

TIDSSKRIFT FOR NORSK PSYKOLOGFORENING

PSYKOLOGI

Vol.59 nr.05 2022

Veteraner under radaren

*Aktuelt
Fra praksis*

SØSKEN SOM PÅRØRENDE

*Halvorsen et al.
Haukeland et al.*

Nytt redaksjonsråd

Blivende psykologer er bekymret

Meninger



PSY KOL OGI

Vol. 59 nr. 05 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 Siv Hilde Berg, Harald Bækkelund, Roger Hagen,
Marianne Berg Halvorsen, Joar Overaas Halvorsen, Ute Gabriel,
Solveig H. H. Kjus, June Ullevoldsæter Lystad, Per-Magnus,
Moe Thompson, Helene Amundsen Nissen-Lie, Pia Beate Pedersen,
Elisabeth Schanche, Erik Stänicke, Jens Thimm og Espen Walderhaug

Denne utgaven ble godkjent til trykk 25.04.2022

Omslagsillustrasjon Paper Illustration: Makerie Studio @makeriestudio / byHands

Photography: Calle Huth @callehuth

Form Bøk Oslo AS

Trykk 07 Gruppen AS

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

© Tidsskrift for Norsk psykologforening



Psykisk helsehjelp til veteraner, undervisning av politistudenter og behandling av autisme

Denne utgaven av Psykologtidsskriftet har en bredde som er representativ for psykologfeltet anno 2022.

«**Søsken som pårørende**» er imidlertid maiutgavens tittel, og vi publiserer denne gangen to originalartikler som gir deg tilgang til en grundig gjennomgang av fagområdet.

Situasjonen i Ukraina berører oss alle, men vekker kanskje særlig uro blant dem som lever nær grensen mot Russland. Vi har vært i Kirkenes og snakket med blant annet kommunepsykolog Ingvild Trøite Johnsen. Hun kan fortelle om et nabolik bygget opp over flere tiår som ble snudd på hodet over natten. Hun beskriver krisepsykologi som sitt viktigste verktøy akkurat nå.

Men det er ikke traumebehandling som nødvendigvis gjelder i akuttfasen, og psykologenes bidrag i det langsiktige perspektivet er viktig å holde oppe. I fagessayet «Vi må våge å tenke nytt om veteranbehandling» på side 350 etterlyser Kjersti Vangberg Sørdal og Hanne Kristine Haarset en tydeligere behandlingslinje overfor veteraner. Vi har fulgt opp temaet nærmere med journalistsaken: «Strid om ansvaret for veteraners psykiske helse» for på den måten å løfte frem den aktuelle diskursen på fagområdet.

Personlig har jeg latt meg engasjere av debatten som pågår i debattspaltene her når det gjelder autisme og behandling. Min datter fikk diagnose på autismspekteret for mindre enn et år siden, og jeg føler en sterk blanding av beundring og takknemlighet for den hjelpen psykologer gir barn og unge som strever med slike utfordringer. Samtidig har jeg opplevd at enkelte spesialister har vist en noe unyansert overbevisning når det gjelder atferdsmodifiserende metoder. Hos oss har rikt dekorerte plansjer for belønningssystemer flere ganger blitt tatt ned fra kjøleskapsdøren på tristeste og minst mestringsoppløftende vis. Jeg er ingen ekspert, men jeg har nok tenkt at jeg som psykolog ville ha forutsetninger for å sette opp en slik plan som var noenlunde hensiktsmessig. Det har vist seg å være en villfarelse.

Jeg tror ikke det er noe galt med metoden, men jeg tror det er viktig at alle involverte ser verdien av den. Ferdigheter i å vaske badet og pakke sekken er utvilsomt viktig. Men hva gjør du om din eksekutive fungering strekker seg til at du kan atferden, men ikke til at du klarer å gjennomføre den? Selvfølelse, identitet, rolle i verden og i livet er temaer som slike planer ikke helt fanger opp.¹ ✕

.....

1 Min datter har lest og godkjent denne teksten.



Katharine Cecilia Williams

Sjefredaktør
katharine@
psykologtidsskriftet.no



... enkelte spesialister har vist en noe unyansert overbevisning

344



FOTO: PER HALVORSEN

DEN ANDRE FRONTEN

Hva skjer når en internasjonal konflikt slår rett inn i et stille og fredelig lokalsamfunn? Med kommunepsykologen som ledsager tok vi temperaturen på stemningen i Sør-Varanger som deler en 200 kilometer lang grense med Russland.

Aktuelt

388

ILLUSTRASJON: KRISTIAN UTRIMARK



«JEG MOT MEG» - IGJEN

Debatten om realityserien «Jeg mot meg» gikk høyt både da den ble lansert i 2016 og ble fulgt opp med en ny sesong i 2018. Psykologiprofessor Anne-Kari Torgalsbøen var kritisk da og er kritisk nå. I Etikkpanelet begrunner hun hvorfor.

Etikkpanelet



FOTO: NARVE SKARPMØEN

GREIT UT FRA HOPPKANTEN

Som debattbok kan den sies å fungere, men som faglitterært verk er boken som et litt mislykket skihopp, skriver Geir Pettersen om *Skolevegringsmysteriet*. Han mener at mye av det som presenteres i boken er tankevekkende, men at løsningen på mysteriet er et skuffende antiklimaks.

Anmeldt

Innhold

- 333 **Psykisk helsehjelp til veteraner, undervisning av politistudenter og behandling av autisme**
Leder | Katharine Cecilia Williams
- 336 **Strid om ansvaret for veteraners psykiske helse**
Aktuelt | Per Halvorsen
- 344 **Kommunepsykolog på grensen**
Aktuelt | Per Halvorsen
- 350 **Vi må våge å tenke nytt om veteranbehandling**
Fra praksis | Kjersti V. Sørдал & Hanne Kristine Haarset
- 358 **Karakteranalytisk blikk på politiundervisning**
Fagessay | Marit Bang Jensen
- 366 **Unge med anoreksi og deres søsken: Hvordan sykdommen påvirket dagliglivet i akutfasen og ved oppfølging etter cirka 4,5 år**
Originalartikkel | Inger Halvorsen, Annika Rø, Jan-Vegard Nilsen & Øyvind Rø
- 374 **De glemte barna - en kartleggingsstudie av tilbud til pårørende søsken i kommunene**
Originalartikkel | Yngvild B. Haukeland, Ann-Helén K. Rønning, Ragnhild B. Nes & Torun M. Vatne
- 388 **«Jeg mot meg»: Hvor ble fagetikken av?**
Etikkpanelet | Anne-Kari Torgalsbøen
- 392 **Under endring**
Sjefredaktøren klargjør | Katharine Cecilia Williams
- 394 **Redaksjonsrådet for 2022-2024**
- 396 **MENINGER**
Kronikk: Vi har knapt begynt, men har behov for å rope varsko | Jenny B. Nordland et al. (s. 400)
Debatt: Autismen (s. 396), Jeg mot meg (s. 404), Spesialistutdanningen (s. 406), Barn og unge (s. 408), Medavhengighet (s. 409) og Profesjonsutvikling (s. 411)
- 414 **INNTRYKK**
Anmeldelser: Fall i nedslaget (s. 414) og Nordmand i Danmark og dansker i Norge (s. 416)
- 418 **Minneord: Katrin Koch (1953-2022)**
- 421 **Annonser**
- 427 **Stillingsannonser**

Strid om ansvaret for veteraners psykiske helse

Hvem bør ha funksjon som kompetansesenter for veteraners psykiske helse? Fagmiljøer og veteranorganisasjoner strides.

TEKST Per Halvorsen



PSYKISKE ETTERVIRKNINGER Norske soldater holder utkikk fra en høyde ved Dowlatabad i Faryab-provinsen i Afghanistan. Afghanistan-undersøkelsen fra 2020 viste at én av ti Afghanistan-veteraner hadde pådratt seg en eller flere psykiske helseplager. Foto: Forsvaret / Scanpix



- Å gjøre enkelte DPS-er til kompetansesentre spesielt for krigsveteraner vil stride mot inntakskriteriene i helsevesenet

Tone Bovim

Krigsveteraner som trenger psykisk helsehjelp, går ofte under radaren i behandlingsapparatet, mener psykologene Kjersti Sørdal og Hanne Haarset. De vil opprette regionale sentre med veteran spesifikk kompetanse innenfor helseforetakene. I dag er det Regionalt ressurscenter om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging (RVTS-ene) som har funksjon som kompetansesenter, også for veteranhelse.

- Et kompetansesenter må også kunne tilby behandling, det gjør ikke RVTS-ene, sier de.

I artikkelen «Vi må våge å tenke nytt om veteranbehandling» i denne utgaven av Psykologtidsskriftet etterlyser de en tydeligere behandlingslinje overfor veteraner.

- Psykisk helseproblemer blant Afghanistan-veteraner er økende, sier de med henvisning til Afghanistan-undersøkelsen som ble publisert i fjor.

MISTILLIT

Sørdal og Haarset sier at veterangruppen ofte skygger unna behandling i det sivile behandlingsapparatet, delvis på grunn av mistillit.

- *Hvor kommer denne mistilliten fra?*

- Det kan være en naturlig følge av den høye beredskapen soldatene lærer opp til som en del av tjenesten. Det kan også være uttrykk for en kultur for å ville ordne opp selv, sier de.

Deres erfaring er at mange krigsveteraner opplever å bli møtt med manglende interesse og kritiske holdninger fra det sivile samfunnet. De viser til spørreundersøkelser blant afghanistanveteraner, der det kommer fram at flertallet foretrekker militær helsehjelp.

