonen og peker samtidig på ulike fokus i utøvelse av lederrollen. Med et så sterkt idealistisk grunnlag som vi finner i nærhistorien til TSB, er det å forvente at lederstilen blant TSB-ledere heller mot en ideologisk stil som søker å bevare tradisjonelle verdier, og med preg av delt lederskap og mange uformelle ledere. Den faglige dedikasjonen fremstår som en positiv driver for utøvelse av lederskap. Samtidig viser analysen at TSB-ledere også anser idealismen som en hemske for å oppnå endringer. De er opptatt av å løse problemer som finnes her og nå, og har ofte et pragmatisk forhold til tidligere idealer. Det ser ut som at TSB-ledere befinner seg i et skjæringspunkt mellom en ideologisk og pragmatisk lederstil.

TSB-ledernes posisjon i dette skjæringspunktet oppleves strevsom. Et av temaene i intervjuene var at TSB-ledere ofte kan bli «lederslitne», og tvilte på seg selv som ledere, særlig i møte med motstand fra personalgruppen. De ideologiske verdiene gjelder ikke bare rusbehandlingens ideelle oppdrag og faglige nivå, men også hvordan man organisatorisk bør jobbe sammen. For TSB-ledere kan det ha sammenheng med det de beskriver som en «flat struktur». Den flate strukturen, eller forventningen om en slik struktur, kan være en del av arven fra den tidligere idealistiske bevegelsen der «alle er med», men det kan også være et uttrykk for at det er krevende å lede når innhold i tverrfagligheten skal konkretise-

res. Hva betyr det i praksis at leger, psykologer og sosialfaglige skal ta kliniske beslutninger i fellesskap? Det oppleves at mange i personalgruppen har uformell makt, og det oppstår interne maktkamper, ikke bare mellom ulike profesjoner, men også mellom ulike fraksjoner («gamle» vs. «nye», egenerfaring vs. skoleutdanning, leger vs. psykologer, etc.). Konsekvensene av lederslitenhet kan være et svekket fokus på fagutvikling. Dette kan ha konsekvenser for utviklingen av fagfeltet. Det er derfor interessant at lederne i den første perioden av koronapandemien rapporterer en type ledelse som både ivaretar behovet for tydelig identitet og samhörighet, samtidig som det gir rom for styring til å kunne tenke nytt og sette i gang nødvendige endringer for å nå felles mål. Et viktig spørsmål vil være om denne erfaringen vil bidra til endret lederstil, eller om man vil vende tilbake til tidligere ideologisk lederstil når krisen er over.

Multikunstner

En god leder i en profesjonell organisasjon har både fagkompetanse og kontekstuell kompetanse innenfor kjerneaktivitetene, sammen med analytisk, sosial og styringsfaglig kompetanse. Den effektive lederen er altså, som TSB-lederne selv poengterer, en multikunstner. Kravet til slike ledere er at de kan agere både på profesjonens arena og på den administrative arenaen (Døving et al., 2016). Forventninger til bredden i temaer TSB-ledere skal være opp tatt av, er derfor stor. Materialet viser at TSB-ledere ofte blir internrekruttert, og at mange går fra å være fagutøver til å bli leder uten å være skolert innenfor ledelsesfaget, med risiko for å mangle styringsfaglig kompetanse.

I en fase der faget både formes og endres, er det behov for ledere som tør å utfordre gjeldende tenkning og praksis, som bidrar til å heve de faglige standardene, og som evner å stå i den interne motstanden mot endring. Selv om lederen står frem som en sterk representant for hva en gruppe er, må også lederen evne å bringe gruppen videre i endringer og utvikling (Haslam et al., 2020). En utbredt intern rekruttering vil kunne være konserverende, og et uttrykk for et behov for å bevare det interne systemet slik det er, og tradisjonelt har vært. Den kontekstuelle kompetansen kan bli dominerende og skape en treghet og uheldig nærsynthet i situasjoner med behov for omstilling (Døving et al., 2016). Resultatet kan være økt fokus på drift av behandlingsenheten etter gjeldende praksis, og mindre fokus på utvikling.

Konklusjon

Det er mange fellestrekk mellom å være leder i TSB og annen type helsevirksomhet, selv om TSB-ledere fortsatt har et behov for å definere seg selv som særegne. Analysene viser at uformelle makthierarkier, historisk eller ny ideologi og en struktur hvor det forventes tverrfaglighet i alle beslutninger, gir grobunn for en flat struktur og en utydelig ledelse.

Denne studien er den første som tar for seg ledelse i TSB. Resultatene peker mot hvor det er nødvendig å gjøre en innsats for å utvikle og styrke faglige standarder, og på den måten gi fagområdet en sentral plass på lik linje med de to andre fagfeltene psykisk helsevern og somatikk. Det er også behov for å styrke den strategiske lederkompetansen og lederrollen i TSB. TSB-ledere fremstår med et sterkt engasjement og en tydelig sosial identitet, og dette bør man utnytte til å endre og utvikle fagfeltet videre. ✕

Referanser

- Bass, B. M. (1985). *Leadership and performance beyond expectations*. New York: Free Press.
- Bjartveit, S. & Eikeset, K. (2020). Ibsens spørsmål om lederskap. I E. Tjønneland (red.), *Henrik Ibsens Kongs-Emnerne – teater, historie og resepsjon* (s. 213–232). Vidarforlaget.
- Borch, O. J. & Andreassen, N. (2020). *Beredskapsorganisasjon og kriseledelse*. Fagbokforlaget.
- Bramness, J. G. (2018). *Hva er avhengighet*. Universitetsforlaget.
- Bråten, S. (1981). Modeller av menneske og samfunn: bro mellom teori og erfaring fra sosiologi og sosialpsykologi. Universitetsforlaget.
- Byrkjeflot, H. & Jespersen, P. K. (2014). Three conceptualizations of hybrid management in hospitals. *International Journal of Public Sector*, 27(5), 441–458. <https://www.emerald.com/insight/content/doi/10.1108/IJ-PSM-12-2012-0162/full/html>
- Den norske lægeforening. (2006). *På helsa løs – Når rusbruk blir misbruk og misbruk blir avhengighet*. <https://www.legeforeningen.no/om-oss/rapporter/pa-helsa-los-nar-rusbruk-bli-misbruk-og-misbruk-bli-avhengighet/>
- Drury, J. & Reicher, S. (1999). The intergroup dynamics of collective empowerment: Substantiating the social identity model of crowd behavior. *Group Processes & Intergroup Relations*, 2(4), 381–402. <https://doi.org/10.1177/1368430299024005>
- Døving, E., Elstad, B. & Storvik, A. (2016). *Profesjon og ledelse*. Fagbokforlaget.
- Fekjær, H. O. (2009). *Rus: bruk, motiver, skader, behandling, forebygging, historie* (3. utg.). Gyldendal Akademisk.
- Haslam, S. A. (2004). *Psychology in Organizations – The Social Identity Approach* (2. utg.). SAGE Publications Inc.
- Haslam, S. A., Reicher, S. D. & Platow, M. D. (2020). *The New Psychology of Leadership – Identity, Influence and Power* (2. utg.). CRC Press Inc. <https://doi.org/10.4324/9781351108232>

- Jansen, U. (2006, 10. juli). De hvite frakkers reform. *Aftenposten, Debatt*. <https://www.aftenposten.no/meninger/debatt/i/x8ok8/de-hvite-frakkers-reform>
- Malterud, K. (2012). Systematic text condensation: a strategy for qualitative analysis. *Scandinavian Journal of Public Health*, 40(8), 795–805. <https://doi.org/10.1177/1403494812465030>
- Mumford, M. D. (2006). Pathways to outstanding leadership: A comparative analysis of charismatic, ideological, and pragmatic leaders. Lawrence Erlbaum Associates Publishers. <https://doi.org/10.4324/9780415963633>
- Mumford, M. D., Antes, A. L., Caughron, J. J. & Friedrich, T. L. (2008). Charismatic, ideological, and pragmatic leadership: Multi-level influences on emergence and performance. *The Leadership Quarterly*, 19(2), 144–160. <https://doi.org/10.1016/j.leaqua.2008.01.002>
- Myklemyr, A. (2019). Ledelse à la Napoleon: Gi meg en praktiker!. *Dagens Perspektiv*. <https://www.dagensperspektiv.no/ledelse/2019/gi-meg-en-praktiker>
- Nasjonalt kompetansetjeneste TSB. (2016). *Faglige rammer for TSB*. <https://oslo-universitetssykehus.no/seksjon/nasjonalt-kompetansetjeneste-for-tverrfaglig-spesialisert-rusbehandling-tsb/Documents/Faglige%20rammer%20endelig.pdf>. www.tsb.no
- Ot.prp. nr. 3 (2002–2003). Om lov om endringer i lov 13. desember 1991 nr. 81 om sosiale tjenester m.v. (Rusreform II og rett til individuell plan). Helse- og omsorgsdepartementet.
- Ot.prp. nr. 54 (2002–2003). Om lov om endringer i lov 13. desember 1991 nr. 81 om sosiale tjenester m.v. og i enkelte andre lover (statlig overtakelse av deler av fylkeskommunens ansvar for tiltak for rusmiddelmissbrukere). Helse- og omsorgsdepartementet.
- Ot.prp. nr. 66 (2000–2001). *Om lov om helseforetak m.m.* Helse- og sosialdepartementet.
- Rollag, K., Erlandsen, M. A. & Spilhaug, G. (Red.). (2020). Rett til behandling? En kartlegging av vurderingsteam for TSB i Norge. *Nasjonalt kompetansetjeneste TSB*, (5).
- Yukl, G. A. (2012). *Leadership in Organizations* (8. utg.). Pearson Education Limited.

AKTUELT: DISPUTAS

Bedring i naturen

En fersk doktorgrad undersøker relasjonen mellom friluftsliv og bedring hos personer med spiseforstyrrelser.

Lise Katrine Jepsen Trangsrud forsvarte sin doktorgradsavhandling 8. oktober ved Universitetet i Sørøst-Norge. I avhandlingen, som har tittelen «Med naturen i recovery: En kvalitativ utforskning av erfaringer med natur og friluftsliv i hverdagen hos personer med spiseforstyrrelser», undersøker Trangsrud betydningen natur og friluftsliv har i veien mot bedring for denne pasientgruppa. Innledningsvis beskriver disputanten hvordan personer med spiseforstyrrelser oftest blir møtt i et rammeverk av kliniske vurderinger og diagnoser. En viktig tilførsel er imidlertid å se på individet med lidelsen som en del av en større kontekst, hvor tilfriskningsprosessen i stor grad hører til i personens daglige liv utenfor terapirommet. En viktig hensikt med prosjektet er nettopp å løfte frem den erfaringsbaserte kunnskapen i møte med personer med spiseforstyrrelser.

I forlengelse av dette perspektivet har Trangsrud spesifikt undersøkt hvordan interaksjonen mellom mennesker og natur spiller en rolle i tilfriskningsprosessen hos pasienter med spiseforstyrrelser. Gjennom kvalitative intervjuer og analyser har disputanten nærmet seg deltagerne erfaringer med natur og friluftsliv, som har munnet ut i tre studier. I den første studien gjennomgår Trangsrud forskningen som er gjort på feltet fra før, og identifiserer 13 studier i sin systematiske gjennomgang. Funnene peker på at friluftsliv er assosiert med bedre kroppsbilde, aksept for egen kropp og økt selvtillit. Samtidig fremhever studien også at forskningen som er gjennomført er av begrenset omfang, noe hun supplementerer i sine videre empiriske undersøkelser.

I de to neste studiene undersøker Trangsrud materiale fra semi-strukturerte intervjuer med personer med spiseforstyrrelser. Utvalget inkluderer åtte personer som uttrykte interesse for natur og friluftsliv og hadde erfaringer med bulimi og/eller overspisingsslidelse. Deltagerne beskrev naturen som et avslappende og ikke-dømmende sted hvor sansene og kroppen ble koblet på igjen. Fokuset ble flyttet fra en selv og over på naturopplevelsen. Deltagerne opplevde også at det å være i kontakt med naturen bidro til å gjenvinne en opplevelse av seg selv som en «friluftsperson». Slik muliggjøres det å identifisere seg med noe annet enn spiseforstyrrelsen.

Erfaringene til deltagerne illustrerer hvordan tilfriskningsprosessen hos personer med spiseforstyrrelser er en dynamisk prosess, hvor lidelsen kan fluktuere mellom å ta mye plass i personens opplevelsesverden og til tider kunne plasseres i bakgrunnen. Til sammen peker funnene fra de tre studiene på at erfaringer med natur og friluftsliv er givende og nærende i tilfriskningsprosessen hos personer med spiseforstyrrelse.

Kilde: Universitetet i Sørøst-Norge



DISPUTERT Lise Katrine Jepsen Trangsrud forsvarte nylig sin doktorgradsavhandling. Foto: UIS

LISTE AV ARTIKLENE I DOKTORGRADEN

Trangsrud, L. K. J., Borg, M., & Bratland-Sanda, S. (2020). Friluftsliv in eating disorder recovery – A systematic review. *Journal of Outdoor Recreation, Education & Leadership*, 12(2), 181–204. <https://doi.org/10.18666/JOREL-2020-V12-I2-9607>

Trangsrud, L. K. J., Borg, M., Bratland-Sanda, S., & Klevan, T. (2020). Embodying experiences with nature in everyday life recovery for persons with eating disorders. *International Journal of Environmental Research & Public Health*, 17(8), 2784. <https://doi.org/10.3390/ijerph17082784>

Trangsrud, L. K. J., Borg, M., Bratland-Sanda, S., & Klevan, T. (2021). Shifting the eating disorder into the background—Friluftsliv as facilitating supportive strategies in everyday life recovery. *Journal of Adventure Education and Outdoor Learning*, 1–15. <https://doi.org/10.1080/14729679.2021.1894954>

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

FOTO: STUDIO I FOTOGRAFENE



METTE GARMANNSLUND nestleder i Fagetisk råd og arbeider som privatpraktiserende psykologspesialist ved Institutt for psykologisk rådgivning i Bergen

Hjelper jeg eller skader jeg dersom jeg sender bekymringsmelding?

Spørsmålet møter jeg jevnlig i egen praksis, behandlingsmøter, veiledning og undervisning. De fleste psykologer er i kontakt med barn og familier, enten dette er pasienter, klienter eller pårørende. Vi får innblikk i vanskelige livssituasjoner og sårbarhet, oftest ut fra en rolle som hjelper. Min opplevelse er at psykologer tar barn og unges behov for omsorg og beskyttelse på stort alvor, samtidig som vi ikke vil legge sten til byrden for familier som allerede har det vanskelig. I et slikt landskap vil vi kunne møte flere typer fagetiske dilemma.