- Kanskje de frykter moralsk fordømmelse for det de har vært med på. At det de har opplevd i krig, og som har påført dem psykisk skade, vil bli bedre forstått i en militær kontekst eller av folk som har spesifikk kunnskap om veteraners situasjon, sier Sørdal og Haarset.

MORALSK SKADE

Det er ikke minst fenomenet Moral Injury (MI) de hevder klinikere flest ikke har nok kunnskap om. Kunnskapsmangelen mener de kan utgjøre en kritisk forskjell i behandling av posttraumatisk stressyndrom (PTSD). I artikkelen refererer de til forskning som viser at MI er utbredt blant militært personell som har utført aktiv krigsinnsats, og at MI kan gi mer alvorlig PTSD. De mener imidlertid at MI stadig blir ignorert og neglisjert av psykisk helsepersonell, som gjerne utelukkende retter oppmerksomheten mot PTSD.

- MI kan forhindre effektiv behandling av PTSD. Derfor er det viktig at behandlere har kunnskap om fenomenet, sier de.

MI handler enkelt fortalt om belastninger du kan bli påført når du utfører eller er vitne til handlinger som frontkolliderer med dine egne verdier, for eksempel ser at barn bli skadet eller drept.

- *Burde all behandling av psykiske krigsskader strengt tatt ha vært Forsvarets eget ansvar?*

- Slik Forsvarets sanitet (FSAN) er organisert i dag, er det lite realistisk. I Norge har vi bestemt at dette er det sivile hjelpeapparatets ansvar ett år etter at tjenesten er over. At veteranene får hjelp, er av stor betydning også for pårørende, ikke minst barna, sier de.



REORGANISERING Hanne Haarset og Kjersti Sørdal vil reorganisere det psykiske behandlingstilbudet til krigsveteraner. Foto: Per Halvorsen.

Sørdal er privatpraktiserende psykolog og har militær bakgrunn som fenrik. Haarset er psykologspesialist ved Sykehuset Østfolds behandlingstilbud til veteraner med psykiske senskader.

- I STRID MED INNTAKSKRITERIER

Spesialrådgiver og psykologspesialist Tone Bovim ved RVTS Øst sier det er RVTS-ene som per i dag har funksjon som kompetansesenter for veteraners psykiske helse, og som tilbyr opplæring til det sivile hjelpeapparatet over hele landet. Det skjer i samarbeid med Institutt for militærpsykiatri og stressmestring (IMPS), Nasjonalt senter for vold og traumatisk stress (NKVTS), veteranorganisasjonene og

Forvarets veteran tjenester. RVTS koordinerer også et nasjonalt og regionalt fagnettverk om veteraner hvor de regionale helseforetakene er representert.

Bovim mener at en modell med særskilte DPS-er som kompetansesentre rettet mot spesielle grupper ikke er forenlig med hvordan helsetjenesten er bygget opp i Norge.

– Å gjøre enkelte DPS-er til kompetansesentre spesielt for krigsveteraner vil stride mot inntakskriteriene i helsetjenesten, sier hun.

Hun sier det er diagnoser og symptomer som er inngang til behandling, ikke hvorvidt du tilhører en pasientspesifikk gruppe.

– Veteraner skal ha samme rett til spesialisert behandling for sine plager i sitt nærom- »

Norske veteraner

- 100 000 norske kvinner og menn har deltatt i utenlandsoperasjoner etter andre verdenskrig. På frigjøringsdagen 8. mai markeres innsatsen deres.
- Afghanistan-undersøkelsen fra 2020 viste at én av ti Afghanistan-veteraner hadde pådratt seg en eller flere psykiske helseplager. Andelen hadde økt med 2,2 prosentpoeng blant dem som også deltok i Afghanistan-undersøkelsen i 2012.
- Posttraumatisk stress (PTSD) er en vanlig diagnose. En tilleggstilstand kan være Moral Injury (MI), som kan oppstå hvis man unnlater å forhindre eller er vitne til hendelser som strider mot egen moralsk overbevisning.
- Personer som har deltatt i internasjonale operasjoner, har rett til helsehjelp fra Forsvaret i ett år etter endt tjeneste. Deretter overføres de til siviltt hjelpeapparat.

Kilder: Forsvaret.no, Forsvarets Institutt for militærpsykiatri og stressmestring (IMPS), Lov om forsvarspersonell, U.S. Departement of Veteran Affairs

råde som andre pasienter. Vi må ikke risikere at de går glipp av tilgang til spesialisert behandling på bakgrunn av gruppetilhørighet, sier hun.

VIL HA EGET BEHANDLINGSTILBUD

Haarset og SørDAL mener at et kompetansesenter også må kunne tilby behandling.

– RVTS-ene tilbyr ikke behandling. Vår ide innebærer at det etableres et eget behandlingstilbud i hver helseregion for veterangruppen. Slik kan veteranspesifikk kompetanse utvikles over tid, hevder de.

– *Blir det ikke litt spesielt å peke ut veterangruppen som en egen gruppe som trenger særskilt behandling, i motsetning til andre grupper som også har en spesiell bakgrunn, for eksempel flyktninger?*

– Allerede i dag finnes det pasientgrupper som gis særlig oppmerksomhet, eksempelvis mennesker med OCD, en satsing som har vært svært vellykket. Flyktninggruppen er så stor at alle deler av behandlingsapparatet før eller siden vil komme i kontakt med den og utvikle kompetanse på området. Ved DPS Moss har vi også en traumegruppe tilpasset flyktninger, sier Haarset.

Seniorrådgiver Arne Ørum i veteranforbundet for Skadde i internasjonale operasjoner (SIOPS) mener RVTS-ene ikke har tilstrekkelig «kompetansefunksjon».

– De har ikke villet inkludere behandlere eller forskere fra den sivile helsetjenesten i dette arbeidet, verken i kurskomiteene eller som undervisere på kursene, sier Ørum.

– Når målet er å skape interesse for en slik pasientgruppe, og å øke kompetansen hos ansvarlige behandlere i sivil helsetjeneste, må man også trekke med seg disse fagmiljøene i kursarbeidet. De fremste behandlerne og forskerne på psykotraumefeltet er jo å finne i universitetsmiljøene, skriver Ørum i en e-post.

Tone Bovim sier det er feil at sentrale forskningsmiljøer ikke er representert i utvikling av veterankompetansen ved RVTS-ene.

– Forskere i kurskomite og forelesere er tilknyttet både UiO, NTNU og NKVTS, skriver hun i en e-post til Psykologtidsskriftet.

IKKE FORSKNING OG BEHANDLING

I en kommentar på e-post skriver Arne Ørum følgende:

– Jeg har uttalt meg om RVTS' og FSANs meritterende kurs for leger og psykologer. Jeg har på vegne av SIOPS vært i flere møter med RVTS Øst og Forsvarets sanitet. Dette var før kursene som de arrangerte i aug.–sept. 2021.

– Jeg kom da med kritikk av at man helt klart ikke hadde med folk fra sivile behandlings- og forskningsmiljøer i kurskomiteen eller som undervisere. Kritikken ble hver gang besvart med at dette ikke var nødvendig. Hvis man nå har inkludert kurskomitemedlemmer og undervisere fra NTNU, UiO etc., så er det noe nytt i forhold til hva man sa på møtene vi hadde, skriver han.

Bovim opplyser også at det er flere behandlere fra den sivile helsetjenesten både i kurskomiteen og som forelesere.

– *Hvilken kommentar har du til kritikken mot RVTS-ene om at de selv verken driver behandling av veteraner eller forskning på fagfeltet?*

– Det er ikke en del av vårt oppdrag å drive forskning og behandling. Vi skal formidle kunnskap til tjenestene og gi råd til helsemyndighetene. Flere av oss har imidlertid deltidsstillinger i klinikk eller forskningsinstitusjoner.

– *Men ikke spesifikt innenfor feltet veteranhelse?*

– Det foreligger ingen spesifikk behandling for veteraner, sier hun.

Dette synspunktet støttes av Norges Veteranforbund for Internasjonale Operasjoner (NVIO). Forbundet er den største veteranorganisasjonen i Norge med cirka 7000 medlemmer. Rådgiver Borgny Tjelle uttrykker følgende overfor Psykologtidsskriftet:

– Vi kan ikke si noe spesifikt om hva som er veterankompetanse. Dette blir noe hver tjeneste i kommunen må forholde seg til dersom de har med veteraner å gjøre.

NVIO mener det ikke er formålstjenlig å forkaste tilbudet som i dag er bygget opp via RVTS-ene, for å bygge opp noe nytt. Ifølge Tjelle vil det ta tid og ressurser som risikerer å ikke nå fram til veteraner som trenger det.

SLITER MED Å FINNE GOD BEHANDLING

Militærpsykolog og forsker (ph.d.) Andreas Espeset Nordstrand ved Forsvarets Institutt for militærpsykiatri og stressmestring (IMPS) er en av 30 militærpsykologer i Norge. Alle har spisskompetanse på traumebehandling. Han sier han av og til sliter med å finne andre plasser å henvise veteraner til enn tilbudet på IMPS. Ved de spesialiserte traumepoliklinikkene på Østmarka i Trondheim og Modum bad i Oslo kan ventetida være lang. Ved de ordinære DPS-ene mener Nordstrand nivået på traumekompetansen er sterkt varierende. Han har opplevd at veteraner som er blitt henvist til det sivile behandlingsapparatet, har fått oppnevnt en psykiatrisk sykepleier uten spesielle kunnskaper om traumebehandling.

– Det er ikke godt nok, sier han.

Nordstrand støtter tanken om å styrke behandlingstilbudet til krigsveteraner. Men han er usikker på hvordan det best kan gjøres.

– Det er jo ikke nødvendigvis vår oppgave som fagfolk å vurdere om vår gruppe fortjener mer spesifikk hjelp enn andre grupper, som eksempelvis flyktninger, sier han.

– *Bør et kompetansesenter også tilby behandling?*

– Jeg mener det hadde vært fint med et kunnskapssenter som også har et høykvalitets behandlingstilbud. Hvem som eventuelt skal gi et slikt tilbud, bør utredes godt, og veteranforeningene bør ha stor plass i en slik utredning.

– *Hvorfor kan ikke Forsvaret bygge opp et eget behandlingstilbud til soldater som har vært i krig for landet, slik de har gjort eksempelvis i Danmark og Tyskland?*

– Det er et politisk spørsmål. Forsvarets ansvar strekker seg til å gi helsetilbud til militærpersonell i ett år etter at de er ferdige med tjenesten. Det kan være verdt å diskutere om vi ikke burde strekke forpliktelsen lenger. Plagene soldatene kommer hjem med, er jo en form for yrkesskade som kan manifestere seg flere år etter endt tjeneste, sier han.

Nordstrand var en av forskerne bak Afghanistan-undersøkelsen fra 2020. Den viste blant annet at én av ti veteraner hadde én eller flere psykiske helseplager ved undersøkelsestidspunktet. I gruppen som også hadde svart på den første Afghanistan-undersøkelsen fra 2012, hadde forekomsten av psykiske helseplager økt med 2,2 prosentpoeng. »

– Det er jo ikke nødvendigvis vår oppgave som fagfolk å vurdere om vår gruppe fortjener mer spesifikk hjelp enn andre grupper

Andreas Espeset Nordstrand

Vil reorganisere RVTS-ene

Traumeforsker Lars Lien mener sivile behandlere bør overta hele ansvaret for behandling av krigsveteraner, og foreslår en reorganisering av RVTS-ene for å sikre kompetanseutvikling på feltet.

LIEN SIER AT mange krigsveteraners psykiske helseproblemer manifesterer seg først flere år etter aktiv tjeneste. Han mener derfor det gir lite mening at Forsvarets ansvar for helseoppfølging opphører 12 måneder etter endt tjeneste.

– Etter 12 måneder må veteranene likevel overføres til det sivile behandlingsapparatet. Og for pasientene er overgangen mellom ulike behandlingssystemer sjelden heldig, sier han til Psykologtidsskriftet.

Lien er psykiater og professor ved Høgskolen i Innlandet, der han leder gruppa for traumeforskning. Han mener kompetanseutvikling

på veteranfeltet er avhengig av tettere kobling mellom forskning og klinikk.

«FRAGMENTERT OG DÅRLIG»

Han hevder at volumet i det ordinære behandlingsapparatet blir for lite til å utvikle tilbudet til pasientgrupper som krever spesifikk kompetanse. Han foreslår derfor å reorganisere de regionale sentrene for vold og traumatisk stress (RVTS-ene) til en tredjelinjetjeneste som trefter krigsveteraner og andre pasientspesifikke grupper, eksempelvis flyktninger, som ofte ikke vil få et tilpasset tilbud i andrelinjen.

– Dagens behandlingstilbud til krigsveteraner er fragmentert og dårlig. Pasienten fordeles der det er ledig kapasitet. Dermed blir det tilfeldig om pasienten får god eller dårlig behandling. I et eget kompetansemiljø som også driver klinikk, vil volumet bli stort nok til å virke kompetansehevende, sier Lien.

– ENDRING MÅ VÆRE KUNNSKAPSBASERT

Forskningsleder Arnfinn J. Andersen ved Nasjonalt kunnskapssenter for vold og traumatisk stress (NKVTS) ønsker ikke å kommentere om det er behov for at oppdraget til RVTS-ene bør endres.

– Meg bekjent fins det i dag ikke noe kunnskapsgrunnlag som tyder på at RVTS-ene burde fungere annerledes enn det oppdraget de har fått av Helse- og omsorgsdepartementet. Eventuelle organisasjonsendringer må være resultat av politiske beslutninger som er kunnskapsbaserte, sier han til Psykologtidsskriftet.

Andersen er prosjektleder for den pågående studien «Veteraners familier: Psykisk helse og hverdagsliv etter utenlandsoperasjoner». Den vil kunne gi svar på hvordan de som har deltatt i utenlandsoperasjoner, og deres familier, selv opplever hjelpen de får. Resultater fra studien vil etter planen foreligge sommeren 2023. ✕

FOTO: MARTE GOPLEN, INKROP



TILFELDIG Lars Lien Dagens mener behandlingstilbudet til krigsveteraner er fragmentert og dårlig, og foreslår å omgjøre de regionale sentrene for vold og traumatisk stress (RVTS-ene) til en tredjelinjetjeneste.

Psykologtidsskriftets nyhetsbrev

Hold deg oppdatert

I nyhetsbrevet får du presentert et utvalg av de nyeste sakene som er publisert i siste utgave av Psykologtidsskriftet, samt de siste stillingsutlysningene.

MELD DEG PÅ:

Det er flere måter å abonnere på nyhetsbrevet. Du kan bruke QR-koden til høyre, besøke **psykologtidsskriftet.no**, eller melde deg på direkte her: <http://eepurl.com/dN8XqT>



Vil du skrive for Psykologtidsskriftet?

Vi ønsker ditt manuskript velkommen

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

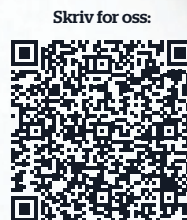
Vi ber om at du skriver teksten i samsvar med våre sjangerkriterier for en best mulig redaksjonell oppfølging.

SKRIV

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

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

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



ГЕНЕРАЛЬНОЕ КОНСУЛЬСТВО
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
DEN RUSSISKE FODERASJONENS
GENERALKONSULAT



AKTUELT Ekkoet fra Ukraina

Kommunepsykolog på grensen

På hue ut i en pandemi, og så ble det krig. Hverdagen til kommunepsykolog Ingvild Trøite Johnsen ble ikke helt som forventet da hun avsluttet profesjonsstudiet for 2,5 år siden.

- **AKKURAT NÅ** opplever vi en kollektiv sorg.

Slik oppsummerer hun stemningen i Sør-Varanger seks uker etter at de første tanksene rullet inn i Ukraina natta til 24. februar. Krigen har snudd mye på hodet i kommunen som deler en 200 kilometer lang grense med Russland, og der over fem prosent av befolkningen har russisk avstamning. Store deler av den lokale identiteten er knyttet til det å leve i fredelig sameksistens med giganten i øst. Nå er stemningen litt rar.

- Vi vingler litt. Vi ser hvordan storpolitikken slår direkte inn i lokalmiljøet. Men vi har tunge historiske tradisjoner for å håndtere slikt, sier hun.

Første uka i april er hun Psykologtidsskriftets veiviser i Kirkenes. Vi er et godt stykke unna den varme krigen i sør, men Ingvild forteller at flere har vært redd for at det skal bryte ut krig også her.

- Vi kan se over til Russland. Vi merket at krigen skapte uro blant noen. Spesielt de første dagene, tross rasjonelle tanker om Nato-medlemskap. Det er noe eget å bo ved grensa til et land som okkuperer et naboland lenger sør.

GATESKILT-KAMPANJE

Gateskiltene på kyrillisk i Kirkenes henger der fremdeles. Det har de gjort i drøye 10 år. De er

et av mange eksempler på det inkluderende naboskapet som har utviklet seg helt siden vårløsningen i Barentsregionen på begynnelsen av nittitallet. Nå har enkeltpersoner startet en underskriftskampanje for å fjerne dem. Forslaget ble fremmet i en Facebook-gruppe et drøyt døgn før vi ankommer Kirkenes, Sør-Varangers «hovedstad».

Ingvild er varsom med bombastiske uttalelser om skiltinitiativet. Hun skal kunne romme alle slags synspunkter på konflikten. Hun mener folk må få lov til å kjenne på frustrasjonen: på krigsfrykten, frykten for å støtte den ene eller andre parten i krigen, for å miste jobben på grunn av sanksjoner.

Dette er en del av budskapet i en video hun har laget, og som kommunen har spredd i sosiale medier. Her forsøker hun å fortelle litt om hvordan det er mulig å ta vare på seg selv og andre midt i en stor konflikt som har potensial til å rive et helt lokalsamfunn i fillebiter. Om at det er normalt å være bekymret og redd, men at det kan være lurt å sortere ut bekymringene man likevel ikke får gjort noe med.

- Det er lov å være sint. Det er lov å protestere mot krigen og vise Ukraina støtte. Men det vil være synd hvis vi i denne konflikten skal rokke vår evne til å skille mellom den enkelte

TEKST OG FOTO

Per Halvorsen

»

SKILT Gatnavn oversatt til russisk har vært en del av Kirkenes' identitet i mange år. Nå vil noen skru dem ned.



russer som henter ungene sin i samme barnehage som oss, og politikerne i Kreml, sier hun.

KRISEPSYKOLOGI I VERKTØYKASSA

Ingvild er den første kommunepsykologen i Sør-Varanger. Hun ble tilsett bare et halvår før påbudet om å tilby psykologkompetanse fikk virkning i norske kommuner fra 2020. Etter profesjonsstudiet i Tromsø var hun sikker på én ting: Hun skulle hjem, hjem til Kirkenes. En lykke for lokalsamfunnet, som hadde slitt med å rekruttere kommunepsykolog. Selv studenter vegrer seg for å ta turen til Finnmark når de har praksis. Ingvild forstår det ikke. Selv har hun Finnmark i blodet.