I noen tilfeller er psykologen usikker på om opplysningsplikten til barnevernet er utløst, fordi han eller hun mangler tilstrekkelig *kompetanse*. Psykologen kan være usikker på hvorvidt opplysningene og bekymringen man sitter med, er innenfor eller utenfor det som utløser plikten. Det fagetiske prinsippet om *respekt for personens rettigheter og verdighet* omfatter blant annet *konfidensialitet, taushetsplikt, informert samtykke, valgfrihet og selvbestemmelse*. Dette er prinsipper som står sterkt både fagetisk og juridisk, og psykologer har en svært begrenset mulighet til å sette taushetsplikten til side.

Selv om det etter loven ikke finnes alternativer til å opplyse dersom plikten er utløst, betyr ikke

dette at det er fagetisk uproblematisk. Vi må fortsatt være *etisk bevisste* og ha fokus på vår egen *håndtering av etiske dilemma*.

Når opplysningsplikten er utløst, er det vanlig at denne ivaretas ved å sende bekymringsmelding til barneverntjenesten. Kolleger har i senere tid skrevet i mediene om det problematiske ved grunnløse meldinger som medfører unødig belastning for familier, og som binder opp barneverntjenestens allerede knappe ressurser. Myndighetene oppfordrer til lav terskel for å melde, og har så langt problematisert meldingene som *ikke* blir sendt, i større grad enn meldinger som blir sendt på sviktende grunnlag. Her er det viktig å skjønne hva som ligger i begrepet «lav terskel». Det betyr ikke at man har anledning til å sette taushetsplikten til side ved mindre alvorlig bekymring enn loven åpner for. Dette fordrer at vi har tilstrekkelig juridisk, faglig og systemisk *kompetanse* til å vite når opplysningsplikten er utløst. For å tilegne oss slik *kompetanse* og avklare hvilket *ansvar* vi har, vil kurs, veiledning eller konsultasjon med kolleger, jurist eller barneverntjeneste være til nytte.

Psykologer kan være bekymret for at en melding til barneverntjenesten skal legge sten til byrden hos de som skal hjelpes, og at slik opplysning ikke nødvendigvis garanterer god hjelp. Da står man i et fagetisk dilemma knyttet til det etiske prinsippet *ansvar*, der vi skal *unngå å gjøre skade* og er *ansvarlig for våre handlinger*. Slik bekymring er dessverre ikke alltid ubegrunnet. Flere psykologer har opplevd at familier som følger av en bekymringsmelding ble kastet ut i en større krise enn de allerede befant seg i, at barneverntjenesten ikke kunne bidra med nyttig hjelp, og at både foreldre og barn satt igjen med en følelse av å bli sviktet og ha mistet trygghet og tillit til fagpersonene og instansene rundt seg. Jeg har flere ganger hørt kolleger si: «Melder jeg, kan forelderen/barnet avslutte behandlingskontakten, og stå uten viktig hjelp som trengs for å utbedre omsorgssvikten.»



Hvilke muligheter har vi til å håndtere slike dilemma på måter som ligger innenfor både lovens rammer og de fagetiske prinsippene? Psykologer skal vise respekt for kollegers og andre yrkesgruppers særlige kompetanse, forpliktelser og ansvar. Psykologer må i en slik situasjon *realistisk vurdere med hvilken kompetanse* man antar hva som vil komme ut av en melding, og hvorvidt barneverntjenesten kan ivareta og hjelpe familien. Min erfaring er at barneverntjenesten setter stor pris på å bli kontaktet for anonym drøfting. Kanskje har arbeidsplassen også etablerte møtepunkter der problemstillingen kan bringes inn? I fellesskap kan man avklare på hvilket nivå bekymringen ligger, hvem som kan bidra med hva, og hva som vil være en god vei fremover.

Dersom man kommer frem til at opplysningsplikten er utløst og bekymringsmelding må sendes, kan det sette en i et dilemma vedrørende informasjon til familien. Prinsippet om *respekt for personens rettigheter, verdighet, integritet og selvbestemmelse* underbygger viktigheten av at familien informeres og medvirker. Prinsippet om *ansvar og unngåelse av skade* kan på den annen side tilsi at foreldre ikke informeres på forhånd, dersom dette er nødvendig for å beskytte barnet. Min erfaring er at dette sjelden er nødvendig, og at spørs-

målet oftest er hvordan man kan informere på en ivaretagende måte. Jeg tenker at bekymring kan tematiseres og formuleres skriftlig med varme, respekt og anerkjennelse, uansett hvor alvorlige forhold den omfatter. De fleste familier som kommer i kontakt med barneverntjenesten, har vært helter i eget liv ganske lenge, uten at det holder hele veien til mål. Det er mulig å anerkjenne ressurser, intensjoner og kjærlighetsbånd samtidig som man tydelig kommuniserer bekymring og behov for endring. Som oftest vil det være mulig å bruke litt tid på denne prosessen, slik at den blir god. Dette er viktig, da rask og resolutt intervensjon i seg selv kan utgjøre en traumatisk livserfaring for barnet. Noen ganger har min kjennskap og relasjon til familien blitt tilbudt og tatt imot av barneverntjenesten, slik at en kan tilrettelegge for et godt første møte, etablere raske tillit og trygghet og tilpasse bedre hjelpetiltakene.

Svaret på spørsmålet «hjelper jeg eller skader jeg dersom jeg melder bekymring til barneverntjenesten?» avhenger av konteksten. Imidlertid har psykologer et større handlingsrom og påvirkningskraft enn vi kan være klar over, og det finnes flere gode løsninger som ligger innenfor rammene av både lovverk og fagetikk. ✕

”

Min erfaring er at barneverntjenesten setter stor pris på å bli kontaktet for anonym drøfting



DEBATT

Trenger livsutfordringer, ikke diagnoser

Diagnosebegrepene vi forsyner barn og unge med, harmonerer ikke nødvendigvis med deres reelle livskriser.



TEKST Ivar Wathne Oftedal, psykologistudent ved Universitetet i Bergen

BARN OG UNGE

I JANUARUTGAVEN av Psykologtidsskriftet oppsummerer Per Are Løkke noen, etter mitt skjønn, særdeles kjærkomne refleksjoner fra sin nye bok *Ungdommens Transformasjoner* (2021). Han påpeker hvordan transformativ prosesser i ungdomstiden nesten uten unntak innebærer livskriser for alle mennesker, men at dette ikke uten videre kan reduseres til psykopatologiske symptomuttrykk. Som Løkke så treffende poengterer, har vi konstruert et oppvekstmiljø som stiller svært høye krav til dagens ungdommer og deres mestringsevne. I et villnis av valgmuligheter når det gjelder høyere utdanning, sosiale arenaer, vurderings-situasjoner og kollektive ungdomsstandarder, er det ikke rart om de unge iblant kjenner på avmaktsfølelse og oppgitthet.

VANLIGE KRISER VS. PSYKISKE LIDELSER

I kampen mot økende psykisk helseproblematikk blant ungdom ble livsmestring innført som et tverrfaglig emne i skolen i 2020. Denne innføringen fikk bred støtte. Jeg har imidlertid inntrykk av at innføringens gode hensikt også bidrog til å stilne mange kritikere. Dessverre er ikke gode hensikter alene en garantist for høy nytteverdi. I hvor stor grad skal skoleverket og andre offentlige instanser

ta ansvar for ungdommers livsmestring? Hvor går grensen mellom vanlige livskriser og psykiske lidelser?

I sin argumentasjon mot innføringen av det tverrfaglige livsmestringsemnet i skolen mente Ole Jacob Madsen (Halvorsen, 2020) at en slik innføring ikke gjør annet enn å trekke ansvaret for et samfunnsproblem ned på individnivå. Her har Madsen et sentralt poeng – vi er ikke tjent med å overlate ansvaret til ungdommen alene.

Jeg vil likevel komme med en innvending til Madsens observasjon – noe Løkke også er inne på i sitt innlegg; det går et helt klart skille mellom individet og samfunnet – så langt er alle enige. Men der Madsen poengterer at livsmestring i skolen er feil på grunn av individualisering av et samfunnsansvar, mener jeg at vi i tillegg må kunne erkjenne at mye av ansvaret for egen psykisk helse ligger hos de unge, og at vi derfor ikke kommer utenom en form for individualisering av ansvar. Da mener jeg ikke ansvaret for prevalensen av psykopatologi i populasjonen, men ansvaret for å møte og håndtere uunngåelige kriser og utfordringer i egne, idiosynkratiske utviklingsløp. Vi må ha innsikten og det nødvendige motet til å erkjenne at den bølgen av psykiske helseplager vi nå observe-

rer hos norske ungdommer, ikke bare skyldes problemstillinger på samfunnsnivå. En slik erkjennelse medfører selvfølgelig et visst ubehag fordi vi dermed kommuniserer til ungdommer at deler av ansvaret for deres psykiske velvære ligger hos dem.

NEDTYNGET DEBATT

Den offentlige debatten om psykisk helse er i mine øyne nedtyngnet av diagnostiske termer. Dette utstyret barn og ungdommer med et begrepsregister som stemmer godt overens med diagnosemanualer, men som ikke uten videre harmonerer med deres reelle livskriser – selv om disse sannsynligvis byr på tunge stunder og tider med nedstemthet og angst-liknende symptomer. Dermed får ungdommer næring til (å foreta) selvdagnostisering når de kjenner igjen noe fra sitt eget liv i en taksonomi av psykiske lidelser hentet direkte fra diagnosebiblene. Finnes det noen blant oss som ikke kan kjenne seg igjen i beretninger om angst og depresjon, der nedstemthet, isolasjon og grunnleggende eksistensiell usikkerhet er noen av kjernesymptomene? Neppe. Vi behøver derfor et ordskifte som i større grad enn i dag klarer å kommunisere til de unge at man ikke med alle livsmestringskurs i verden kan skjerme seg mot transformativ livskrise.

Sårbare ungdommer i transformativ prosess leter etter svar. Samtidig er det ikke gitt at de gode svarene finnes, eller engang trengs. Det som kanskje trengs mest – som jeg mener vi i dag er for dårlige på – er å opplyse om at tanker om en uviss fremtid og dårlige skolekarakterer ikke kvalifiserer til en depresjonslidelse, eller at en sterk iboende vegring mot å opprette kontakt med nye mennesker ikke behøver å være det samme som en angstlidelse. Hvorfor? Fordi disse problemstillingene er unngåelige i den turbulente tiden som transformasjonen fra barn til voksen er.

Mens jeg skriver mine refleksjoner rundt den muligens feilslåtte strategien for å hindre økningen i psykiske plager hos ungdommer, slår den meg som noe utidsmessig. Ikke fordi jeg er skeptisk til fornuftsgrunnlaget i den, men fordi den strider imot en oppfatning som i dag virker å være så fastgrodd og kanonisert at den har blitt nærmest ubestridelig, nemlig at all informasjon om psykisk helse er god informasjon. Det blir derfor i stor grad samfunnets oppgave å slå ut den stadig dypere bulken i norsk ungdoms psykiske helse ved å drive aktiv opplysning, blant annet gjennom livsmestringsemnet i skolen, fordi det hovedsakelig er strømninger på samfunnsnivå som har forårsaket (og fortsetter å forårsake) den. Jeg mener imidlertid at man ikke kan komme utenom individualisering nettopp fordi mange av ungdommers utfordringer ikke kan attribueres samfunnsmekanismer, men derimot er individuelle transformativ prosesser.

UTFORDRINGER UTEN SYKELIGGJØRING

Det må selvfølgelig eksistere hjelp som kan tilbys de som trenger det. En må derfor trekke opp en klar grense for hva en kan forvente at individet skal klare å håndtere på egen hånd, men den må også være hensiktsmessig ved at en tillater en viss grad av utfordringer – uten sykelligjøring.

Friedrich Nietzsche, som selv skrev noen utidsmessige betraktninger i 1870-årene, har ikke få ganger blitt sitert på sin maksime om at den som har et hvorfor, kan håndtere nesten alle hvordan. Disse ordene bør i mine øyne forme det oppvekstmiljøet vi forsøker å konstruere for våre barn og unge. Vi må ta innover oss at det å håndtere utfordringer ikke nødvendigvis er noe vi kan lære bort. Ei heller kan vi gi dem et hvorfor. Ungdommer må selv – gjennom egen prøving og feiling – lære å håndtere utfordringene. Vi må bare gi dem den nødvendige tiden, tilliten og muligheten til å gjøre det. ✕



Den nåværende offentlige diskursen omkring psykisk helse er i mine øyne nedtyngnet av diagnostiske termer

REFERANSER

Halvorsen, P. (2020). Mener livsmestring i skolen duker for nye nederlag. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 57(8).

Løkke, P. A. (2022). En psykologi uten psyke, en psyke uten samfunn. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 59(1), 48–52.

Løkke, P.A. (2021). *Ungdommens Transformasjoner*. Gyldendal.