Men hva har egentlig en kommunepsykolog å stille opp med om du er aldri så innfødt? Når alt endrer seg over natta og ekkoet fra artilleriilden i Mariupol slår inn over et ellers så fredfullt nabolag noen tusen kilometer lenger nord?

– Jeg er nok bare en ørliten brikke i et veldig stort spill, medgir hun.

Som kommunepsykolog har hun en fot i felten og en fot på rådhuset. Halve stillingen bruker hun på klinisk lavterskelarbeid for barn og unge. Den andre til systematisk forebyggende og helsefremmende arbeid. I denne siste delen av jobben samarbeider hun blant annet med kommunedirektørens stab.

Akkurat nå er kunnskapen om krisepsykologi det viktigste redskapet hun har i verktøykassa.

– Det som enkeltmennesker trenger i en individuell krise, og det befolkningen som helhet trenger nå, har mange fellesnevner, sier hun.

Det er ikke traumebehandling som gjelder i akutfasen. Heller å forebygge at behovet for det skal oppstå senere: Normalisere reaksjoner, fremme sosial støtte, gi råd om hvordan barna kan involveres i det som skjer.

RIKSLØVEN OG DEN RUSSISKE BJØRNEN

Ingvild tar oss med til rådhuset. 20 meter fra hovedinngangen passerer vi det russiske generalkonsulatet. Døra er stengt. På innsiden virker det

– Det som enkeltmennesker trenger i en individuell krise, og det befolkningen som helhet trenger nå, har mange fellesnevner

Ingvild Trøite Johnsen, kommunepsykolog

dødt. På fasaden vis-a-vis ønsker noen å henge opp et flere kvadratmeter stort ukrainsk banner slik at det vil være evig synlig for den som har sin daglige dont på konsulatet. Ordfører Lena Norum Bergeng (Ap) skjønner ikke hva det skal være godt for. Hun skjønner heller ikke behovet noen har for å skru ned skiltene med gatenavn på russisk. Blir signaturene mange nok, må saken utredes og tas opp til politisk behandling. Hun håper i sitt stille sinn at det ikke blir noe av.

– Vi er jo ikke mer mot krigen om vi skrur ned noen skilt. De vil uansett være en del av vår historie.

– Og banneret? Det er det jo ingen i Moskva som ser, sier hun.

På den annen side: Folk må få lov til å protestere mot krigen også her, mener hun.

– Vi har gått i tog, vi og. Vi stod samlet om å fordømme krigen, men ikke det russiske folket.

Balansegangen er krevende. Hun medgir at det har begynt å murre litt.

– Vi har alltid vært veldig flerkulturelle. Her bor 30 ukrainere og i en periode opp til 500 russere. Nå opplever vi et stemningsskifte. Det er litt mer fronter. Mange med russisk familie er bekymret. Noen som fordømmer egne politiske ledes handlinger, tør ikke si det høyt av frykt for hva som skal skje med dem som er igjen i hjemlandet, sier ordføreren.

– *Hva med ukrainske flyktninger? Kommunestyret har vedtatt bosetting av 140 ukrainere. Tror du noen vil komme hit og bo så nær den russiske grensen?*

– Å klare å formidle at det er trygt selv om vi ligger nær grensen og det er gateskilt på russisk, blir en utfordring. Men kommer flyktningene, skal vi ta godt vare på dem. Få norske kommuner er bedre rustet til å takle kultur mangfold enn oss, sier hun.

Ordfører Lena møter oss sammen med kommunedirektør Nina Bordi Øvergaard. Bare timer etter at Putin hadde gitt klarsignal til marsjen mot Kyiv, satte hun krisestab. I inngangspartiet har vi nettopp passert en romslig treskulptur som indikerer at det begynner å bli lenge siden den kalde tida på 50-, 60- og 70-tallet: Den viser den norske riksløven i noe som kan tolkes som en pardans med den russiske bjørnen. Nå fortviler kommuneledelsen over at dansen er over.

JODTABLETTER OG BOMBEROM

– Vi er ikke naive. Vi vet bare så inderlig godt hvordan det var før tøværet satte inn på slutten av åttitallet. Vi vil jo ikke tilbake dit, sier Nina.

Hun forteller om grenseboerbevisene. Den eksklusive ordningen som har gjort det mulig å krysse grensestasjonen på Storskog uten altfor mange byråkratiske vidervedigheter, for å kunne handle billig bensin, vodka og spise sushi i Nikel. Nina har vokst opp i Kirkenes og er gammel nok til å huske forholdet til Russland for over tretti år siden.

– Vi har vært så stolt over det vi har fått til. Nå er 30 års arbeid ødelagt over natten. Det er en sorg og en krise for oss, sier hun.

Formiddagen etter krigsutbruddet innkalte hun til kriseledelse. For å sikre god informasjon til befolkningen om den sikkerhetspolitiske situasjonen, få oversikt over lageret av jodtabletter, over bomberom og for å sørge for at skoler og barnehager snakket med barna om det som utspilte seg. Ingvild har presisert betydningen av åpenhet i all informasjon.

– Det motsatte skaper utrygghet. Hvis ikke de voksne er trygge, blir ikke barna det heller, sier hun.



FLYKTNINGER Ordfører Lena Norum Bergeng lover å ta godt vare på ukrainske flyktninger om de kommer. – Få norske kommuner er bedre rustet til å takle kultur mangfold enn oss, sier hun.

– Vi har alltid vært veldig flerkulturelle. (...) Nå opplever vi et stemningsskifte. Det er litt mer fronter

Lena Norum Bergeng, ordfører



VENNER De som bor rett over grensen, er vennene våre. Får de ikke reparert lyset i båten, kan de miste livet, sier næringssjef Magnus Mæland.



SVART-HVITT Russisk-ukrainske Maria Goman er lettet over at Kirkenes-samfunnet ikke har et svart-hvitt forhold til Russland.

KJENNER PÅ URO

Ingvild tar oss med til næringssjefen i Sør-Varanger, Magnus Mæland. Han bedyrer at han er optimist av natur. Nå er han urolig.

– Jeg føler meg svært liten, sier han.

Når vi snakker med ham, bruker han ord som «resesjon». Russernes okkupasjon av Krim i 2014 desimerte den norske lakseeksporten. Nå er det stans over hele linja. Magnus forteller om kunstnerfestivalen Barents Spektakel, som Kirkenes er arnested for hvert år i slutten av februar. Festivalen har forgreininger til Petrozavodsk, Nickel, Murmansk og St. Petersburg. Midt under årets nachspiel i forlengelse av åpningen 23. februar var det bråstopp. Grensebommen gikk ned. Cruisetrafikken er blitt avlyst, og EU har nettopp foreslått å stenge europeiske havner for russiske skip. Statsminister Jonas Gahr Støre har foreløpig avvist initiativet. Skulle det likevel skje, ville det få alvorlige følger. Stenger havnene, mister vi 300 arbeidsplasser over natta, opplyser han.

Hjørnesteinsbedriften Kirkenes mekaniske verksted (KIMEK) ligger bare et par hundre meter fra næringssjefens kontor og tilbyr service til russiske båter som knapt har satt kjølen i en hjemlig havn.

– Du finner ingen her som er mot sanksjoner, presiserer Magnus.

– Men de er vennene våre, de som bor der rett over grensen. Får de ikke reparert lyset i båten, kan de miste livet, sier han.

FRIGJØRERE

«Grenseløst samarbeid», lyder mantraet som fortsatt lyser mot deg fra Barentssekretariatets hjemmeside, *barents.no*. Sekretariatet har vært selve symbolet på folk til folk-samarbeidet og på den nye æraen i grenseområdene i nord etter den kalde krigen. Siden begynnelsen av nittitallet har sekretariatet vært motor i utvekslingen over grensen, enten det gjelder idrett, kunst, skolesamarbeid eller næringsutvikling. Nå har den offisielle dialogen opphørt. Kontaktflaten med deler av sivilsamfunnet er imidlertid fortsatt intakt. Sekretariatsleder Lars Georg Fordal bekrefter usikkerheten.

– Vi har fått beskjed om å fortsette. Nå jobber vi med å finne ut hva som er praktisk mulig. Hva som er utenfor og innenfor sanksjonsreglene. I skrivende stund er det et visst samarbeid i forbindelse med Tromsø Internasjonale Filmfestival, som også i år har russiske bidrag, forteller han.

– *Hva gjør situasjonen med stemningen i lokalsamfunnet?*

– Vi er fortsatt i sjokk, men det verste har nok lagt seg. Som samfunn tror jeg at vi står over det. Ingenting blir helt som før. Men vårt forhold til Russland har lange historiske røtter. Det fins mange her som har besteforeldre som opplevde sovjetarmeen som en frigjøringshær da de ble reddet fra nazistene, sier han.

Vi møter en av Lars Georgs ansatte, ukrainsk-russiske, Maria Goman fra Murmansk. Hun er kom til Norge nøyaktig 43 dager for krigsutbruddet.

Første gang hun var tilbake i fødebyen var hun redd.

– Jeg tenkte at vi ville bli forhørt eller at det blir problemer for oss, eller at grensen ville bli stengt på grunn av situasjonen.

Hennes russiske mann, som også har jobb i Norge, har gitt flere intervjuer med norsk lokalpresse og franske *Le Monde*. Der han gir klart uttrykk for hva han mener om krigen. Likevel hadde familien ingen problemer på grensen.

– Jeg håper det betyr at russiske myndigheter ikke har tid til å forfølge alle som er imot krigen. Det finnes mange som er imot krigen, men som ikke er imot regjeringen.