Kvalitetsindikatorer	Kommentarer
Reinnleggelse blant eldre 30 dager etter utskrivning	Ingen signifikante forskjeller mellom helseregionene. Kun data fra 2012 og 2013 som er publisert på helsenorge.no.
Reinnleggelse blant eldre 30 dager etter utskrivning per kommune	Troms og Øpland har signifikant lavere sannsynlighet for reinnleggelse enn referanseverdien, mens Hordaland, Østfold, Nord-Trøndelag og Oslo har signifikant høyere sannsynlighet for reinnleggelse. Det er store variasjoner blant kommunene. Kun publisert data for 2013.
Reinnleggelse innen 30 dager for eldre pasienter etter sykehusinnleggelse for lungebetennelse	Helse Vest har signifikant høyere sannsynlighet for reinnleggelse. Kun publisert data for 2013.
Reinnleggelse innen 30 dager for eldre pasienter etter sykehusinnleggelse for hjerneslag	Helse Nord og Helse Sør-Øst har signifikant lavere sannsynlighet for reinnleggelse. Helse Vest har signifikant høyere sannsynlighet for reinnleggelse. Kun publisert data for 2013.
Reinnleggelse innen 30 dager for eldre pasienter etter sykehusinnleggelse for hjertesvikt	Helse Nord har signifikant lavere sannsynlighet for reinnleggelse. Helse Midt-Norge har signifikant høyere sannsynlighet for reinnleggelse. Kun publisert data for 2013.
Reinnleggelse innen 30 dager for eldre pasienter etter sykehusinnleggelse for brudd	Helse Midt-Norge har signifikant lavere sannsynlighet for reinnleggelse. Helse Sør-Øst har signifikant høyere sannsynlighet for reinnleggelse. Kun publisert data for 2013.
Reinnleggelse innen 30 dager for eldre pasienter etter sykehusinnleggelse for astma/kols	Helse Nord har signifikant lavere sannsynlighet for reinnleggelse. Kun publisert data for 2013.
Reinnleggelse innen 30 dager for eldre pasienter etter sykehusinnleggelse for påbegynt	Positiv utvikling fra 2011 til 2014 på landsbasis, andelen har gått ned fra 15,2 % til 2,4 %.
Reinnleggelse innen 30 dager for eldre pasienter etter sykehusinnleggelse for venteliste i	Positiv utvikling fra 2011 til 2014 på landsbasis, andelen har gått ned fra 9,8 % til 3,8 %.
Reinnleggelse innen 30 dager for eldre pasienter etter sykehusinnleggelse for venteliste i PIV	Positiv utvikling fra 2011 til 2014 på landsbasis, andelen har gått ned fra 9,8 % til 3,8 %.
Reinnleggelse innen 30 dager for eldre pasienter etter sykehusinnleggelse for venteliste i TSB	Positiv utvikling fra 2011 til 2014 på landsbasis, andelen har gått ned fra 11,7 % til 5,5 %.
Reinnleggelse innen 30 dager for eldre pasienter etter sykehusinnleggelse for venteliste i somatisk helsejeneste	Positiv utvikling fra 2011 til 2014 på landsbasis.
Fastlegers erfaring med distriktpsykiatriske sentre (DPS)	Resultatene i denne undersøkelsen viser en positiv utvikling på nasjonalt nivå, men det går langsomt. På et område, helseregioner, er det statistisk signifikant tilbakegang. Kun data for 2011 og 2014 er publisert på helsenorge.no.
Brudd på vurderingsgarantien for pasienter i PIV	Positiv utvikling de siste årene på landsbasis.
Brudd på vurderingsgarantien for pasienter i TSB	Positiv utvikling de siste årene på landsbasis.
Brudd på vurderingsgarantien i somatisk helsejeneste	Svak negativ utvikling fra 2012 på landsbasis, men lav andel fristbrudd.
Barne- og ungdomsgarantien, andel vurdert innen 10 dager	Positiv utvikling fra 2011 til 2014 på landsbasis.
Barne- og ungdomsgarantien, andel startet helsehjelp innen 65 dager	Positiv utvikling fra 2011 til 2014 på landsbasis.
Utsettelse av planlagt operasjon	Positiv utvikling fra 2011 til 2014 på landsbasis.
Startet behandling av brystkreft innen 20 arbeidsdager (Utgått fra 27.08.15)	Nedgang i andelen som har startet behandling av brystkreft innen 20 arbeidsdager fra 2012 til 2014 på landsbasis, fra 66,8 % til 55 %.
Startet behandling av lungekreft innen 20 arbeidsdager (Utgått fra 27.08.15)	Relativt stabilt over tid, med en svak nedgang fra 2010 på landsbasis.
Startet behandling for tykktarmskreft innen 20 arbeidsdager (Utgått fra 27.08.15)	Relativt stabilt over tid, med en svak nedgang fra 2010 på landsbasis.
Individuell plan for barnehabilitering	Stabilt nivå på landsbasis de siste to årene.
Individuell plan ved diagnose schizofreni i psykisk helsevern for voksne	Svak negativ utvikling over tid. Andelen voksne med individuell plan har gått ned fra 2011 til 2014 på landsbasis, fra 15,2 % til 12,1 %.

2022

Elektronisk journal - til glede og besvær

Som pasient undres jeg om behandlerne har tatt inn over seg at pasientene ofte leser journalnotatene som blir skrevet om dem.

VIA DOKUMENTENE i journal gjør pasientene seg opp meninger om eget sykdomsforløp og behandlingsbehov – samt om behandleren og behandlingsinstitusjonen. En åpen journal trer inn i behandlingsrommet – både på godt og vondt. Jeg har personlig hatt stor nytte av enkel tilgang til journalnotater og epikriser – både i somatikken og psykisk helsevern. I denne teksten vil jeg kun snakke om sistnevnte.

Psykiatrisk behandling er samtaler mellom to eller flere mennesker. Det ene mennesket er mest sannsynlig i en eller annen sinnstilstand som gjør det strevsomt å kommunisere. I tillegg har vi skjevheten som oppstår når den hjelpende har en høyere status enn den som mottar hjelp.

I psykisk helsevern betyr journalnotatene veldig mye. Psykiske sykdommer er ikke enkle målbare størrelser basert på objektive prøver som alle nikker gjenkjennende til. Av og til er notatene og epikrisene av en slik kvalitet at det er umulig for pasienten å forstå at hen har vært deltager i samme samtale og behandlingsforløp som det behandleren har vært. Når journal og epikrise inneholder feil og mangler, blir det ikke lenger grunnlag for et godt samarbeid.

TO FORMER FOR FEIL

Når en behandlingssituasjon oppleves som mangelfull, kan det være krevende for pasienten å sortere i etterkant. Det hele kan fortolkes

inn i eget sykdomsbilde, og så tar man ikke opplevelsen på alvor. Det kan også være vanskelig tilgjengelig å lese egen journal, enten fordi man ikke har tilgang, eller fordi det oppleves for krevende å lese den på egen hånd. Kanskje oppdager man ikke at journalen var mangelfull, før man er i en situasjon der man må ta ut en epikrise eller journal. Dermed kan det oppstå feil som sprer seg i systemet; en slags helsefaglig utgave av hviskeleken – der den som blir skadelidende, er pasienten.

Som pasient opplever jeg at det er to former for feil i min journal og epikrise: Enten rene faktafeil eller vurderinger og henvisninger i samtaler som jeg ikke kjenner meg igjen i. Begge deler er vanskelige å få endret på. Det oppdager jeg da jeg måtte endre en epikrise fra DPS.

I en behandlingssituasjon risikerer man å måtte motsi feil som oppstod for flere år siden. Når feilene har blitt liggende en stund, har de også gjerne sivet videre ut til andre som har lest, fortolket og benyttet informasjonen. Etter en tid kan dette resultere i at det tas avgjørelser om pasientens helse basert på informasjon som er riv, ruskende gal.

IKKE LETT Å ENDRE

Å skrive en forespørsel om endring til en autoritetsinstitusjon er noe som nok oppleves som ukomfortabelt og stressende for de fleste. For mennesker med psykiske lidelser kan det være



TEKST

Elisabeth Høgseth

ILLUSTRASJON

Hilde Thomsen

ELEKTRONISK JOURNAL





Når journal og epikrise inneholder feil og mangler, blir det ikke lenger grunnlag for et godt samarbeid

mange sykdomsrelaterte grunner til at denne terskelen er enda høyere. Det skal ikke stikkes under stol at jeg opplevde økt symptomtrykk under hele klageprosessen.

I henhold til lov om pasient- og brukerrettigheter § 5-2 har pasienten rett til å få rettet feil og få slettet formuleringer som er skadelige eller misvisende. Dette gjelder opplysninger som er feilaktige, mangelfulle eller utilbørlige. Organisasjonen skal da føre inn en datert rettelse. Du kan også få opplysninger slettet dersom de er misvisende og føles belastende for deg. Dette gjelder også dersom opplysningene åpenbart ikke er nødvendige for å gi deg forsvarlig helsehjelp.

Det var ikke så lett å finne ut hvordan man best går frem for å få endret opplysninger. Men å føre en nummerert og detaljert liste over opplysninger man ønsker å få rettet opp, var anbefalt. Etter noen uker fikk jeg tilbakemelding fra DPS om at klagen min hadde fått delvis medhold, og at de hadde endret alle feil som hadde umiddelbar helsemessig betydning. De hadde latt stå alle feil som ikke hadde umiddelbar helsemessig betydning. De hadde også latt alle vurderinger stå. Begrunnelsen var at de ikke ønsket å endre de resterende feilene fordi epikrisen var godkjent internt, og at de derfor ikke kunne endre den etter arkivloven. Jeg valgte å ikke klage til Statsforvalteren, men fikk senere i forløpet anledning til å rette opp feilene av behandler. Det er jeg takknemlig for.

EN FORM FOR REFERAT

Noe av det mest grunnleggende for å sikre kvalitet er at ansatte må lære seg å skrive gode journaler og epikriser. Dette er et håndverk som ikke faller alle naturlig. Journalen må både være faglig presis og ivareta pasientens behov for å kunne forstå innholdet. Dette er en krevende, men nødvendig øvelse.

Journal og epikrise er en form for referat. Ikke ulikt referater man finner ellers i arbeidslivet, bortsett fra tilleggsmomentet «behandlers subjektive vurderinger av pasienten». I arbeidslivet er det vanlig at et referat sendes til gjennomsyn hos de involverte parter før ferdigstillelse. Hvis behandler og pasient kan samarbeide på denne måten om journalnotater og epikriser, vil man slippe situasjoner der arkivloven hindrer nødvendige rettinger. På denne måten kan man også fange opp og få rettet tidligere følgefeil fra journal. Hvis behandler og pasient er uenige om vurderingsopplysninger, kan det for eksempel settes inn et eget punkt om diskrepans.

Å jobbe slik med dokumenter kan være utfordrende. Dog vil en ryddig og forutsigbar kommunikasjon om viktige dokumenter i de fleste tilfeller øke pasientens tillit til behandleren. Det vil også gi behandleren rom til selvutvikling og refleksjon, samt kunne forbedre håndverket skrijving av journal.

Jeg tror at ved å ta epikrisen og journalen inn i behandlingsrommet vil det åpne for bedre diagnostisk og behandlingsmessig arbeid både på kort og lang sikt. Det vil også sørge for at pasienten får gått igjennom vanskelig dokumentasjon om seg selv på en trygg og forsvarlig måte.

Mitt ønske er at vi i fremtiden vil se en mer dynamisk og smidigere måte å arbeide med løpende journal og epikrise på. Det kan i alle fall gjøre det enklere å være pasient. ✕



Faksimile fra januarutgaven

De sykeste pasientene skal ha best kompetanse

Psykologforeningen er en pådriver for bemanning når pasientene trenger det.

UNDER OVERSKRIFTEN «Når pasientene kommer, har psykologen gått hjem» i Psykologtidsskriftets januarnummer etterlyser psykologspesialist og forskningsleder Martin Bystad og co. ved UNN økt bemanning av psykologer utenom normal arbeidstid. Psykologforeningen er glad for at tilgjengelighetsdebatten løftes, men fremstillingen blir feil når ingen spør hva UNN har gjort for å øke den.

Psykologforeningen har ikke satt begrensninger knyttet til at psykologer arbeider ut over ordinær arbeidstid for å ivareta pasienter. Tvert imot bidrar foreningen til ordnede og bærekraftige arbeidsbetingelser ved avvikende arbeidstid. Dette gjelder også når psykologer jobber ekstra, og ut over ordinær ukentlig arbeidstid. Psykologforeningens tillitsvalgte har laget flere lokale arbeidstidsavtaler som sikrer helsetjenestene og sykehusene tilgang på psykologer når de trenger det. Et krav fra foreningens side er at man skal begrunne hvorfor det er psykologfaglig kompetanse som er nødvendig.

Avtaler om avvikende arbeidstid skal være til å leve med for psykologer over tid uten at arbeidstidsordningen gir helsemessige belastninger. Derfor er avvikende arbeidstid et kollektivt ansvar og et fagforeningsansvar. Merbelastning ved ikke-ordinær arbeidstid skal

være frivillig for sykehusansatte psykologer, og det skal være avtalt et system for kompenseringende lønn. Avtaler om kompensasjon lages for alle arbeidstakere som jobber ikke-ordinær arbeidstid, eller som jobber ut over ordinær ukentlig arbeidstid.

Å ha psykologer som arbeider på kveldstid, gir ikke flere psykologtimer totalt sett. Psykologer som jobber kveld, kan ikke samtidig jobbe dag. Kveldsjobbing blir kun en forskyvning av psykologers arbeidstid, ikke en økning av den. Det må hele tiden vurderes hvordan man best mulig benytter psykologressursen. Ansvaret for en forsvarlig og tilstrekkelig bemanning ligger hos arbeidsgiver, ikke hos Psykologforeningen eller hos den enkelte psykolog.

Bystad kunne med fordel blitt spurt om det er behov ved UNN for at psykologer jobber ut over ordinær arbeidstid, og om dette er signalisert til Norsk psykologforening. Bystad ville da sannsynligvis kunne ha opplyst leserne om at Psykologforeningen og psykologene ved UNN sier ja til arbeid utenfor ordinær arbeidstid når det foregår i ryddige former. Psykologene har imøtekommet behov som UNN har signalisert, og det er inngått flere avtaler om arbeidstid ut over ordinær dagtid. Psykologer er opptatt av at de sykeste pasientene skal ha den beste kompetansen. ✕

TEKST Rune Frøyland, visepresident i Norsk psykologforening

ARBEIDSTID

Å ha psykologer som arbeider på kveldstid, gir ikke flere psykologtimer totalt sett

STÅ I MOT FRISTELSE

Tilsvarene til Abbas og El Agroudi får meg til å tenke på Matteusevangeliets fortelling om Jesus som fristes av Djevelen, skriver artikkelforfatter Ole Magnus Vik. Maleri: The Temptation of Christ on the Mountain / Duccio di Buoninsegna / Wikimedia Commons



Djevelen frister oss der vi er sterkest

ISDTPs forsvarere synes å mene at kritiserte forhold ved metoden i hovedsak skyldes feil bruk og misforståelser. Det blir for lettvin.

TEKST Ole Magnus Vik, psykolog og filosof

ISTDP

TRE «HOVEDFORSVARSLINJER» fra ISTDP-fagmiljøet synes å ha blitt etablert av henholdsvis Abbas og El Agroudi i september- og novemberutgaven av tidsskriftet. Den første linja kan beskrives slik: «*Mye av kritikken mot ISDTP kan i like stor grad ramme andre terapi-tradisjoner, altså at det heller er en kritikk av psykoterapi som sådan snarere enn kritikk av ISDTP.*» Den andre er: «*Mange av de forholdene som ISDTP kritiseres for, skyldes ikke metoden, men feil bruk av den.*» Den tredje linja synes å

være: «*Eventuelle feil kan langt på vei nulles ut ved tilstrekkelig veiledning og utdanning.*» Det kan altså virke som om flere i ISTDP-miljøet ikke vil være med på at det fins reelle slagsider forbundet med metoden i seg selv. Inntrykket jeg sitter igjen med etter å ha lest disse tilsvarene, er at i ISDTP kan alle «feil» forebygges. Så lenge man jobber målrettet og «deliberate».

Mye av kritikken har rettet seg mot risikoen for terapeutens «omnipotente» posisjon. Mitt inntrykk er at ISDTP helt fra starten av har tatt

mål av seg til å være en utpreget *vitenskapelig operasjoniserbar* psykoteraeutisk praksis. I alle fall hvis man sammenligner den med andre psykodynamiske tradisjoner. Blant annet virker det som om metoden søker å gi terapeuten et begrepsapparat for å kunne beskrive veldig mye av det som skjer fra øyeblikk til øyeblikk i terapirommet. Det tegnes altså opp et bilde av en metode med et epistemisk ambisjonsnivå som oftere forbindes med andre vitenskapstradisjoner, for eksempel naturvitenskapene. Med andre ord synes det å være et «forståelsesideal» i ISDTP som er veldig høyt. Jeg stiller meg undrende til at sentrale stemmer i miljøet tilsynelatende ikke åpner for at det høye forståelsesidealet også kan gi metoden noen *iboende* svakheter – som for eksempel økt risiko for omnipotens.

DJEVELEN I DETALJENE

Tilsvarene til Abbas og El Agroudi får meg til å tenke på Matteusevangeliets fortelling om Jesus som fristes av Djevelen. Etter å ha fastet i ørkenen i 40 dager og 40 netter får Jesus besøk av Satan, som utsetter Jesus for en rekke fristelser. Hvorfor kan han for eksempel ikke bare gjøre om steiner til brød hvis han er så sulten? Ifølge teologen Carl Wisløff rommer denne fortellingen en advarsel: *Der vi er sterkest, må vi være mest på vakt*. Det hadde vært null stress for Jesus å forandre steiner til brød, og dette vet Djevelen. Men Jesus hadde da brukt kreftene sine for å gagne seg selv og ikke menneskeheten. Og det passer liksom ikke helt med hele det der verdensfrelser-imaget. Uansett så ligger det et budskap i fortellingen, som er gyldig for alle oss ikke-frelser også: Djevelen vil lettest få has på oss når hen frister oss på våre styrker heller enn på våre svakheter.

«OFFER» HELLER ENN «POSE OG SEKK»

I psykoteraeutisk arbeid med pasienter blir jeg stadig minnet på den tilsynelatende ufrikelige dualiteten i alt endringsarbeid: For å få noe må jeg også ofre noe. Jeg kan ikke få i både pose og sekk. Pasient A kan for eksempel ha som sitt personlige ideal å velge «snillhet» i møte med andre. Det er helt uproblematisk. Men *offeret* man kanskje da må akseptere, er at snillhet – i alle fall definert som «å ikke såre andres følelser» – noen ganger er i konflikt med andre behov eller idealer, for eksempel effektiv grensesetting. Å verne om sin egen integri-

tet lar seg tross alt ikke sømløst forene med et prosjekt om å aldri skulle trække noen på tærne. I arbeidet med slike problemstillinger tror jeg altså mer på å vektlegge at endring nesten alltid krever reelle «offer» heller enn å nøre opp under det ganske naive håpet om at man kan få i både «pose og sekk».

Når jeg leser tilsvarene til Abbas og El Agroudi, strever jeg med å se noen slik «offervilje» på vegne av ISTDP. Det virker som de mener at man som ISTDP-terapeut både vil ha evnen til å kunne forstå *veldig mye* av det som skjer i rommet sammen med pasienten, og samtidig bevare ydmykheten som forebygger terapeutisk omnipotens.

Både El Agroudi og Abbas argumenterer godt og troverdig når de viser til hvordan det jobbes med å forebygge at ISDTP-terapeuten regredierer til den omnipotente posisjonen. Jeg betviler altså ikke at risikoen for omnipotens kan reduseres gjennom for eksempel veiledning. Men for å spille videre på Fredricksons bilmetafor («*Bilen kan ikke klandres for dårlige sjåførere*», gjengitt i teksten til El Agroudi) så kan man også spørre: Er det også noe med bilens design som øker risikoen for visse ulykker? Eller for å uttrykke det mer bibelsk: Er det også sånn at noen av ISDTPs *iboende* styrker også åpner for å bli fristet av Djevelen?

TALENT/OVERSLAG

Den gode gamle Talent-Overslag-modellen til Ofman handler blant annet om hvordan våre individuelle styrker også kan skape de største problemene for oss. Å være utadvendt kan for eksempel være supert når man er på fest, men kan også føre til at man blir lettere utbrent. Skal man da «slutte» å være utadvendt? Nei, man skal akseptere at utadvendthet også har en risiko ved seg.

Jeg tror ikke ambisjonsnivået til ISTDP er et problem i seg selv. Tvert imot oppleves det for meg (på utsiden av tradisjonen) som et av dens virkelige trekkplaster. Å strebe mot så sikker kunnskap som mulig er tross alt et mål for all vitenskapelig fundert praksis. Dessuten vil det å hevde at et slikt ambisjonsnivå automatisk, eller nødvendigvis, fører til regresjon mot det omnipotente, fort falle på sin egen urimelighet. En slik tendens *kan* som sagt motvirkes gjennom en terapeutisk tradisjon som også søker å kultivere akademisk ydmykhet. Men den kan kanskje ikke nulles ut.



Djevelen vil lettest få has på oss når hen frister oss på våre styrker heller enn på våre svakheter



DEBATT OM ISTDP

Tidligere innlegg:

- Nr. 12 - 2021** ISTDP-debatten angår oss alle (Signe Hjelen Stige)
- Nr. 11 - 2021** Behov for en mer fullstendig angstteori (Zemir Popovac)
- Nr. 11 - 2021** Spisskompetanse, ikke omnipotens (Annette Wolf EI-Agroudi)
- Nr. 10 - 2021** Intensive Short-term Dynamic Psychotherapy - Methods, Evidence, Indications and Limitations (Allan Abbass)
- Nr. 09 - 2021** Jeg var en omnipotent ISTDP-terapeut (Ingeborg S. Lishaugen)
- Nr. 08 - 2021** Faren ved tolkende intervensjoner (Heidi Gjerde)
- Nr. 07 - 2021** Bekymringsmelding om ISTDP mottatt (Filip Myhre)
- Nr. 06 - 2021** Ett år med ISTDP - en bekymringsmelding (Camilla Bärthel Flaaten)

Jeg tror dessuten ikke det er hensiktsmessig (eller spesielt redelig) å forsøke fullt ut å løse et iboende design-problem ved en terapeutisk metode. Dette fordi et slikt forsøk for ISTDPs vedkommende sannsynligvis vil innebære at ISDTP som terapeutisk praksis søker en mindre ambisiøs epistemologi.

ISDTP-tradisjonen vil heller tjene på å i større grad «eie» de innbakte konfliktene mellom deres epistemologiske idealer og deres ydmykhetsideal. Idealene som hverken *kan* eller *bør* forsøkes å løses. «Talentet» til ISDTP er et «overslag» som gjør at risikoen for noen typer «feil» er høyere enn i andre tradisjoner. Og det er helt greit. For sånn er det for alle som jobber ut fra en metode. Å redusere risikoen for omnipotens ytterligere enn det miljøet allerede gjør, vil derfor sannsynligvis være ensbetydende med å gi opp en del av metodens iboende *ethos*. Dermed gjøres ISDTP til noe annet enn den søker å være.

LØFT DEBATTEN

Jeg tror ISDTP-miljøet kan prise seg lykkelige over å ha fått muligheten til å reflektere rundt sin egen praksis som følge av ekstern kritikk. Det samme gjelder for alle andre terapeutiske tradisjoner og skoleretninger. Risikoen for omnipotens er på ingen måte unik for ISTDP.

Mitt ønske for det nye året er at de andre terapitradisjonene også dras gjennom den samme kritiske prosessen. Dette vil dessuten bidra til å fremme en sårt tiltrengt grunnleggende psykoterapidebatt: Hvilke *uunn-gåelige offer* blir vi som utøvere av våre foretrukne terapeutiske metoder stilt overfor? Forhåpentligvis vil det skurre for noen og hver hvis svarene tar form av typen: «*Ingen. Fordi gjennom tiltak X forebygger vi den uønskede effekten Y.*» Den slags hovmod lukter det nemlig svidende av på lang vei! Det er dessuten en type vinn-vinn-retorikk som lettere forbindes med politikken og «kommunikasjonsbransjen» enn med en akademisk psykoterapeutisk kultur. Som psykologer er vi godt rustet til å holde opp et mer ubehagelig, men også potensielt sannere «offernarrativ». Først og fremst overfor våre pasienter, men også for hverandre, så vel som overfor samfunnet som sådan.

Den adekvate responsen i møte med «pose og sekk»-argumenter fra innsiden av egen psykoterapeutiske tradisjon er sannsynligvis å si som Jesus på toppen av Jerusalems bymurer: «Vik fra meg, Satan!» ✕

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.

Vil du skrive for Psykologtidsskriftet?

FOTO: GLENN CARSTENSPETERS / UNSPLASH

Vi ønsker ditt manuskript velkommen

Med et opplag på over 10 000 er Psykologtidsskriftet en enestående arena for deling av erfaringer, kunnskap, 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 OG SEND INN

Manuskripter kan 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 kan finne mer informasjon og forfatterveiledning på Tidsskriftets nettsted. Besøk undersiden *Skriv for oss* på **psykologtidsskriftet.no**.

Skriv for oss:





ANMELDT: BOK

Fyldig oppskrift på korttids gruppeterapi

Mange pasienter kan ha nytte av metoden, men er det nok klinikere som kan etablere tilbudet?



BOK *Fokusert gruppeanalytisk psykoterapi. En integrasjon av klinisk erfaring og forskning*
FORFATTER Steinar Lorentzen
ÅR 2020
SIDER 264

ANMELDT AV

Kjell-Einar Zahl,
 Psykologspesialist og gruppeanalytiker ved Gruppeseksjonen, Follo DPS, Akershus universitetssykehus (Ahus)

STEINAR LORENTZEN, psykiater, professor emeritus og *still going strong*, er en av nestorene i gruppeanalyse her til lands. Han er en av dem som startet den norske gruppe-utdanningen ved Institutt for gruppeanalyse (IGA) på 80-tallet. Han var også tidlig med på å utvikle testbatteri for bruk ved gruppepsykoterapi – som fortsatt brukes ved Nettverk for gruppeterapi i Norge i en mer utviklet og digitalisert versjon.. Selv har han også drevet mye forskning, blant annet på sammenligning av effekt ved ulike lengder på gruppeterapiforløp, og han er en erfaren kliniker og gruppeanalytiker.

Lorentzen har tidligere utgitt en noe tynnere manual, *Group Analytic Psychotherapy – Working with affective, anxiety and personality disorders* (2014), som på 100 sider beskriver retningslinjer for både lang- og korttidsvarianter av gruppeanalytisk psykoterapi.

I denne nyeste boka konsentrerer han seg om korttids gruppeanalytisk terapi, og går grundig til verks gjennom 260 sider fordelt på 10 kapitler. Selv om han her bygger på en velkjent metode utviklet av hans kanadiske kollega K. Roy MacKenzie (1990), synes jeg denne boka er mer pragmatisk, analytisk og dels mer basert på egen forskning og personlige erfaringer, slik undertittelen om integrasjon forespeiler. Lorentzen trekker frem egne synspunkter – og til og med en anekdote fra sin egen læreanalyse – som trøst for de som synes terapeutrollen er vanskelig. Slike personlige erfaringer krydrer lesningen, og Lorentzen kunne godt brukt dette grepet mer.

I første kapittel tar forfatteren oss gjennom grunnleggende historikk og bakgrunn for gruppepsykoterapi og gruppeanalyse, noe som burde være en nyttig innføring for de som er ferske i feltet. Fra kapittel 2 går han rett på Fokusert Gruppeanalytisk Psykoterapi (FGAP), som er korttidsvarianten av gruppeanalyse som han har vært med på å utvikle. På en systematisk måte skisserer han struktur, prosess og innholdet i terapiformen, før vi i neste kapittel like systematisk er med på en seleksjon av de pasientene dette vil være nyttig for. Og la det være sagt med en gang: Det er ikke de dårligste pasientene det er snakk om her, men trolig mer den gjennomsnittlige allmennpolikliniske pasient som kanskje vanligvis ville fått et korttids-tilbud på en poliklinikk.

Boka beskriver nøye hvordan man kan evaluere og velge ut pasientene før en behandling, blant annet gjennom et strukturert intervju (STIPO-R) som brukes til å vurdere strukturell integrasjon av personligheten. Hensikten med denne kartleggingen er blant annet å utelukke de dårligst fungerende pasientene. Han går også grundig gjennom subskalaene på selvutfyllingstesten IIP-C (interpersonlige problemer), som brukes aktivt i beskrivelsen av gruppedeltakerne. I kombinasjon med klinisk intervju benyttes informasjonen til å lage en god *kasusformulering* som så kan brukes til et behandlingsfokus for hver enkelt gruppedeltaker. Ærlig nok skriver han at pasientene trolig ikke er symptomfrie etter denne behandlingen. Det er heller ikke målet, men «å sette i gang en

konstruktiv endringsprosess som vil fortsette etter at terapien er avsluttet». Her baserer han seg også på egen forskning som viser nettopp dette.

Beskrivelsene av metoden for utvelgelse av pasienter er omfattende og for de fleste terapeuter kan de kanskje være for omstendelige til at de kan benytte den i en travel klinisk hverdag. Men det er særlig den grundige gjennomgangen av kasusformuleringer som jeg liker ved denne boka, ettersom slike nå nærmest er blitt obligatoriske i flere psykoterapier på tvers av teori og diagnoser (Gazzillo et al., 2021; Kramer, 2019). Disse kan gi en nyttig «opp-skrift» for videre terapi, og ikke minst styrke relasjonen til terapeuten ved at pasienten føler seg godt forstått. I det han kaller en demonstrasjonsgruppe, gir han på tre–fire sider i bokas appendiks grundige kasusbeskrivelser av åtte ulike pasienter. Disse fiktive, men realistiske eksemplene gis i en mal som kan brukes omtrent uansett hvilken psykoterapiform man måtte sverge til.

Lorentzen har også et fyldig kapittel om terapeuten og dennes intervensjoner i en slik fokusert gruppeterapi, og beskriver detaljert hvordan gruppeleder(ne) aktivt forholder seg i ulike stadier i de seks månedene terapien varer. Til slutt følger nyttige kapitler om forskning på gruppepsykoterapi, og om veiledning av gruppeterapeuten.

Boka har en imponerende liste på 311 referanser. Det vitner om grundig kunnskap og forskning i feltet (om lag 25 er fra forfatteren selv). Jeg savner likevel litt flere nyere referanser. Svært mange er fra før tusenårsskiftet og få (11 %) er fra 2015 eller senere. Begrepet mentalisering er så vidt nevnt, men uten referanser eller sammenligning med FGAP.

Denne boka vil være nyttig for mange klinikere, men svakheten ligger nok mer i *metodens anvendelse*: De som har god utdanning i gruppepsykoterapi i dag fra Institutt for gruppeanalyse og gruppepsykoterapi (IGA), jobber nok oftest i gruppeseksjoner hvor man nesten utelukkende behandler pasienter med relativt alvorlige eller langvarige personlighetsforstyrrelser, og da i langtidsgrupper med for eksempel mentaliseringsbaserte metoder (MBT). Eller de driver privat praksis hvor de har langtids analytiske grupper, med en mer tilbaketent terapeutisk stil enn det Lorentzen beskriver som nødvendig i FGAP. Tilnærmingen kan derfor lett falle mellom to stoler.