- Usikkerhet er aldri en god ting for den psykiske helse

Alf Martin Eriksen, psykologspesialist

I Kirkenes har hun følt null press.

– Vi har ikke fått eneste kommentar, verken jeg, mannen min eller barna mine på 10 og 4 år. Dette samfunnet har heldigvis ikke et svart-hvitt forhold til Russland. Ingen ser forskjell på oss. Vi går jo i Stormberg eller HH-jakke alle sammen, ler hun.

BAKSMELL?

Kan vi så forvente mer psykisk uhelse i Sør-Varanger-samfunnet i kjølvannet av en krise som dette?

Kommunepsykolog Johnsen sier at hun foreløpig ikke har merket noe i sin direkte kontakt med barn og unge. Hun sier skolene er blant dem som gjør den viktigste jobben med å informere og sørge for at ungene tar vare på hverandre. Det er en viktig jobb i en kommune der det er russiske barn i mange klasser.

– Men hvem vet. Nå mobiliserer vi. Kanskje kan vi oppleve en baksmell når folk føler seg trygge igjen, spekulerer hun.

Vi tar spørsmålet med også til psykologspesialist ved Finnmarkssykehuset, Alf Martin Eriksen, som vi møter på en kaffebar i Kirkenes sentrum. Han drar på det før han svarer.

– Usikkerhet er aldri en god ting for den psykiske helse, sier han.

Han står midt i etterdønningene av pandemien. Fra 2020 til 2021 økte antallet henvisnin-

ger til voksenpoliklinikk med 30 prosent i Finnmarkssykehuset. Bemanningssituasjonen gjør det ikke enklere. De siste årene er psykologene den eneste faggruppa ved sykehuset som har hatt en nedgang i antall årsverk.

– Jeg tror ikke på en dramatisk forverring, men vi kommer nok til å merke det. Skulle det oppstå langvarig arbeidsledighet som følge av brudd på kontakt med russerne, gir det grunn til bekymring for befolkningens psykiske helse, sier han.

For de fleste psykologer er det «barnelærdom» at strukturelle forhold slår rett inn i folkehelse. Og få ting er så veldokumentert som at langtidsledighet kan slå ut på psyken. Ingvild tviholder likevel på håpet.

– Vi står midt i en krise. Mye er fremdeles uavklart. Noe av det vi vet at virker beskyttende for den psykiske helsen i krise, er opplevelsen av påvirkningskraft, til forskjell fra makteløshet. Jeg mener vi ikke må ta sorgene på forskudd. Jeg mener vi er godt rusta, og har godt håp om at dette vil gå bra på sikt, sier hun. ✕

Vi må våge å tenke nytt om veteranbehandling

Personer som har deltatt i militære operasjoner på vegne av nasjonen får ikke skreddersydd psykisk helsehjelp, selv om vi vet at veteraner har særskilte terapeutiske behov.

TEKST Kjersti V. Sørdal og Hanne Kristine Haarset

KONTAKT
kjersti.sordal@me.com
hanne.kristine@humanfactory.no

«Vi trenger eksperthjelp, vi trenger oppfølging i kommunene og fylkene. Det er det sivile helsevesenet vi er helt avhengige av. Veteranoppfølging angår hele Norge.» Forsvarssjef Eirik Kristoffersen (Sævereid, 2021)

Historien om hvordan vi feilet med ivaretagelsen av krigsseilerne og andre veteraner fra andre verdenskrig, er en sørgelig historie vi ikke må gjenta. I dag vet vi langt mer om trening og forberedelse før soldater sendes ut, og om ivaretagelse under og etter tjeneste. Når det gjelder behandling av krigstraumer, har det skjedd en revolusjon. Likevel er det, ifølge den nye Afghanistan-undersøkelsen, rundt ti prosent som sliter etter tjeneste i Afghanistan (Bøe et al., 2021). Dette er et tall som er vanskelig å sammenligne med normalbefolkningen, da Afghanistan-veteranene er en ressurssterk populasjon som er selektert i flere ledd for å ha en særlig god helse og fysisk form. Dette innebærer at de på gruppenivå er friskere psykisk og fysisk enn normalbefolkningen – «the healthy soldier effect».

Norges deltakelse i militære internasjonale operasjoner gjennom FN og NATO er en politisk fattet beslutning, på bakgrunn av norsk sikkerhets- og forsvarspolitik. Å delta i skarpe mili-

tære operasjoner innebærer risiko for psykisk og fysisk helseskade. De aller fleste går det bra med, men Afghanistan-undersøkelsen bekrefter at en del får senskader. Neste steg er å se på hvordan man kan gi god hjelp for å spare de av veteranene som sliter, familiene deres og samfunnet for store konsekvenser. Forskjellen på rask og god hjelp for de ti prosentene som får problemer, kan i ytterste konsekvens utgjøre forskjellen mellom å slite resten av livet – og å kunne leve et godt liv.

OPPFØLGING AV VETERANER

I regjeringens handlingsplan fra 2011 står det:

Det sivile helsevesenet har ansvar for å yte tjenester til denne gruppen på lik linje med befolkningen ellers. Det sivile helsevesenet og Forsvaret har et overlappende ansvar for oppfølgingen av det personellet som faller inn under bestemmelsene i forsvarspersonelloven og dennes regel om ett års oppfølging fra Forsvaret. Det er viktig at helsetilbud fra det sivile helsevesenet og Forsvaret er samordnet. (Departementene, 2011)

Planen har i praksis vist seg å være problematisk. Veteraner foretrekker militær helsehjelp,

og de har svært lav tillit til de offentlige poliklinikkene (DPS-ene). I 2012 ville kun 3,1 % søke slik hjelp. Ifølge den siste undersøkelsen er tallet nå 6,2 %. I tillegg er det en utfordring i at det store flertallet av de med psykiske plager ikke søker hjelp. Av veteranene som møtte kriteriene til psykisk lidelse, var det 72,4 % som ikke hadde tatt kontakt med hjelpeapparatet. Vanlige rapporterte årsaker til dette var et ønske om å håndtere vanskene selv, samt frykt for konsekvenser for karriere og senere utenlandsoppdrag (Johnsen & Bøe, 2016).

Siden St.meld. nr. 34 (2008–2009) «Fra vernepliktig til veteran» har det blitt gjort en rekke tiltak for å bedre mottagelsen av veteraner i spesialisthelsetjenesten. I Riksrevisjonens dokument 3:1 (Riksrevisjonen, 2018–2019) vises det til flere kompetansehevende tiltak. Til tross for tiltakene er altså tilliten til spesialisthelsetjenesten fortsatt lav.

Vi er to sivile psykologer med over 30 års samlet klinisk erfaring med behandling av veteraner, både individuelt og i grupper, innenfor og utenfor spesialisthelsetjenesten. En av oss er leder for psykiatrisk poliklinikk i Moss, den andre er privatpraktiserende. Vi har også samarbeidet med og hospitert hos to amerikanske eksperter på behandling av veteraner, dr. Roger Solomon og dr. E. C. Hurley. Vi er begge EMDR-terapeuter og EMDR-veiledere. Men det meste av det vi legger fram her, gjelder uavhengig av hvilken retning man måtte ha tilhørighet til. Vi ønsker å gjøre veteranspesifikk kunnskap som har vært til stor nytte i klinisk arbeid med veteraner, tilgjengelig for andre sivile behandlere. Vi ønsker også å komme med noen innspill til hvordan man forhåpentligvis kan ha god effekt av mindre endringer på organisasjonsnivå.

PLAGER HOS VETERANEN

Afghanistan-undersøkelsen

Vår kliniske erfaring sammenfaller med hovedfunnene i den nye Afghanistan-undersøkelsen (Bøe et al., 2021). Studien inneholder også viktig kunnskap om veteranene vi møter i sivilt helsetvesen i Norge. Vi har derfor valgt å gjengi en del av funnene. Bakgrunnen for den nye undersøkelsen var at en ville se på de psykologiske langtidskonsekvensene blant norske Afghanistan-veteraner, siden nyere danske og nederlandske studier hadde vist at psykiske plager kan oppstå flere år etter utenlandstjenesten. Såkalt forsinket sykdomsdebut har vi også sett



Vi ønsker å gjøre veteranspesifikk kunnskap tilgjengelig for andre sivile behandlere

hos Libanon- og Balkan-veteraner. Av Afghanistan-undersøkelsen kommer det frem at en stor andel veteraner opplever alvorlige hendelser under tjenesten. For eksempel rapporterer 78 % deltakelse i operasjoner i områder med høyt trusselnivå, 43,5 % har opplevd å bli angrepet av fienden, og 19,5 % har opplevd et øyeblikk der de trodde de skulle dø. Både kroppslige og psykiske helseplager er markant forhøyet hos veteraner som opplevde høy grad av eksponering for alvorlige hendelser i tjenesten, og sammenhengen mellom psykiske helseplager (f.eks. depresjon, angst og PTSD) og kroppslige helseplager (f.eks. hodepine og muskel/skjelettplager) er tett. Man finner ingen kjønnsforskjeller. Resultatene gir også holdepunkter for at mild traumatisk hjerneskade (mild traumatic brain injury, mTBI) er et fenomen blant norske Afghanistan-veteraner. Blant de som svarte på både 2012- og 2020-undersøkelsene, hadde psykiske helseplager økt med 2,2 prosentpoeng. Dette kan indikere at de psykiske helseplagene i hovedsak ikke er kortvarige, men at de tvert imot kan øke med tiden. I tillegg vet vi fra før at veteranpopulasjoner har noe dårligere resultater fra standard traumebehandlingsprotokoller, og at frafallsraten er særlig høy (Steenkamp et al., 2015).