Lorentzen stiller ikke noe *krav* om IGA-opplæring i denne boka, selv om han betegner det som en milepæl at også korttids (20 t) gruppeanalytisk terapi nå kan godkjennes som krav til egen gruppepraksis innenfor et toårsprogram ved instituttet. Vi trenger i alle fall kvalifiserte terapeuter dersom FGAP skal komme til nytte på våre mange poliklinikker, og da er denne boka en god begynnelse. Her formidles det ikke bare mye forskning, klokskap og integrert erfaring, men også et stort potensial for en bedre, kostnadseffektiv og mer systematisk behandling av den allmennpsykiatriske pasient, inkludert lettere personlighetsforstyrrelser. ✘

REFERANSER:

- Gazzillo, F., Dimaggio, G. & Curtis, J. T. (2021). Case formulation and treatment planning: How to take care of relationship and symptoms together. *Journal of Psychotherapy Integration*, 31(2), 115.
- Kramer, U. (red.). (2019). *Case formulation for personality disorders: Tailoring psychotherapy to the individual client*. Academic Press.
- Lorentzen, S. (2014). *Group Analytic Psychotherapy – Working with affective, anxiety and personality disorders*. London: Routledge.
- MacKenzie, K. R. (1990). *Introduction to time-limited group psychotherapy*. American Psychiatric Publishing.



... boka er mer pragmatisk, analytisk og dels mer basert på egen forskning og personlige erfaringer

Mye Klara Klok og lite fag

Håndtering av psykososiale utfordringer og krisepsykologi har fått en særlig aktualitet med pandemien. Dessverre er denne nyutgivelsen blitt for faglig substansløs til å utgjøre et vesentlig bidrag.

TEKST Kim Larsen

Redaktørene forklarer at hensikten med boken er å ha «et hovedfokus på de psykososiale utfordringene som kommer i kjølvannet av en pandemi, samt psykososiale støttetiltak som det kan være hensiktsmessig å iverksette på ulike nivåer» (s. 18), og at målgruppen derved er svært bred og består av «helsepersonell, lærere og ledere på ulike nivåer som må planlegge og håndtere en pandemi [...] Boken vil også være svært aktuell på en rekke grunnutdanninger og videreutdanninger innen helse- og sosialfag [...] Boken vil også være aktuell for målgrupper utenfor utdanningsinstitusjoner og helsevesen, som for eksempel bedriftsledere, kommuneansatte og politikere» (s. 19). Boken omhandler pandemier generelt, men mesteparten av eksemplene vil naturlig nok være hentet fra den pågående koronapandemien.

Det er vanskelig å tenke seg en boktittel som er mer aktuell enn denne, og i lys av bokens hyperaktualitet med tanke på hvordan livet har vært siden 12. mars 2020, begynner jeg lesningen med høye forventninger om hva psykologien kan bidra med, både når det gjelder analyser av pan-

demiens påkjenninger og de psykologifaglige begrunnelsene for hensiktsmessige psykososiale tiltak. Påkjenningene omfatter i denne sammenheng både effekten av selve pandemien og effekten av smitteverntiltakene. Boken er delt inn i tre deler. Del en dreier seg om pandemier generelt og beskriver generelle påkjenninger og overordnede støttetiltak, med særlig vekt på sosial støtte og fysisk aktivitet. I del to beskrives spesielle påkjenninger som kan ramme sårbare grupper. Del tre omhandler utfordringer og støttetiltak i arbeidslivet.

Jeg merker raskt at jeg synes både analyser av påkjenningene og beskrivelser og begrunnelser for psykososiale støttetiltak virker veldig selvsagte, comonsensiske og «flate», og de gir

meg umiddelbart assosiasjoner til populærpublikasjonenes spørrespalter og deres snusfornuftige og selvsagte råd. Boken virker psykologfaglig substansløs, et inntrykk som dessverre vedvarer utover i lesningen. Jeg skal ta noen eksempler som kan få frem dette særpreget ved boken.

Under avsnittet «Sosial støtte må gis på den enkeltes premisser» finner vi følgende: «Fordi behov for sosial støtte vil variere fra person til person, fra situasjon til situasjon og over tid, må støtten hele tiden tilpasses og være fleksibel» (s. 58), og under avsnittet «Stol på at din hjelp og støtte er viktig» noen sider etter finner vi følgende: «Det er viktig at nettverket innser at ulike mennesker kan gi ulike former for støtte, og at ingen støtte er «mer verdifull» enn andre» (s. 60). Noen ganger er rådene som gis, til de grader selvsagte at det grenser til det latterlige. Om barns reaksjoner på en pandemi heter det at «reaksjonene skal ikke korrigeres gjennom avvisning, bagatellisering eller latterliggjøring, men skal håndteres gjennom trøst, tålmodighet, nærhet og betryggende forklaringer» (s. 109). Da jeg leste dette, lurte jeg på hvem som i utgangspunktet har tenkt at «avvisning, bagatellisering eller latterliggjøring» hadde vært god barnepsykologi og et hensiktsmessig tiltak. Og slik fortsetter det; ovenstående er ikke vrangvillig utplukkede enkelttekstempler, men dessverre karakteristisk for det faglige nivået i denne boken, med selvsagtheter og intetsigende generaliseringer på rekke og rad. Om ungdom, som er plassert i «sårbar gruppe», heter det: «Ungdommer har som andre i samfunnet behov for informasjon under en pandemi» (s. 122). Ja, selvsagt. Hvem kunne tenkes å mene noe annet? Deretter får vi vite dette: «Ungdommer som opplever å få god og forståelig informasjon, rapporterer mindre engstelighet enn de som opplever å få utilstrekkelig eller uforståelig informasjon» (s. 122). Dette fremstår jo som en ganske tautologisk påstand («Uforståelig informasjon er uforståelig og kan ikke uventet føre til ubehag/engstelse»). Denne typen påstander begrunnes med generelle vendinger som «Både forskning og erfaring viser at ...» eller «Vi vet at ...»

I tillegg bruker mange av forfatterne et svært sterkt språk når de skal formidle hvordan de tenker seg at forskjellige påkjenninger kan skape livslange psykiske følgetilstander. UNICEFs analyse av følgene av nedstengningstiltakene blir beskrevet som at de ville «øke risikoen for at barn ville få dårlig ernæring og mangelfull skolegang, bli digitalt utnyttet på internett, bli utsatt for vold i hjemmet og oppleve engstelse og stress» (s. 98). Når det blir referert til OECDs analyse av virkningene av smittereduserende tiltak overfor barn, blir det pekt på at den viser en risiko for at «en hel generasjon av barn kunne gå *tapt* dersom verdenssamfunnet ikke valgte å prioritere tiltak i barns favør» (s. 98. Min utheving). Dette høres vel litt overkant voldsomt ut? Slike elendighetsbeskrivelser er spredt jevnt utover i boken. Enkelte av forfatterne har også en ganske bred og ikke-empirisk tilnærming til tiltak og kan ha en tendens til å bake inn egne holdninger og verdier som fornuftige pandemiltak. I kapitlet om støttetiltak for innvandrere og flyktninger lærer vi at «Et mer rettferdig, inkluderende og likeverdig samfunn er også pandemi-beredskap» (s. 139).

Den kliniske psykologien startet sin historie med et fokus på patologi og dysfunksjon og dens årsaker. Med dette ensidige fokuset kan psykologien ha vært med på å skape en forestilling om at mennesket er svært vulnerabelt stilt overfor påkjenninger, og kan ha undervurdert evnen til adaptasjon og konstruktiv håndtering av kriser. Siden psykologien også påvirker kulturens syn på hva mennesket tåler av påkjen-

”

... gir meg umiddelbart assosiasjoner til populærpublikasjonenes spørrespalter og deres snusfornuftige og selvsagte råd



BOK *Pandemi og krisepsykologi. Psykososiale utfordringer og støttetiltak*

FORFATTER May Aasebø Hauken & Unni Marie Heltne (Red.)

ÅR 2021

FORLAG Fagbokforlaget

SIDER 199

»



Noen ganger er rådene som gis, til de grader selvsagte at det grenser til det latterlige

ninger, og hva følgene av disse kan bli, kan en slik patologi-orientering inngå i en selvoppfyllende dynamikk. Etter hvert ble det ensidige patologifokuset i psykologien komplettert av et mer salutogent perspektiv. En pioner her var Aaron Antonovsky som med boken *Unraveling the mystery of health. How people manage stress and stay well* (1987) var med på å skape en endring mot en ressursorientering som ethvert gav inspirasjon for den såkalte positive psykologien, der den tidligere depresjonsforskeren Martin Seligman og Mihaly Csikszentmihalyi var førende skikkelser. I krisepsykologien førte dette til en vekt på «traumatisk vekst»; traumer og livspåkjenninger kan også innebære en kilde til personlig modning og utvikling (Hafstad & Siqveland, 2008).

I den generelle intellektuelle diskurs har en også sett en liknende utvikling. Yuval Noah Hararis bestselgende bok *Sapiens. A brief history of humankind* (2011) har vært mye omtalt i denne sammenheng fordi han argumenterer overbevisende for at mennesket aldri har hatt bedre og mer behagelige levekår og bedre helse enn nå. Det nyeste eksempelet er Rutger Bregmans bok *Human kind. A hopeful history* (2020), hvor han analyserer og oppsummerer forskning på kjente krisesituasjoner (bombingen av London under annen verdenskrig, for

eksempel) og finner at folk reagerte mer konstruktivt og ble mindre traumatisert enn tidligere antatt.

Dette salutogene perspektivet er stort sett fraværende i *Pandemi og krisepsykologi*, som har en patologimaksimaliserende fremstilling av både store og små traumer. («Noen kan oppleve stadige videomøter som så belastende at de i liten grad får gjort noe i ettertid», s. 173, om utfordringer og støttetiltak for arbeidstakere).

Pandemi og krisepsykologi er dessverre skuffende på mange måter. Platte råd kommer på løpende bånd, forankret i «Både forskning og erfaring viser ...» Denne ensidigheten inducerer en gnagsåraktig og irriterende leseropplevelse. Dette er dessverre en bok med få aktive. For meg besto denne i at jeg bestilte mange artikler om forskning utført i en rekke land under koronapandemien fra de stort sett fyldige referanselistene etter hvert kapittel.

Som min far brukte å si til meg da jeg presenterte det han mente var selvsagtheter, gjerne ikledd et litt i overkant blomstrende akademisk språk: «Syv år på universitetet, og dette er det du lærte!» Jeg er redd dette er et utsagn som også kan passe på denne boken: selvsagte analyser og innlysende råd som ikke yter faget rettferdighet, og som nærmest stiller krisepsykologien i et litt latterlig lys. ✘

REFERANSER:

Antonovsky, A. (1987). *Unraveling the mystery of health. How people manage stress and stay well*. Jossey-Bass.

Bregman, R. (2020). *Human kind. A hopeful history*. Little, Brown & Company.

Hafstad, G. S. & Siqveland, J. (2008). Posttraumatisk vekst: mot et mer helhetlig bilde på posttraumatisk tilpasning. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 45, 13–17.

Harari, Y. N. (2011). *Sapiens. A brief history of humankind*. Random House.

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

RICHARD HAVILAND KNOFF

(1950–2021)



OM FORMIDDAGEN, på årets nest siste dag, ga Richard opp kampen mot sykdom og svekkelse. Hans bortgang berører ikke bare familie, venner og kollegaer. Psykologstanden har mistet en original fagfelle med en utradisjonell karriere bak seg.

Etter å ha blitt uteksaminert fra Psykologisk institutt i Oslo i 1978 – for øvrig med glimrende karakterer – valgte Richard å reise til Kvinnerad som nyslått kommunepsykolog. Dette skjedde i en tid der en slik stillingsbetegnelse var ny, og få psykologer jobbet i førstelinjen. For en ung mann oppvokst på Nordstrand i Oslo ble overgangen til både sted og arbeid unektelig ganske stor, men Richard likte nybrottsarbeid. Han forsto raskt betydningen av psykisk helsearbeid på grasrotnivå og hvordan å dra nytte av psykologisk kompetanse. Arbeidet appellerte også til hans evne til å analysere, se sammenhenger og skreddersy tjenester etter behov.

Tilbake på Østlandet var neste jobb som attføringskonsulent ved Ullersmo landsfengsel, før han tok skrittet over til konsulentbransjen, der han fikk bruk for sin interesse for anvendt arbeids- og organisasjonspsykologi. I denne perioden ble han også familiemann. Han giftet seg med Wenche, ble pappa til Håvard og flyttet til Nordstrand.

I 1985 etablerte Richard Asplan Analyse og Agenda Utredning & Utvikling, der han både var direktør og utøvende konsulent i en periode på åtte år. Etter noen års solokarriere som konsulent søkte Richard seg tilbake til en stilling innenfor offentlig forvaltning. Med sin brede erfaring med ledelses- og organisasjonsutvikling innenfor offentlige virksomheter ble Richard ansatt som trygdedirektør i Oslo i 2005. Han uttalte den gang at «fylket er et morsomt forvaltningsnivå», og siktet til nærheten til det enkelte trygdekontor, som minnet ham om førstelinjen. Sine siste aktive arbeidsår tilbrakte Richard i Statens helsetilsyn, både som seniorrådgiver og avdelingsdirektør. Han var en dyktig foredragsholder og forfatter/medforfatter

av en lang rekke rapporter, veiledere og tilsynspublikasjoner i løpet av årene i Helsetilsynet.

En slik spennvidde i karriere vitner om faglig pågangsmot, talent for systematikk og ikke minst vilje til hardt arbeid. Richard var i besittelse av alt dette. I tillegg var han passe beskjeden, tilstrekkelig tilbaketrukket og årvåkent til stede for sine medarbeidere og venner. En tidligere kollega mente at han hadde «en statsviter kunnskaper og en psykologs empati». Vi som kjente ham, lærte å verdsette så vel hans seriøse som uformelle sider, hans særegne humor og hans skarpe blikk på psykologfaget.

Mye av fritiden brukte Richard på musikk – til stor glede for ham selv og oss andre. Han var en habil gitarist som fremførte både egen og andres musikk. Han hadde en særlig forkjærlighet for 60-tallets harmonier, og kunne sin Beatles utenat. Som sentral musikalsk bidragsyter i et kollegaforum av psykologer som regelmessig har møttes til faglige og ufaglige møter i over 40 år, vil tomheten etter ham bli særlig merkbar. Vi er takknemlige for at Richard var vår venn, og vil huske ham slik han var på sitt beste. Vi føler oss fattigere uten ham.

*Monica Sarfi, Nils Norderhaug,
Sissel Gran, Morten Hammer*

Kan arbeidsgiver si opp en ansatt på grunnlag av advarsel fra Helsetilsynet?

I desember 2021 avsa Høyesterett en dom som er relevant for alle psykologer. En helsefagarbeider hadde uten tjenstlig behov gjort oppslag i journalen til kjærestens ekskone. Dette innebar en overtredelse av helsepersonelloven § 21 a («snokeforbudet»), og Helsetilsynet ila advarsel. Arbeidsgiveren mente at advarsel ikke var tilstrekkelig og ga oppsigelse. Helsefagarbeideren hevdet at et vedtak fra Helsetilsynet må virke normerende for arbeidsgivers reaksjon, og reiste søksmål om gyldigheten av oppsigelsen.



FOTO: PSYKOLOGFORENINGEN

TEKST

Ellen Ekre Engh,
spesialrådgiver/
advokat

Det var et anstrengt forhold mellom helsefagarbeideren og pasienten, og de to hadde hatt en opphetet diskusjon på SMS etter at helsefagarbeideren ble klar over at pasienten hadde klaget henne inn til Fylkesmannen (nå Statsforvalteren).

Helsetilsynet la til grunn at overtredelsen representerte et alvorlig pliktbrudd, idet det kan ha avgjørende betydning for liv og helse at helsepersonell etterlever § 21 a. Formålet bak bestemmelsen er å sikre at pasienter ikke holder tilbake informasjon for sine behandlere av frykt for at ansatte uten tjenstlig behov skal få kjennskap til dette.

Høyesterett fastslår at arbeidsgiver ikke er forpliktet til å avvende Helsetilsynets konklusjoner eller er avskåret fra å gå lenger, og uttaler: «De to sporene bygger på hver sin lovgivning, der ulike hensyn gjør seg gjeldende. Vilåårene for å ilegge sanksjoner er ulike i de to regelsettene, og sanksjonene er forskjellige.» Retten legger videre vekt på at «arbeidsgiveren har en annen rolle og et bredere spekter av hensyn å ivareta».

Om dette tosporede systemet uttaler retten: «Et vedtak fra Helsetilsynet er på den annen side ikke uten relevans i vurderingen av om det er grunnlag for oppsigelse som følge av brudd på helsepersonelloven.» Videre uttaler retten: «Det vil videre ha betydning om arbeidsgiveren har stilt strengere krav til yrkesutøvelsen enn det som følger av loven.» Særlig det siste er viktig å merke seg her ettersom denne uttalelsen viser at det er relevant om det på arbeidsplassen (også utenfor helsetjenesten) finnes retningslinjer for taushetsbelagt informasjon som de ansatte plikter å følge. Dommen kan dermed bli relevant også utenfor helsetjenesten, for eksempel for psykologer som på andre arbeidsplasser har tilgang til taushetsbelagt informasjon.

Etter dette konkluderer retten med at et tilsynsvedtak ikke utgjør en sentral premisse for arbeidsgiverens vurdering, kun at det har en viss relevans.

Retten legger til grunn at helsepersonelloven § 21 a er en sentral bestemmelse som ansatte må ha et bevisst forhold til. Helsefagarbeideren hadde bagatellisert mulige brudd på helselovgivningen ved å uttrykke i møte med arbeidsgiver at hun «ikke ville ofre jobben sin for en slik fillesak». Dette sammenholdt med at SMS-utvekslingen og det anstrengte forholdet dem imellom var egnet til å skade tillitsforholdet mellom pasienten og sykehuset ytterligere, ble tillagt avgjørende vekt i helsefagarbeiderens disfavør. Det var altså ikke journaloppslaget alene som gjorde oppsigelsen forholdsmessig og saklig. Høyesterett la også en viss vekt på at arbeidstakeren ikke varslet arbeidsgiveren om situasjonen.

Uavhengig av om det er tale om oppsigelse eller ikke, er det et godt råd å beklage slike brudd, å vise både tilsynsmyndighetene og arbeidsgiver at du har tatt lærdom av dine feil, og vise til hvordan du skal unngå at liknende brudd på helsepersonellovgivningen skal skje igjen.

Arbeidsgiver hadde ikke begrunnet oppsigelsen med SMS-utvekslingen og det anstrengte forholdet mellom helsefagarbeideren og pasienten. Dette kom først opp ved behandlingen i lagmannsretten. Helsefagarbeideren fikk ikke medhold i at retten måtte se bort fra dette ved vurderingen av oppsigelsens saklighet. Dette representerer en nyutvikling ettersom det tidligere har vært lagt til grunn at kun de elementer arbeidsgiver faktisk vektla da oppsigelsen ble gitt, skal vurderes.

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

Endelig en tillitsreform?

Vi har over flere år bedt om en tillitsreform i offentlig sektor. Det må gjøres betydelige begrensninger i styringssystemer som legger hindre for god fagutøvelse. Blant annet sykehusstreiken i 2016, der Psykologforeningen og Legeforeningen var viktige aktører, hadde fokus på aggressiv arbeidsgiverstyring. Budskapet i 2016-streiken var at pasientnære ledere og behandlere må få større beslutningsmyndighet; gode beslutninger tas best av de som daglig møter pasientene og ser hvor skoen trykker. Ansvar og kontroll må flyttes nedover i systemene. Også tillitsvalgte må bli hørt gjennom reelle dialoger, medbestemmelse og partssamarbeid.

Det har siden 2016 pågått et fortløpende politisk påvirkningsarbeid fra fagforeninger for å tydeliggjøre behovet for en tillitsreform og vise at involvering, medvirkning og medbestemmelse er nøkkelen til suksess. Det har allikevel ikke blitt bedre siden streiken i 2016. Heller verre. Behandlere overbelastes av nye kodekrav, frister og tidsstyrer. Pasientene opplever manglende fleksibilitet, informasjon og medvirkning. I all iveren etter å fjerne uønsket variasjon har vi samtidig mistet evnen til å tilby den ønskede og helt nødvendige variasjonen i møtet med enkeltmennesker og familier.

Det har blitt stadig tydeligere hvordan dagens ledelsesideologi i kunnskapsorganisasjoner har spilt fallitt. Kontroll og administrativ styring må fremover erstattes av ledelse som fremmer tillit og samarbeid. Psykologer har et genuint ønske og driv etter å gi god behandling og å fornye og forbedre tjenester, men blir heller kontrollert, sanksjonert og demotivert. Skal sykehusene våre kunne møte morgendagens krav og forventninger til behandling og kvalitet, må pyramiden snus. Tillitsvalgte og fagmiljøer må få reell medbestemmelse og medvirkning, slik «den norske modellen» beskrives i festtaler fra arbeidsgivere: som en god og nødvendig modell for økt produksjon og kvalitet. Medbestemmelse og forankring hos de ansatte lønner seg!

Regjeringen har tatt behovet for en tillitsreform inn over seg. I en invitasjon til partene i arbeidslivet til et møte 18. januar 2022 skriver statsministeren at en tillitsreform i offentlig sektor er et av regjeringens viktigste prosjek-

ter. Tillitsreformen skal nå omgjøres til praktisk politikk, og regjeringen skal begynne å konkretisere hva de vil. Målet er å gi mer velferd og bedre tjenester, og til rett tid. Regjeringen ønsker et forsterket trepartssamarbeid som sikrer godt tjenestetilbud. Statsministeren beskriver i invitasjonen at reformen skal skje nedenfra i tett samarbeid med tillitsvalgte, brukerorganisasjoner og innbyggere. Det skal finnes løsninger som gir mer rom og tid til bedre tjenester i førstelinjen i stat og kommune.

Dette kan fort bli store ord og lite annet. Norge er sist ut av de skandinaviske landene til å iverksette en tillitsreform og endring av offentlig styring. Og det er ikke utenkelig at prosjektet fra regjeringen uthales i tid. I Sverige ønsker de et alternativ til New Public Management (NPM), som har vært rådende gjennom flere årtier. Men svenske utredninger har tatt mange år. Årelange prosesser må vi unngå i Norge, og det må legges press på regjeringen for å få fremdrift.

Det er mye vi må arbeide for når det skal lages en norsk tillitsreform. Det må ikke kun bli en førstelinjereform, det må gjøres nødvendig opprydding generelt. Det må defineres særskilte utfordringer og behov innenfor ulike sektorer, som skole og helse. Et sentralt råd til regjeringens videre arbeid er å samarbeide tett med de ulike sektorene for å identifisere konkrete styringsfeil og tiltak for hver enkelt sektor. Psykologforeningen vil følge arbeidet tett, både alene og sammen med fellesskapet i hovedorganisasjonen Akademikerne.



FOTO: PSYKOLOGFORENINGEN

TEKST Visepresident med ansvar for lønns- og arbeidsmarkeds-politikk Rune Frøyland



EMDR Norge Digital konferanse

Eye Movement Desensitization and Reprocessing

Dagskonferanse 10. mars 2022

Tema vil være *EMDR i forhold til sorgarbeid, lederutvikling, rusavhengighet og arbeid med barn og Internal family system.*

Forelesere: Bjørn Aasen, Kjersti Vangberg Sørdal, Janne Amundsen og Savita Dalsbø

Påmelding skjer via nettsidene til:
www.emdrnorge.no



Grunnutdanning i EMDR

Eye Movement Desensitization and Reprocessing

Fysisk oppmøte og digitalt.

**Kursholder: Psykolog Bjørn Aasen,
EMDR Europe Accredited Senior Trainer**

**The Art of EMDR m/Roger Solomon
Røros, 20.–23. september – Ny dato!**

Informasjon: www.emdrutdanning.no

KRONISK TRAUMATISERING OG TRAUMERELATERT DISSOSIASJON

12 dagers kursrekke (4x3 dager)
med Arne Blindheim
og Marianne Straume (psyk. spes.)
Stavern, september 2022–april 2023

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



Megan Virtue

**Psychoanalysis:
the body-mind and
psychosomatics**

Institutt for Psykoterapi inviterer til dagsseminar i Oslo og i Trondheim.

Seminar i Oslo arrangeres lørdag den 2. april 2022
kl. 09.00–17.00. Påmelding innen 18. mars, via link nederst
i annonsen.

Seminar i Trondheim arrangeres lørdag 11. juni 2022
kl. 09.00–17.00. Påmelding innen 27. mai, via link nederst
i annonsen.

For å se program: følg linken nederst i annonsen.

Megan Virtue is a Training Analyst and Supervisor of the British Psychoanalytical Society. After reading humanities she trained as a clinical psychologist, and later as an adult psychotherapist at the Tavistock Clinic, London. She is qualified as a psychosomatician, Institut de Psychosomatique Pierre Marty, Paris. Alongside her psychoanalytic practice, for the past thirteen years she has been working with gastroenterology patients in hospital practice. She teaches at the Institute of Psychoanalysis and is Honorary Lecturer in the Psychoanalysis Unit, University College London.

Seminars will be offered on dreaming, the excess of the drives, trauma and representation with reference to clinical practice in gastroenterology. The day will end with a clinical seminar.

I det avsluttende kliniske seminaret (90 min.) kan en av deltakerne legge frem kasus for diskusjon. Dersom du kan tenke deg å legge frem, ta kontakt med Ole Johan Finnøy, e-post und-leder@instpsyk.no og telefon **905 14 931**.

Seminaret søkes som vedlikeholdsaktivitet hos Norsk psykologforening og Den norske legeförening.

Seminaret holdes på engelsk.

Sted:

Oslo: Institutt for Psykoterapi, Gjerdrums vei 19 (5.etg), 0484 Oslo

Trondheim: Scandic Nidelven, Havnegata 1–3, Trondheim

Pris: kr 3 500,-

Påmelding og se program via denne linken:

<https://instpsyk.no/megan-virtue-psycho-analysis-the-body-mind-and-psychosomatics/>



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



JOSEF OG HALDIS ANDRESENS LEGAT Stipender til forskning

Legatets avkastning skal bl.a. stilles til disposisjon for forskning, fortrinnsvis **klinisk psykiatrisk forskning** med formål å forebygge og behandle psykiske lidelser.

Søknad fremmes på fastsatt søknadsskjema som kan hentes på <https://www.regnskapskollegiet.no/skjema> eller ved henvendelse tlf. 934 11 560.

Søknad sendes pr. post til:

**Bærum kommune Helse og Sosial
v/Andreas Lundin, Rådhuset, 1304 Sandvika
innen 30. april 2022.**

SØKER KONTOR I OSLO SENTRUM.

Ønsker langsiktig leie av sentralt kontor i Oslo. Gjerne klassiske detaljer og fin utsikt.

Henv. tlf. 970 20 947

EMDR MED BARN

20.-22.04.22. digitalt
se info på www.emdrkurs.no

Kurset holdes av A Savita Dalsbø,
psykologspesialist,
EMDR Europe Approved C & A Senior Trainer



Følg Tidsskrift for
Norsk psykologforening på

facebook

KONTORER I KRISTIANSAND SENTRUM

TIL LEIE. Ønsker du som terapeut å være en del av et helsefelleskap? Vi har ledig to av fire kontorer i nyoppusset lokale.

Vi holder til i Kongensgate 30, nydelig beliggenhet rett ved sjøen.

Vi vil gjerne høre fra deg! Se finnkode: 241217045 eller kontakt Marianne på e-post mc.bjerge@outlook.com for mer informasjon.

Ønsker du å annonsere i Psykologtidsskriftet?

Neste utgivelse er **1. mars**,
frist for å bestille annonse
til mars-utgaven er **16. februar**

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



NORSK
PSYKOLOG
FORENING

Stempel med medlemslogo for psykologer

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

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

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





BLI MED PÅ DEN 9.

INTERNASJONALE ADVENTURE THERAPY KONFERANSE

**20.–25. JUNI 2022
KRISTIANSAND OG HOVDEN**

Jobber du med utendørsterapi eller ønsker du å kombinere psykisk helsearbeid og friluftsliv er denne konferansen for deg!

Sørlandet sykehus, Universitetet i Agder, Kristiansand kommune og Blå Kors inviterer til en spennende konferanse hvor over 100 akademikere og fagprofesjonelle fra hele verden presenterer og diskuterer deres forskning og praktiske erfaring fra utendørsterapifeltet. Det blir mulighet for nettverksbygging, deltakelse i praktiske workshops samt dialog omkring implementering og utvikling av feltet på tvers av kulturer.

Se www.9iatc.internationaladventuretherapy.org for mer informasjon.



NYTT KULL -ETTÅRIG DELTIDS UTDANNING INTEGRAL TERAPEUT

Integral terapi er en **unik** terapiform, basert på lang terapeutisk praksis og livserfaring. Gammel østlig visdom i forening med moderne psykologi gir studiet en helhetlig tilnærming: Det fysiske og psykiske individet, individet i nærmiljøet, samfunnet og naturen, samt et spirituellet perspektiv står sentralt.

Studiet er godkjent med 72 timer som vedlikeholdskurs for psykologspesialister.

Studiet er samtidig et tilbud om en dypere realisering av menneskets sanne natur.

Grunnbok i utdanningen: Sakhi, U.S & Nordhelle, G. (2020). *Å leve i pakt med Moder Jord. Integral terapi*. Cappelen Damm (2021).

Faglig ansvarlige: U.S. Sakhi og Grethe Nordhelle.

Se mer om studiet, instituttet og oss på www.nordhelle.no eventuelt kontakt psykolog Grethe Nordhelle, tlf. 928 00 226.

Søknadsfrist **1. april**.

INTEGRAL PSYKOLOGISK INSTITUTT AS

12 dagers Treningsprogram i Acceptance and Commitment Therapy (ACT)



Bedre Terapeuter

Kursholdere: Psykologspesialistene Thorvald Andersen og Asle T. Elen.