Å bli sivil: en risikofaktor?

Vår kliniske erfaring med gruppen understøtter at høy belastning under tjenestegjøring i internasjonale operasjoner gir økt risiko for helseplager. Enkelthendelser kan være viktige, men ofte vil traumatiseringen bestå av kronisk overaktivering og kumulative trusselhendelser. Vi har erfart at veteraner som sliter, har klart seg forholdsvis godt så lenge de har vært i Forsvaret, men at symptomene melder



seg når de blir sivile. I Afghanistan-undersøkelsen fremkommer også at det er 82 % høyere risiko for psykiske helseplager blant de som har sluttet i Forsvaret. Klinisk ser vi at hendelser som samlivsbrudd, bytte av arbeidsplass, flytting, dødsfall og andre destabiliserende hendelser ofte sammenfaller med det tidspunktet da symptomene øker, på toppen av en underliggende tilstand som har ligget der over år. Ved en slik destabilisering vil «traumeveggen» bli tynnere, og symptomer som søvnløshet, mareritt, flashbacks og panikkanfall kan oppstå. En del veteraner vil ikke selv koble de nyoppståtte symptomene til tidligere hendelser, men vi ser ofte at bearbeidelse av de tidligere hendelsene, i tillegg til stabilisering, har effekt på helseplagene.

Alkoholforbruk

En del av disse veteranene har et økt alkoholinntak, og mange beskriver det som selvmedisinering. Flere forteller at de bruker alkohol for å roe seg ned og for å kunne sove. Det kan se ut til at noen benytter alkohol for å nedregulere overaktivering. I undersøkelsen kommer det frem at alkoholinntaket er noe lavere i 2020 enn i 2012, og dette forklares med at veteranene har kommet i en aldersgruppe med et annet drikkemønster. Vi tror også dette er tilfellet, men ser samtidig at eldre veteraner fra Balkan og Libanon lett kan falle tilbake til et høyere alkoholinntak som mestringsstrategi når de destabiliseres.

VETERANEN I TERAPIROMMET

Veteranspesifikk kunnskap om allianse

Når det gjelder alliansebygging og møte med veteranen i terapirommet, har vi redegjort for forskning og retningslinjer tidligere (Moe & Sør-dal, 2016). Her vil vi formidle det vi har hatt aller mest nytte av i klinisk praksis: Veteraner kan ha problemer med tillit. Dette er en naturlig følge av eventuelle traumer og høy beredskap i tjeneste (det har vært hensiktsmessig å ha høyt beredskapsnivå, det fremmer overlevelse i en krigssone). Noen kan av den grunn være avvisende eller mistenksomme. Vi anbefaler derfor en terapistil som er aktiv, ærlig og åpen når det gjelder diagnose, behandling og journalføring. Behandler bør også bruke et klart språk, normalisere symptomene og fokusere på målet i behandlingen. Det er nyttig å tilegne seg kunnskap om «stammespråket», inkludert

galgenhumor, og den militære kulturen, herunder verdier som sterk selvdisiplin, lojalitet, selvpoppofring og sterkt gruppesamhold/kameratskap.

Stabilisering og psykoedukasjon

Enkelte veteraner har opplevd et stort funksjonsfall – fra å være en ressurssterk soldat til å leve helt marginalt. Noen er bostedsløse eller har en uholdbar bosituasjon der man bor på hytta, i båten eller på sofaen til en venn. Andre har mistet kontakt med egne barn eller foreldre. Noen har falt ut av arbeidslivet, og kanskje også falt ut av NAV-systemet. Som ved all traumebehandling er stabilisering første fase. Det anbefales at grunnleggende faktorer, som økonomi og bosituasjon, trygges i samarbeid med andre hjelpeinstanser og ressurser: NAVs kompetansesemiljø for veteransaker, Familievernkontoret Innlandet, veteranorganisasjonene med blant annet kameratstøtteordninger, samt Forsvarets veteraner (FVT) med sin «åpne dør» for veteraner (telefon 800 85 000) og Bæreia Veteransenter (se ressursiden til RVTS for aktuelle hjelpere: <https://veteran.rvtsost.no/ressurser-for-veteraner>).

Vi gir vanlig psykoedukasjon om traume som tilpasses den enkelte veteran og aktuelle traumer (se f.eks. www.traumebehandling.no). I tillegg anbefaler vi at behandler tilegner seg kunnskap om hjernens normale funksjon under kamphandlinger, og tilpasser denne kunnskapen i psykoedukasjonen til den enkelte veteran. I kamphandlinger vil man kunne oppleve endret persepsjon (lyd, bilde, tid), minneforstyrrelser, fysiologiske symptomer som hjertebank, kvalme, oppkast, kaldsvette, muskelstivhet, lammelser, ufrivillig vannlating og



Identifisering og behandling av moral injury hos veteraner med PTSD kan være nøkkelen til vellykket PTSD-behandling

tarmtømming, og tilstander som nummenhet eller eufori/velvære (Grossman & Christensen, 2007). Mange veteraner finner det svært nyttig å få vite at det man har opplevd, er normale reaksjoner på unormale belastninger. Dette kan senke skammen som gjerne er forbundet med de nevrofysiologiske reaksjonene.

Stabilisering gjennom å regulere kroppslig aktivering og affekt er grunnleggende i behandlingen. Vi anbefaler stressmestring via SMART-appen, opprinnelig utviklet for australske veteraner (RVTS Øst, 2022). Mange har glede av for eksempel å gå i fjellet og lytte til musikk som selvregulering. Hvis alkohol benyttes som regulering, må det få fokus i behandlingen.

Kunnskap om traumatisk hjerneskade

Centers for Disease Control and Prevention (CDC) definerer en traumatisk hjerneskade (Traumatic Brain Injury, TBI) som «en forstyrrelse i hjernens normale funksjon som kan være forårsaket av slag eller støt i hodet eller penetrerende hodeskade». Sivile kan få traumatisk hjerneskade gjennom kontaktsport, bilulykker eller fall. Soldater og veteraner er i tillegg ekstra utsatt for TBI på grunn av eksplosjoner og andre forhold som oppstår under kamp eller trening. For noen kan TBI få langtidskonsekvenser som følge av forstyrret kognitiv funksjon. Diagnosen er omdiskutert, men i USA har mer enn en million veteraner blitt screenet for TBI (Department of Veterans Affairs, 2022). Afghanistan-undersøkelsen viser stor sannsynlighet for at forstyrret kognitiv funksjon eller mTBI (mild traumatisk hjerneskade) også er et fenomen som finnes blant norske veteraner. Som behandler er det viktig å vite at TBI kan gi symptomer som er til forveksling like PTSD (depresjon, angst, apati), men behandlingen er forskjellig. Hvis veteranen du behandler, har vært i en eksplosjon, eller fått slag mot hode eller hjernerystelse(r), og har symptomer som hodepine, kognisjons- og konsentrasjonsvansker, problemer med balanse, lyd- og lyssensitivitet, kan det være hensiktsmessig å utrede for TBI. Det finnes en gruppe ved NTNU som forsker på TBI (se <https://www.ntnu.no/inb/tbi>).

Moral injury

Vi vil hevde at den aller viktigste veteranspesifikke kunnskapen er evnen til å formidle

kunnskap om og behandle *moral injury* (MI). Det har lenge vært kjent at erfaringer under kamp kan føre til sterke indre moralske konflikter (Friedman, 1981). Vår erfaring fra klinisk praksis med veteraner er at MI er et særdeles nyttig begrep, både når det gjelder psykoedukasjon og ved valg av videre behandling. Vi har skrevet om dette tidligere (Moe & SørDAL, 2016). Litz definerer *moral injury* som: «å begå, unnlate å forhindre, være vitne til eller lære om handlinger som bryter med dyptliggende moralske overbevisninger og forventninger» (Litz et al., 2009). Å erfare og å være vitne til drap på sivile, tap av medsoldater, overgrep mot kvinner og barn og andre overskridende handlinger kan krenke ens tro, følelsen av rett versus galt, godt mot ondt, og rokke ved oppfatningen av hva det vil si å være soldat. En metastudie fra 2019 konkluderer med at MI er utbredt i en militær kontekst, og assosiert med alvorlig grad av PTSD-symptomer, angst, depresjon og økt risiko for selvmord (Koenig et al., 2019). De skriver at MI stadig blir ignorert av psykisk helsepersonell, som ofte kun fokuserer på PTSD. MI kan også forhindre effektiv behandling av PTSD, og identifisering og behandling av MI blant de med PTSD kan være nøkkelen til vellykket PTSD-behandling (Koenig et al., 2019).

Her hjemme har Andreas Nordstrand sett nærmere på fenomenet moralsk belastning. Han har vist at ikke-farebaserte traumer, som å bevitne lidelse og død eller å se/utføre handlinger som bryter med ens moralske oppfatninger, er mer farlig for psykisk helse enn å bli skutt på eller truet på livet (Nordstrand et al., 2019; Halvorsen, 2020). Psykolog Trygve Irgens har i sin masteroppgave *Moral Injury Amongst Norwegian Afghanistan War Veterans* (Irgens, 2021) etablert at det er en positiv sammenheng mellom «morally injurious events», symptomer på MI og symptomer på PTSD. Forekomsten av både MI og PTSD fremstår som forholdsvis lav, men tallene er basert på Afghanistan-undersøkelsen 2012, hvor prevalensen av psykisk lidelse var lavere enn i 2020.