Vil du lære ACT eller videreutvikle eksisterende ACT-ferdigheter? Vi tilbyr et omfattende program med nok dybdetrening til å anvende ACT i din kliniske praksis. Kurset gir også fordypning i fokusert ACT (FACT) med Thomas Gustavsson som har arbeidet med ACT siden slutten av 1990-tallet og er medforfatter om to bøker om FACT.

Sted: Tønsberg, Tollboden, Nedre Langgate 38.

Dato: 31 mai – 02 juni 2022. 14 – 16 september 2022. 02 – 04 november 2022. 18 – 20 januar 2023.

Pris: 26.000 Kr. inkl. lunsj, kaffe og frukt.

Påmelding: www.bedreterapeuter.no

Kontakt: kontekstuell@gmail.com

Introduksjon til Emosjonsfokusert Terapi (EFT) – teori og terapeutiske intervensjoner

Festspillkurs, Bergen 2.–3. juni 2022

Kurset inneholder blant annet ferdighetstrening, opplevelsbaserte øvelser og undervisning med utgangspunkt i video av terapi.

Målgruppe

Terapeuter som jobber med individualterapi. Det er ikke nødvendig med noen forkunnskaper om EFT.

Innhold

Deltakerne skal få en grunnleggende innføring i hva EFT er. Det blir særlig fokus på de viktigste empatiske intervensjonene og terapeutiske mikroferdighetene i metoden. I tillegg vil deltakerne bli presentert for de to mest sentrale stol-arbeidene i EFT, uoppgjorte forhold og selvkritikk-splitt.

Målsetting

- Praktiske ferdigheter for å jobbe opplevelsbasert med endring av følelser i terapi
- konkrete intervensjoner som kan integreres og anvendes i egen praksis

Om kurslederne

Vanja Hjelmseth er psykolog ved Institutt for Psykologisk Rådgivning i Bergen, og jobber med terapi, opplæring av terapeuter og veiledning innen metodene Emosjonsfokusert terapi og Emosjonsfokusert Ferdighetstrening. Hun er medforfatter på boken «Emosjonsfokusert ferdighetstrening for foreldre – en lærebok for terapeuter og veiledere».

Anne Hilde Vassbø Hagen er leder og psykolog ved Institutt for Psykologisk Rådgivning i Bergen, og jobber med terapi, opplæring av terapeuter og veiledning innen metodene Emosjonsfokusert terapi og Emosjonsfokusert Ferdighetstrening. Hun er medforfatter på boken «Emosjonsfokusert ferdighetstrening for foreldre – en lærebok for terapeuter og veiledere», «De seks store følelsene» og har skrevet boken «Sinte barn og sinte voksne». I tillegg har hun laget de populære Alfred & Skyggen-filmene om følelser.

Tid: kl. 0900–1700 begge dager.

Kurset godkjennes som vedlikeholdsaktivitet med 16 timer.

KURSAVGIFT: KR 7 400

PÅMELDINGSFRIST: 28. APRIL 2022



NORSK PSYKOLOGFORENING – UTDANNINGS-AVDELINGEN
PB. 419 SENTRUM, 0103 OSLO, TLF. 23 10 31 30

FOR MER INFORMASJON OG PÅMELDING SE www.psykologforeningen.no/kurs-og-utdanning

Jobbfokusert behandling av depresjon og angst

Hvorfor integrere jobbfokus i klinisk arbeid?

Festspillkurs 17-22, Bergen 2.–3. juni 2022

Målgruppe

Psykologer i primær og spesialisthelsetjenesten som arbeider med pasienter som står i fare for å falle ut av/ har falt ut av arbeidslivet

Innhold

- Bakgrunnen for arbeidsfokusert terapi
- Gjennomgang av forskningsgrunnlaget. Hvilken effekt har jobbfokusert behandling på depresjon, angst og tilbakegang til arbeid etter sykefravær?
- Refleksjoner rundt hvorfor det er behov for et paradigmeskifte i behandling av depresjon og angst
- Praksisnær gjennomgang av jobbfokuserte intervensjoner i terapi for angst og depresjon. Undervisningen vil ta utgangspunkt i «Jobbfokusert terapi ved depresjon og angstlidelser – en behandlingsveileder» fra Diakonhjemmet sykehus 2019

Målsetting

Deltakerne skal sitte igjen med en økt forståelse av viktigheten av å integrere jobbfokus i ordinær psykoterapi for angst og depresjon, samt kjennskap til noen konkrete jobbfokuserte intervensjoner.

Om kurslederne

Ragne Gunnarsdatter Hole Gjengedal er psykologspesialist og enhetsleder ved Enhet for klinisk forskning og innovasjon ved Voksenpsykiatrisk avdeling Vinderen, Diakonhjemmet Sykehus. Leder flere forskningsprosjekt som ser på effekten av korttidsterapi og jobbfokus for pasienter med depresjon og angst.

Danielle Wright er psykologspesialist ved Enhet for klinisk forskning og innovasjon og Teamkoordinator for Poliklinikk Helse og Arbeid ved Voksenpsykiatrisk avdeling Vinderen, Diakonhjemmet sykehus. Bidratt i etablering og utvikling av behandlingstilbud for psykisk helse og arbeid ved sykehuset.

Tid: kl. 0900–1700 begge dager.

Kurset godkjennes som vedlikeholdsaktivitet med 16 timer.

KURSAVGIFT: KR 7 400
PÅMELDINGSFRIST: 28. APRIL 2022



NORSK PSYKOLOGFORENING – UTDANNINGSAVDELINGEN
PB. 419 SENTRUM, 0103 OSLO, TLF. 23 10 31 30
FOR MER INFORMASJON OG PÅMELDING SE www.psykologforeningen.no/kurs-og-utdanning

Suicidologi og vurdering av selvmordsfare

Festspillkurs 101-22, Bergen 2.–3. juni 2022

Målgruppe

Psykologer og psykologspesialister.

Innhold

- Metodeproblemer i selvmordsforskningen
- Selvmord – et lavfrekvent og et multikausalt betinget fenomen
- Viktige funn i suicidologisk forskning, som effekter av begrensning i adgang til selvmordsmetoder og spredningseffekter som følge av mediaomtale
- Kunnskap om hvordan det går med personer som har utført et alvorlig selvmordsforsøk
- Kunnskap om hvorfor det er så vanskelig å predikere selvmord på individnivå, samt den essensielle forskjellen mellom et prospektivt og et retrospektivt perspektiv
- Kronisk suicidalitet og selvskading
- Profesjonelles reaksjoner på selvmord og depresjon hos pasienter
- Egne reaksjoner i møte med suicidalitet, overføring og motoverføring
- Ethiske dilemma ved selvmordsforebyggende tiltak på individnivå
- Det anvendes reelle og anonymiserte eksempler

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

Om kursleder

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

Tid: kl. 0900–1700 begge dager.

Kurset godkjennes som vedlikeholdsaktivitet med 16 timer.

KURSAVGIFT: KR 7 400
PÅMELDINGSFRIST: 28. APRIL 2022



NORSK PSYKOLOGFORENING – UTDANNINGSAVDELINGEN
PB. 419 SENTRUM, 0103 OSLO, TLF. 23 10 31 30
FOR MER INFORMASJON OG PÅMELDING SE [WWW.PSYKOLOGFORENINGEN.NO/KURS OG UTDANNING](http://www.psykologforeningen.no/kurs-og-utdanning)

WAIS-IV

Festspillkurs 108-22, Bergen 2.–3. juni 2022

Målgruppe

Psykologer og psykologspesialister.

Målsetting

Gi grunnlag for selvstendig og faglig oppdatert bruk av WAIS-IV i klinisk psykologarbeid på tvers av ulike psykologroller og problemstillinger.

Innhold

Dette er et kurs som tar for seg både administrasjon og tolkning av WAIS-IV. Det gis en presentasjon av Wechsler-testene generelt og WAIS-IV spesielt, samt de amerikanske og skandinaviske standardiseringsprosjektene. Endringer fra WAIS-III i oppbyggingen av testen gjennomgås, herunder nye og gamle deltester og indekser. Kurset vil innbefatte øvelser i administrering av de nye deltestene og tilbakemelding av resultatene, fokusering på unngåelse av typiske administreringsfeil, samt gjennomgang og øvelse på en trinnvis modell for tolkning av testresultatene med verktøy/metoder som går utover det som finnes i manual og skåringsprogram.

Ta med WAIS-IV kofferten hvis mulig. Deler av kurset vil bli casebasert og kursdeltagerne oppfordres til å ta med kasuistikker/testprotokoller.

Om kursledere

Eivind Haga Ronold er spesialist i klinisk nevropsykologi. Han har cand. psychol. fra Universitet i Bergen fra 2015, og jobbet og hadde praksis på universitets klinikk for nevropsykologi i studietiden. Han er i siste året av sin PhD ved universitet i Bergen som omhandler kognitive vansker ved depresjon, og underviser i klinisk nevropsykologi som en del av graden.

Erlend Ronold er spesialist i klinisk nevropsykologi. Han har cand. psychol. fra Universitetet i Bergen fra 2015. Han jobber nå som nevropsykolog på Avdeling for Fysikalsk Medisin og Rehabilitering, Lassa. I tillegg til dette jobber han i privat praksis. Tidligere har han jobbet med alderspsykiatri og barne- og ungdomshabilitering.

Tid: kl. 0900–1700 begge dager.

Kurset godkjennes som vedlikeholdsaktivitet med 16 timer.

KURSAVGIFT: KR 7 400

PÅMELDINGSFRIST: 28. APRIL 2022



NORSK PSYKOLOGFORENING – UTDANNINGSAVDELINGEN

PB. 419 SENTRUM, 0103 OSLO, TLF. 23 10 31 30

FOR MER INFORMASJON OG PÅMELDING SE [WWW.PSYKOLOGFORENINGEN.NO/KURS OG UTDANNING](http://www.psykologforeningen.no/kurs-og-utdanning)

Autismespekterforstyrrelser: Forståelse av kjernevansker og tiltak

Festspillkurs, Bergen 2.–3. juni 2022

Målgruppe

Psykologer og leger (psykologer vil bli prioritert).

Målsetting

Å gi deltakerne en økt forståelse av hva autismespekterforstyrrelser er og å gi en oversikt over tiltak som kan være hensiktsmessige for personer med autismespekterforstyrrelser som har et evnenivå innen normalområdet (Asperger syndrom/ «høytfungerende autisme»).

Kursinnhold

- Introduksjon til autismespekterforstyrrelser (historikk)
- Kjernevansker hos personer med autismespekterforstyrrelser
- Kognitiv atferdsterapi for angstlidelser hos personer med autismespekterforstyrrelser
- Søvnvansker hos personer med autismespekterforstyrrelser
- Tilrettelegging i skole og arbeidssituasjon
- Andre tiltak for personer med autismespekterforstyrrelser

Undervisningsmetode

Forelesning med powerpoint og gruppearbeid.

Om kursleder

Jon Fauskanger Bjåstad er psykologspesialist og har doktorgrad i klinisk psykologi. Han arbeider som forskningssjef for Klinikker for psykisk helsevern i Helse Stavanger og ved Institutt for militærpsykiatri og stressmestring (IMPS) i Forsvaret. Han har lang erfaring fra BUP innen arbeid med autismespekterforstyrrelser hos barn og ungdom. Som del av sin kliniske doktorgrad i Australia har Bjåstad jobbet sammen med Professor Tony Attwood som er en internasjonalt anerkjent ekspert på Asperger syndrom og autismespektertilstander. Han er godkjent veileder i kognitiv terapi av Norsk Forening for Kognitiv Terapi (NFKT).

Tid: kl. 0900–1700 begge dager.

Kurset godkjennes som vedlikeholdsaktivitet med 16 timer.

KURSAVGIFT: KR 7 400

PÅMELDINGSFRIST: 28. APRIL 2022



NORSK PSYKOLOGFORENING – UTDANNINGSAVDELINGEN

PB. 419 SENTRUM, 0103 OSLO, TLF. 23 10 31 30

FOR MER INFORMASJON OG PÅMELDING SE [WWW.PSYKOLOGFORENINGEN.NO/KURS OG UTDANNING](http://www.psykologforeningen.no/kurs-og-utdanning)



Valgfritt program i:

Allmennpsykologi – psykologisk behandlingsarbeid i kommunal kontekst

Målgruppe

Psykologer som arbeider i kommunen og i førstelinjetjenester. Utdanningen er også aktuell for psykologer som driver privatpraksis eller som ønsker å øke sin allmennpsykologiske kompetanse utenom spesialistutdanningen.

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

Forventet læringsutbytte

Det valgfrie programmet i allmennpsykologi gir økt rolleforståelse for psykologen som behandler, samarbeidspartner og endringsagent i kommunal kontekst.

Psykologen skal etter programmet ha kompetanse mht.

- Forebygging og behandling av psykiske lidelser og rus
- Beherske metoder for å spre kunnskap og øke kompetanse – konsultasjon, veiledning, undervisning og formidling
- Håndtering av kriser og traumer i et kontekstuelt perspektiv
- Ressursorienterte intervensjoner

Kursleder

Kine Waaler Kristoffersen er spesialist i samfunns- og allmennpsykologi og jobber som prosjektleder for et Folkehelseprosjekt i Oslo kommune. Hun har arbeidserfaring fra voldsfeltet, familievern og skolehelsetjeneste, i tillegg til privatpraksis. Kine brenner for helsefremmende og forebyggende arbeid og har bred erfaring med undervisning- og veiledningsarbeid.

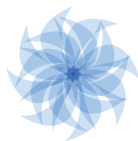
Sted og dato: Oslo, 25.-26. april 2022 (1. samling)

Påmeldingsfrist: 21. mars 2022

Medlemspris: kr 7 400 per samling

Kursnr.: 180-22

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



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



Barne-, ungdoms- og familieetaten - Region øst

Vil du være med og utvikle et nytt tjenestetilbud for barn og unge?

Vi søker psykologspesialist/psykolog

100% fast stilling i Støttespillerne - ambulant team. Arbeidssted: Vestby.

Vi har bygget opp et tverrfaglig team, som skal kunne spille på hverandres kompetanse innen psykologi, barnevern, skole og familie. Sammen skal det ambulante teamet være utpreget gode på samarbeid og kommunikasjon opp mot barn og ungdom samt tjenestene, menneskene og systemene rundt dem.

Du får hjelpe ungdommene og menneskene rundt dem, bygge opp kompetansen innen kartlegging og vurdering og jobbe systematisk med faglig grunnlag og kliniske analyser.

Lurer du på noe? Ta kontakt med avdelingsleder Anne Lise Aadal på telefon 466 16 282, eller enhetsleder Claes Høyland på telefon 466 16 278.

Søknadsfrist er 21. februar 2022.

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



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

Vil du gjøre en forskjell for ungdom og deres familier?

MST-terapeut

MST Sunnmøre har ledig ei 100% fast stilling - arbeidssted Volda.

Stillinga inneber sjølvstendig arbeid, fleksibel arbeidstid og kontinuerleg fagleg utvikling gjennom vekentleg rettleiing og regelmessige fagseminar.

Har du profesjonsstudiet i psykologi eller mastergrad i helse- og sosialfag eller bachelor i helse- og sosialfag med terapeutisk vidareutdanning? Da kan det være akkurat deg vi søker.

Søknadsfrist: 13. februar 2022.

Se fullstendig utlysning og søk på bufdir.no

www.bufdir.no

Ved NTNU – Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, skapes kunnskap for en bedre verden og løsninger som kan forandre hverdagen.



ER DU EN AV OSS?

NTNU SØKER ENGASJERTE MEDARBEIDERE

Fakultet for samfunns- og utdanningsvitenskap
Institutt for psykologi

Universitetslektor i klinisk voksenpsykologi (psykologspesialist)

100 % fast stilling.

Arbeidssted: Trondheim
Søknadsfrist: 20.02.2022



Kunnskap for en bedre verden

TRONDHEIM – GJØVIK – ÅLESUND

jobbnorge.no

Se ntnu.no/ledige-stillinger

Bjørgvin Bjørgvin distriktpsikiatriske senter (DPS), Helse Bergen søker

Psykologar og Psykologspesialistar

Bjørgvin distriktpsikiatriske senter (DPS) er ein del av Divisjon psykisk helsevern i Helse Bergen. Bjørgvin DPS er ein moderne og veldrive klinikk som gir sikiatriske spesialisthelsetenester til innbyggjarene i kommunane Alver, Austrheim, Fedje, Gulen, Masfjorden, Modalen og Osterøy. Samt bydelane Arna og Åsane i Bergen kommune. Samla har klinikken eit opptaksområde med 79 000 innbyggjarar over 18 år. Bjørgvin DPS har i 2022 eit budsjett på 152 millionar kroner, og 220 tilsette fordelt på vel 150 årsverk. Klinikken er lokalisert på Tertnes i Åsane og i Knarvik i Alver kommune. Døgntilbodet er lokalisert på Tertnes, mens polikliniske tenester blir gitt både i Knarvik og på Tertnes. Klinikken er delt i to fagområde psykose og allmennpsykiatri.

Bjørgvin DPS sine kjerneoppgåvar er:

- * Spesialisert utgreiing og differensiert behandling
- * Opplæring av pasientar og pårørande
- * Rettleiing til psykisk helseteneste i kommunane
- * Forsking, kvalitetsutvikling og utdanning av helsepersonell

Fagområde allmenn psykiatri har følgjande seksjonar:

- * Tertnes allmennpsykiatriske poliklinikk
- * Knarvik Allmennpsykiatriske poliklinikk
- * eMeistring
- * C1 døgntilbod

Bjørgvin DPS, allmennpsykiatriske poliklinikkar har ledig tre faste stillingar for psykolog. Stillingane kan eventuelt kombinerast med arbeid i eMeistring som er eit internett basert behandlingstilbod til pasientar med sosialangst, panikkangst og depresjon.

Kontakt: Seksjonsleiar eMeistring Kjersti Skare, Seksjonsleiar Knarvik Allmennpsykiatriske poliklinikk Herman Årnes eller Seksjonsleiar Tertnes allmennpsykiatriske poliklinikk Hallbjørg Hage på telefon 55 95 70 00

Referansenr.: 4469793312 - **Søknadsfrist:** 13.02.2022

Bjørgvin DPS, Tertnes Allmennpsykiatriske poliklinikk har ledig ein fast stilling for psykologspesialist for deltaking i vårt planlagde spiseforstyringsteam. Vi har i den siste tida opplevd ein auke i tilvisingane av pasientar med denne problematikken. Vi ønskjer derfor å styrke vår kompetanse på dette område.

Kontakt: Seksjonsleiar Hallbjørg Hage eller Klinikkdirktør Fredrik Hiis Bergh på telefon 55 95 70 00

Referansenr.: 4469781488 - **Søknadsfrist:** 13.02.2022

Bjørgvin DPS, Tertnes Allmennpsykiatriske poliklinikk har ledig ein fast stilling for psykologspesialist for deltaking i vårt DBT team. DBT er eit evidens basert behandlingstilbod til pasientar som slit med skjølvskadings-problematikk. For tida har vi 6 behandlarar tilknytta teamet. Behandlarane er har mellom 40-60 % stilling i teamet. Øvrig del av stillinga er knytta til andre polikliniske tilbod ved DPS et.

Kontakt: Seksjonsleiar Hallbjørg Hage eller Klinikkdirktør Fredrik Hiis Bergh på telefon 55 95 70 00

Referansenr.: 4469751055 - **Søknadsfrist:** 13.02.2022

St. Olavs hospital – Universitetssykehuset i Trondheim
– Klinikk Psykisk Helsevern – Allmenn, Rehabilitering og
sikkerhet, Avd. psykose og rehabilitering søker

3 spesialister i 100 % fast stilling Overlege i psykiatri eller psykologspesialist med vedtakskompetanse

LIS3 kan søke

Tiltredelse: Snarest

Stillingene er tilknyttet våre FACT psykose-team ved Avdeling for psykose og rehabilitering.

Vi holder på å styrke vår ambulante tjeneste og har som mål å utvikle oss til landets beste ambulante tjeneste innen psykisk helsevern. I den forbindelse ønsker vi deg som søker nye utfordringer hver dag, elsker det å jobbe utadrettet med mennesker med psykiske lidelser, som ønsker å bli en del av et tverrfaglig og sammensveiset team som ønsker kun det absolutt beste for våre brukere.

Kontaktinformasjon: Mette Elise Tunset, avdelingssjef, tlf. 458 65 850.

Søknadsfrist: 28.02.2022. Søkere kontaktes fortløpende.

Se fullstendig utlysning og søk på stillingen på:
<https://stolav.no/om-oss/jobbsok>



PSYKOLOGTIDSSKRIFTET ANNONSER OG ABONNEMENT

ABONNEMENT:

Tidsskriftet utkommer den første i hver måned. Medlemskap i Norsk psykologforening inkluderer abonnement. For ikke-medlemmer er abonnementsprisen for privatabonnement kr 1495 per år, bedriftsabonnement kr 2650, portotillegg utland. Løssalg ordinære utgaver kr 185 + porto/eksp.gebyr.

ANNONSER:

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

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



PSYKOLOGTIDSSKRIFTETS MATERIELLFRISTER OG ANNONSEPRISER 2022

SPESIALPLASSERING:

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

KURSANNONSER/RUBRIKKANNONSER:

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

Fargetillegg kr 11,50 per sp.mm.

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

SMÅANNONSER:

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

NETTANNONSER:

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

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

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

Nr	Materiellfrist	Utgivelse
3	16.02	01.03
4	21.03	01.04
5	19.04	02.05
6	19.05	01.06

ANNONSEFORMATER

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

PRISER STILLINGSANNONSER/PROFILANNONSER:

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

Annonser som skal lages som trykk-klar PDF blir belastet med kr 850 per annonse. Alle priser er ekskl. mva.

For bestilling eller mer informasjon kontakt oss på e-post tidsskrift@psykologtidsskriftet.no eller tlf. 23 10 31 33.

**NORSK
PSYKOLOGFORENING****SENTRALSTYRET****President****Håkon Kongsrud Skard**

23 10 31 30
hakon@psykologforeningen.no

Visepresidenter**Rune Frøyland**

rfroey@online.no
450 30 522

Arnhild Lauveng

913 17 162
post@arnhildlauveng.com

Medlemmer**Siri Næs**

902 68 699
siri.naes@gmail.com

Hanne Indregard Lind

948 05 153
h_indregard@hotmail.com

Bjarte Bønes Bruntveit

909 98 052
bjartebruntveit@yahoo.no

Britt Randi Hjartnes

Schjødt
922 99 371
bibihj@gmail.com

Ingvild Gregersen

957 27 801
ingvildg@gmail.com

Eldrid Robberstad

475 00 308
eldrid.robberstad@sola.kommune.no

Jakob Støre-Valen

984 23 805
jakob@valen.cc

Studentrepresentanter**Morten Bremnes**

478 38 693
bremnesmorten@gmail.com

Julie Bjerkvik

938 93 002
juliebjerkvik@gmail.com

Varamedlem**Alf Martin Eriksen**

909 65 138
alfmeriksen@gmail.com

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

maria_nylund@hotmail.com
997 98 973

Aust-Agder**Anniken Lucia Willumsen**

Laake
annilaak@gmail.com
462 98 210

Buskerud**Henriette Alsaker**

henriette.alsaker@gmail.com
997 22 725

Finnmark**Dagmar Patricia Steffan**

dagmar.patricia.steffan@finnmarkssykehuset.no
971 95 996

Hedmark**Lene Engen Kleppe**

leneeng@hotmail.com
924 53 116

Hordaland**Runa Kongsvik**

runa.kongsvik@gmail.com
938 63 918

Møre og Romsdal**Birgitte Nørve Brunvoll**

birgitte.brunvoll@icloud.com
911 25 104

Nord-Trøndelag**Julie Valen**

psyk.valen@gmail.com
924 90 532

Nordland**Miriam Ryssdal**

miriam.ryssdal@gmail.com
926 53 473

Oppland**Iver Sørli Røhr**

iversr@gmail.com
916 35 382

Oslo**Birgit Aanderaa**

biraan@ous-hf.no
917 12 983

Rogaland**Marie Tonette Solhaug**

Hansen
marietsh@yahoo.no
977 34 812

Sogn og Fjordane**Solbjørg Torheim Hanitz**

solbjorg_89@hotmail.com
902 95 676

Sør-Trøndelag**Kjersti Sandnes**

sandneskjersti@gmail.com
916 72 756

Telemark**Birgitte Lindøe**

libi@siv.no
473 83 123

Troms**Anne Sofie Bentzen**

annesofie.bentzen@hotmail.com
404 61 116

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

abseikhom@gmail.com
971 29 052

Vestfold**Anne-Kristin Imenes**

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

Østfold**Anita Cecilie Skram**

anitaskram4@hotmail.com
911 28 184

FAGETISK RÅD**Maria Norheim, leder**

Rådgivningstelefon
480 58 723, onsdager
kl 1500–1700

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

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

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

tlf. 450 30 522

Ingvild Gregersen,

nestleder, tlf. 957 27 801

Bjarte Bønes Bruntveit,

Spekter-helse, tlf. 909 98 052

Birgit Aanderaa, Spekter-

helse, tlf. 917 12 983

Inger Marie Andreassen,

KS, tlf. 924 28 703

Bjørn Arne Øvrebø, Stat,

tlf. 982 49 732

Helene Kindle-Skau, Virke/

HUK, tlf. 924 28 703

Grete Schau, Privatpraksis,

tlf. 909 19 372

Ingrid Grov Mannsverk,

Oslo kommune, tlf. 482 98 128

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

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

SPECIALITETSRADET**Arnhild Lauveng,**

e-post post@arnhildlauveng.com
tlf. 913 17 162

KVALITETSUTVALGET

Arnhild Lauveng,
e-post post@
arnhildlauveng.com
tlf. 913 17 162

FAGUTVALGENE

Felleselementene
Geir Skauli, leder, e-post
geir.skauli@skien.kommune.
no, tlf. 907 90 513

**Barne- og
ungdomspsykologi**

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

Familiepsykologi

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

**Rus- og
avhengighetspsykologi**

Eva Karin Løvaas, leder,
e-post evakarinoevaas@
gmail.com, tlf. 916 64 076

Eldrepsykologi

Jørgen Wagle, leder,
e-post jorgen.wagle@
aldringoghelse.no,
tlf. 950 74 358

Psykoterapi

**Ingunn Aanderaa
Opsahl,** leder, e-post
ingunnaanderaa@hotmail.
com, tlf. 971 50 507

Voksenpsykologi

Ivar Elvik, leder,
e-post ivarelvik@gmail.com,
tlf. 454 74 400

Nevropsykologi

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

Habiliteringspsykologi

Tonje Elgsås, e-post
tonjeped@gmail.com,
tlf. 922 33 224

Arbeidspsykologi

Anette Høy Dye, leder,
e-post anette.hoy.dye@
moment.consulting,
tlf. 928 24 338

**Samfunn- og
allmennpsykologi**

Kjersti Hildonen, leder,
e-post khi@lorenskog.
kommune.no, tlf. 907 85 288

Organisasjonspsykologi

Rudi Myrvang, leder, e-post
rudi.myrvang@gmail.com,
tlf. 906 03 355

Klinisk helsepsykologi

Borrik Schjødt, leder,
e-post borrik.schjodt@helse-
bergen.no, tlf. 990 27 309

**GODKJENNINGS-
UTVALGET**

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

**ANKEUTVALGET FOR
SPESIALISTSAKER**

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

**FAGUTVALG FOR
RETTPSYKOLOGI OG
SAKKYNDIGHET**

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

**STUDENTPOLITISK
UTVALG**

Morten Bremnes, UiB, leder,
e-post bremnesmorten@
gmail.com, tlf. 478 38 693

KLIMAUTVALGET

Tommy Sotkajærvi, leder,
e-post sotkarjaervi@gmail.
com, tlf. 984 18 586

**FORSKNINGSPOLITISK
UTVALG**

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

**MENNESKERETTIG-
HETSUTVALGET**

Reidar Hjermann, leder,
e-post rh@hjermann.no,
tlf. 994 47 291

TESTPOLITISK UTVALG

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

**YNGRE PSYKOLOGERS
UTVALG**

Espen Falch-Nicolaisen,
fung. leder, e-post
espennicolaisen@outlook.
com, tlf. 950 60 605

**VALGKOMITEEN
I NORSK
PSYKOLOGFORENING**

Ane Johnsen Lien, leder,
e-post ane.lien@lyse.net,
tlf. 414 02 259

SEKRETARIATET

Tlf. 23 10 31 30
Ole Tunold, generalsekretær
Karsten Karlsøen,
kommunikasjonssjef og
myndighetskontakt, e-post
karsten@psykologforeningen.
no, tlf. 976 11 591

Ida Kvittingen, nettredaktør,
e-post ida.kvittingen@
psykologforeningen.no

Administrasjonsavdeling

Linda T. Grønås,
administrasjonssjef,
e-post linda@
psykologforeningen.no
Toril Dyrhovd,
nestleder, e-post toril@
psykologforeningen.no

Forhandlingsavdeling

Christian Zimmermann,
forhandlingssjef
Joakim Solhaug, nestleder
Kontakt
forhandlingsavdelingen@
psykologforeningen.no

Fagpolitisk avdeling

Kim Edgar Karlsen,
fagsjef, e-post kim@
psykologforeningen.no
Lars Jørgen Berglund,
nestleder og spesialrådgiver
e-post lars@
psykologforeningen.no

Utdanningsavdeling

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

**NORSK
PSYKOLOGFORENING**

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

For mer informasjon, se
www.psykologforeningen.no

Godt innhold til kaffen

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

F Fagpressen