MI betraktes som et syndrom som er separat og forskjellig fra PTSD, men det er en viss overlapp i symptomene. Man kan ha PTSD uten MI, og MI uten PTSD, eller begge samtidig. MI kan klinisk vise seg i form av kjernesymptomer som skyld, skam, sorg, fremmedfølelse, følelse av å være uverdigg, maktesløshet og uten



håp, og en intens opplevelse av meningsløshet i tilværelsen. Sekundære symptomer som sinne, depresjon, angst, søvnløshet, mareritt og selvmedisinering vil ofte være overlappende med PTSD-symptomer. Alvorlige selvmordstanker er ikke uvanlig. Da MI i seg selv handler om sterk skam, kan det ta tid før dette kommer fram i behandlingen. Veteranen deler nødvendig hendelsene, og er ofte ikke bevisst sitt eget fordømmende tankeinnhold. Vi anbefaler å avdekke MI-problematikk så tidlig som mulig i forløpet. Dette kan enkelt løses gjennom screening, for eksempel med Moral Injury Questionnaire-Military version (MIQ-M), som et supplement til anamnesen. Vi har i samarbeid med førsteamanuensis Cato Grønnerød ved UiO, oversatt testen og lagt til en impactdimensjon (kontakt oss ved behov for testen).

Behandling av moral injury – hva vet vi?

I behandlingen av PTSD anbefales tre traumefokuserte metoder av blant andre WHO (World Health Organization, 2013), Veterans' Affairs i USA (Department of Veterans Affairs, National Center for PTSD, 2022) og NKVTS (Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress, 2019). Metodene er EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing), PE (Prolonged Exposure) og TF-CBT (traumefokusert kognitiv terapi). Koenig hevder at å behandle PTSD uten å gå inn i moral injury-problematikken hos en veteran vil kunne føre til en «blokkering» av behandlingen. I meta-studien om MI (Koenig et al., 2019) ser man at det er få RCT-studier på behandling av MI. Behandlingsmetodene det er forsket på, ligger ofte i skjæringspunktet mellom vanlig psykologisk behandling og åndelig omsorg/åndelig integrerte behandlinger, utført av feltprester. En ny artikkel (Williamson et al., 2021) ser på klinikerens erfaringer i behandling av MI hos veteraner. Klinikerne benyttet en rekke metoder i behandlingen av MI. Flere hevdet at eksponeringsbaserte behandlinger ikke strakk til overfor de som er rammet av MI. Artikkelen fremhevet også at klinikere som brukte EMDR, anså denne metoden for å være spesielt effektiv, delvis fordi pasienten ikke behøver å avsløre detaljer i hendelsen til terapeuten: Det er mulig å bruke en egen EMDR-fremgangsmåte, «blind to therapist protocol», i arbeid med sterkt skambetonte hendelser (Luber, 2009). Klinikere beskrev videre at behand-

ling av MI ofte krever flere sesjoner (intervall 12–16+), et antall som ble antatt å stemme overens med behovet i mer komplekse traumetilfeller. Dette sammenfaller med det som Litz og kollegaer (2009) hevder, at eksponeringsterapi ikke er tilstrekkelig og kan være direkte skadelig ved behandling av moral injury. E. C. Hurley publiserte nylig en studie på EMDR-behandling av MI hos militære veteraner (Hurley, 2018). Han viser til gode behandlingsresultater med EMDR, og ellers at resultatene omtrent var de samme for ukentlig poliklinisk behandling med EMDR som for intensiv behandling med fire timers behandling daglig over ti dager. Veteranen kunne med andre ord få betydelig symptomlette på kun halvannen uke. Frafallsraten i denne studien var også meget lav, mens vi ser at høyt frafall vanligvis er et problem i veteran-populasjoner (Stenkamp et al., 2015). Vår kliniske erfaring på dette området tilsier at man med EMDR raskt kan få tak i MI-problematikk som ellers kunne ha hindret fremgang i behandlingen. Dette er en terapiform som etter vår erfaring appellerer til de fleste veteraner: Den er rett fram, består av lite verbalisering, og man slipper å eksponeres for traumene over lang tid. Den er handlingsorientert, «en jobb som skal gjøres», og de aller fleste veteraner vi har møtt, er villige til å jobbe seg gjennom traumene med EMDR. Hvis terapeuten har EMDR-utdannelse, er det vår erfaring at det kan lønne seg å prøve EMDR først. Behandling av MI har i USA i høy grad vært tematisert av feltprestene. Noen av begrepene derfra knyttet til behandling av MI, som rekonstruksjon, gjøre bot, tilgivelse, fornyelse og gjenoppkobling, kan fungere utmerket i kombinasjon med EMDR.

Kameratstøtte. Shay hevder at *kameratstøtte* dvs. «peer support» – altså settinger der veteraner støtter hverandre – er den sentrale mekanismen i bedring eller helbredelse av moral injury (Shay, 2011). Også Litz og kollegaer (2009) anbefaler å benytte seg av kameratstøtte i tillegg til annen behandling. Da kan støtte og gjenkjennelse fungere som «motgift» mot skam og skyldfølelse.

Ved psykiatrisk poliklinikk i Moss har vi etablert en stabiliseringsgruppe for veteraner. *Veterangruppen* er et forsøk på å tilpasse behandlingen bedre til gruppen og å inkludere kameratstøtte. Vi tror dette senker terskelen for å søke seg til tilbudet, og som nevnt er



Vi foreslår at man utreder muligheten for å opprette kompetansesenter for veteraner på én poliklinikk i hver helseregion

kameratstøtte vurdert å være en potent faktor i bedring av MI. Gruppen startet opp etter modell fra Modum Bads grupper, med undervisning om PTSD som hovedformål. I tillegg til opprinnelige tema la vi til enkelte undervisningstema som var spesielt relevante for veteranene. Gruppetilbudet er i stadig utvikling ut fra de erfaringene vi gjør oss.

Vi har dessuten i et pilotprosjekt utenfor spesialisthelsetjenesten gode erfaringer med å kombinere kameratstøtte i gruppe med individuell EMDR. I samarbeid med dr. Solomon, dyktige soldater innen likemannsstøtte og veteranorganisasjonene NVIO og SIOPS, i tillegg til støtte fra EMDR Norge, har vi gjennomført fire tredagers såkalte Post Deployment Seminars i Norge etter modell fra US Army og FBI (Warriors Rest Foundation, 2022), men tilpasset norske forhold. Deltakerne besto av en blanding av veteraner som anså seg selv som skadde, og yngre veteraner som ikke opplevde å ha psykiske plager, men som hadde vært eksponert for kritiske hendelser i tjenesten. Et interessant fenomen ved sistnevnte gruppe var at innledende screening viste at mange av disse ganske riktig hadde lavt symptomtrykk, men at flere samtidig skåret høyt på MI. Dette er noe vi mistenker kan øke risikoen for problemer på sikt. Gjennom intervjuer i etterkant av seminarene så vi bedring i blant annet moral injury. Flere rapporterte store endringer knyttet til blant annet opplevd glede i tilværelsen, søvn og bedret relasjon til partneren og barna sine. Basert på disse seminarene har vi fått en hypotese om at man gjennom kombinasjonen kameratstøtte i gruppe og intensiv, individuell EMDR kan forebygge

senere problemer. Dette skjer ved at en bearbeider tidligere hendelser/«tar ned trykket» og bygger resiliens, før eventuelt nye belastninger kommer til. Vi har benevnt dette fenomenet «vasking»: Gjennom å komme inn tidlig kan det gå raskt å «vaske» eller bearbeide kritiske hendelser, før de eventuelt utvikler seg til å gi kroniske plager. Ikke minst tenker vi at dette kan være hensiktsmessig for de som skal ut i nye oppdrag/stå i jobb som innsatspersonell. FBI har gjennomført slike seminarer siden 1983 i flere stater, og det er et populært tilbud til tjenestemenn- og kvinner som har vært gjennom kritiske hendelser på jobb. Tilsvarende tilbud finnes blant annet i Italia og Finland, og i Finland pågår det nå effektforskning på seminarer (Xamk, 2022).

MAP. Ved DPS Nordre Østfold ligger forskningsenheten Psykforsk, som er involvert i flere lovende studier på MDMA-assistert psykoterapi (MAP). Det har blitt spekulert i om MAP kan være særlig velegnet for behandling av traumer som går ut over rene frykt-unnngåelsesbaserte traumer, som for eksempel MI. I tillegg har veteranpopulasjoner noe dårligere resultater fra standard traumebehandlingsprotokoller, og frafallsraten er særlig høy (Steenkamp et al., 2015). Vi håper derfor å samarbeide med Forsvaret om å sette i gang med verdens første studie hvor man undersøker MAP som behandling for MI.

OPPSUMMERING

Resultatene fra Afghanistan-undersøkelsen 2020 sammenfaller i stor grad med våre kliniske erfaringer i arbeidet med veteraner, og undersøkelsen er en viktig kunnskapsbase for veteranoppfølging. Vi har videre presentert veteranspesifikk kunnskap om behandlingsalliansen, psykoedukasjon og moral injury, samt nåværende og mulig fremtidig behandling. Vi håper at artikkelen kan være et bidrag til sivile behandlere som møter veteraner. Men vi tenker at det må noe mer på plass for å sikre god behandling i – og for å øke tilliten til – sivil helsevesen. For fremtiden har vi et ønske om retningslinjer og behandlingslinje for veteraner. I tillegg er det viktig å få en bedre integrering av RVTS' nettportal og Forsvarets sider for veteraner, slik at det blir lettere for både veteraner, pårørende og hjelpere å finne fram. Danmark har en god modell for dette (<https://www.veterancentret.dk/da/>). Med de spesifikke



utfordringene som veteraner har tror vi det er en utopi at alle landets DPS-er skal ha veteranspesifikk kompetanse. Vi foreslår derfor at man utreder muligheten for å opprette kompetansesenter for veteraner på én poliklinikk

i hver helseregion, med behandlere som har kompetanse på veteraner, med et gruppetilbud for veteraner og med tilbud om veiledning av annet helsepersonell i regionen som jobber med veteraner. ✕

REFERANSER

- Bryan, C. J., Bryan, A. O., Roberge, E., Leifker, F. R., & Rozek, D. C. (2018). Moral injury, posttraumatic stress disorder, and suicidal behavior among National Guard personnel. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, *10*(1), 36–45. <https://doi.org/10.1037/tra0000290>
- Bøe, H. J., Nordstrand, A. E., Engen, H. G., Gjerstad, C. L., Bakker, L. P., Thoresen, S., Birkeland, M. S. & Blix, I. (2021). *Afghanistan-undersøkelsen 2020. Veteraners erfaringer, helse og livskvalitet etter tjeneste i Afghanistan 2001–2020*. Forsvarets sanitet – Institutt for militærpsykiatri og stressmestring & Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress. <https://www.regjeringen.no/contentassets/cf1fa30566724bdbb2741c67eabcec78/afghanistan-undersokelsen-2020-i-pdf.pdf>
- Department of Veterans Affairs, National Center for PTSD (2022). *PTSD Treatment Basics*. https://www.ptsd.va.gov/understand_tx/tx_basics.asp
- Department of Veterans Affairs, Office of Research & Development (2022). *VA research on Traumatic Brain Injury (TBI)*. <https://www.research.va.gov/topics/tbi.cfm>
- Departementene (2011). *I tjeneste for Norge: Regjeringens handlingsplan for ivaretagelse av personell før, under og etter utenlandstjeneste*. https://www.regjeringen.no/contentassets/2dd67c61a57b441ca69a91a7eb036913/veteraner_handlingsplan_netts-versjon.pdf
- Friedman, M. J. (1981). Post-Vietnam syndrome: recognition and management. *Psychosomatics*, *22*(11), 931–943. [https://dx.doi.org/10.1016/S0033-3182\(81\)734558](https://dx.doi.org/10.1016/S0033-3182(81)734558)
- Grossman, D. & Christensen, L. W. (2007). *On combat: the psychology and physiology of deadly conflict in war and in peace* (2. utg.). Belleville, IL: PPCT Research Publications.
- Halvorsen, P. (2020, 1. oktober). Verre for psyken å se lidelse enn å ta liv (intervju av A. E. Nordstrand). *Tidsskrift for Norsk psykologforening*. <https://psykologtidsskriftet.no/na/2020/10/verre-psyken-se-lidelse-enn-ta-liv>
- Hurley, E. C. (2018). Effective Treatment of Veterans With PTSD: Comparison Between Intensive Daily and Weekly EMDR Approaches. *Frontiers in Psychology*, *9*, 1458. [10.3389/fpsyg.2018.01458](https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.01458). <https://doi.org/10.1037/trm0000069>
- Irgens, T. S. (2021). *Moral Injury Amongst Norwegian Afghanistan War Veterans* [Unpublished master's thesis in clinical psychology]. SWPS University of Social Science and Humanities.
- Jinkerson, J. D. (2016). Defining and assessing moral injury: A syndrome perspective. *Traumatology*, *22*(2), 122. <https://doi.org/10.1037/trm0000069>
- Johnsen, G. E. & Bøe, H. J. (2016). Norske afghanistan-veteraner: stigma, barrierer og helsehjelp. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, *53*(10), 814–822.
- Koenig, H. G. (2018). Measuring Symptoms of Moral Injury in Veterans and Active Duty Military with PTSD. *Religions*, *9*(3), 86. <https://doi.org/10.3390/rel9030086>

- Koenig, H. G., Youssef, N. A. & Pearce, M. (2019). Assessment of Moral Injury in Veterans and Active Duty Military Personnel With PTSD: A Review. *Frontiers in Psychiatry / Frontiers Research Foundation*, 10, 443. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2019.00443>
- Litz, B. T., Stein, N., Delaney, E., Lebowitz, L., Nash, W. P., Silva, C. & Maguen, S. (2009). Moral injury and moral repair in war veterans: a preliminary model and intervention strategy. *Clinical Psychology Review*, 29(8), 695–706. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2009.07.003>.
- Luber, M. (2009). *Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) Scripted Protocols: Basics and Special Situations*. Springer Publishing Company.
- Moe, H. K. H. & Sørødal, K. V. (2016). Kan amerikanske erfaringer være til nytte i EMDR-behandling av norske veteraner med PTSD: belyst gjennom tre kasus (Spesialistoppgave). *Norsk psykologforening*.
- Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress (NKVTS) (2019). *Behandling av PTSD*. <https://www.nkvts.no/kunnskapsbasert-traumebehandling/behandling-av-ptsd/>
- Nordstrand, A. E., Bøe, H. J., Holen, A., Reichelt, J. G., Gjerstad, C. L. & Hjemdal, O. (2019). Danger- and non-danger-based stressors and their relations to posttraumatic deprecation or growth in Norwegian veterans deployed to Afghanistan. *European Journal of Psychotraumatology*, 10(1), 1601989. <https://doi.org/10.1080/20008198.2019.1601989>
- Riksrevisjonen (2018–2019). *Riksrevisjonens oppfølging av forvaltningsrevisjoner som er behandlet av Stortinget* (Dokument 3:1). <https://www.stortinget.no/globalassets/pdf/dokumentserien/2018-2019/dok-3-1-2018-2019.pdf>
- RVTS Øst (2022). *SMART – et stressmestringsverktøy*. <https://smart.rvts.no/>
- Shay, J. (2011). Casualties. *Daedalus*, 140(3), 179–188. <https://www.jstor.org/stable/23047357>
- Steenkamp, M. M., Litz, B. T., Hoge, C. W. & Marmar, C. R. (2015). Psychotherapy for Military-Related PTSD: A Review of Randomized Clinical Trials. *JAMA: The Journal of the American Medical Association*, 314(5), 489–500. <https://doi.org/10.1001/jama.2015.8370>.
- St.meld. nr. 34 (2008–2009). «Fra vernepliktig til veteran». *Om ivaretagelse av personell før, under og etter deltakelse i utenlandsoperasjoner*. Forsvarsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/no/dokumenter/stmeld-nr-34-2008-2009/id560494/>
- Sævereid, H. B. (2021, 5. oktober). Forsvarssjefen: – 300 kolleger har PTSD. VG. <https://www.vg.no/nyheter/utenriks/i/y4Odkg/forsvarssjefen-300-kolleger-har-ptsd>
- Warriors Rest Foundation (2022, 4. mars). *Post Critical Incident Seminar*. <https://www.warriorsrestfoundation.org/pcis>
- Williamson, V., Murphy, D., Stevelink, S. A. M., Allen, S., Jones, E. & Greenberg, N. (2021). Delivering Treatment to Morally Injured UK Military Personnel and Veterans: The Clinician Experience. *Military Psychology: The Official Journal of the Division of Military Psychology, American Psychological Association*, 33(2), 115–123. <https://doi.org/10.1080/08995605.2021.1897495>
- World Health Organization (2013). *WHO Guidelines on Conditions Specifically Related to Stress*. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241505406>.
- Xamk (2022, 28. januar). *On the Way to Find out the Effectivity of the Post Critical Incident Seminar*. <https://www.xamk.fi/en/research-and-development/on-the-way-to-find-out-the-effectivity-of-the-post-critical-incident-seminar/>

Karakteranalytisk blikk på politiundervisning

I denne artikkelen illustreres hvordan utdanning av politistudenter kan kaste lys over psykoterapeutisk arbeid.

TEKST Marit Bang Jensen

KONTAKT
maritbangjensen@gmail.com

SOMMEREN 2011 VAR en forferdelig sommer som vi aldri glemmer i Norge. Mange ting skjedde som førte til at jeg senere søkte jobb ved Politihøgskolen og ble ansatt som lærer der. Jeg hadde i mange år arbeidet med karakteranalyse, som er en videreutvikling av psykoanalysen, der en fokuserer på den kroppslige opplevelsen og det kroppslige uttrykket både hos pasient og terapeut, og der dette er en selvfølgelig del av det som skal forstås. Politiets krav både til kroppslig og mental tilstedeværelse og mestring gjorde meg nysgjerrig på hvordan Politihøgskolen arbeidet med dette i utdanningen og i praksis. På Politihøgskolen var vi en gruppe lærere som, lagde og gjennomførte øvelsene, og hadde teoriundervisning. Vi arbeidet sammen to og to, en politifaglig og en psykologifaglig lærer, i tillegg til engelsklærer. Begreper ble gjennomgått både i større forelesninger og i mindre grupper. Studentene så filmsnutter av politipatruljer i arbeid, der de analyserte videoene gjennom å bruke begrepene de hadde lært. Vi leide inn markører

og hadde fysiske øvelser i en øvingsleilighet. Politistudentene ble tilkalt til ulike situasjoner de skulle løse. De var i patruljer på tre, eller to, noe de vanligvis også er i praksis. Som lærer i faget Kommunikasjon og konflikthåndtering ved Politihøgskolen gjennom flere år erfarte jeg at karakteranalytisk perspektiv var nyttig i undervisningen. Jeg fikk også nye perspektiver på det å utdanne terapeuter.

Spesielt forholdet mellom det planlagte og det uforutsigbare opptok meg. I politiet er risikoen for eget og andres liv i enkeltsituasjoner så høy at å gjøre risikovurderinger, trene på ulike scenarioer og drille inn prosedyrer samt mental forberedelse er en bærebjelke i utdanningen. Politiet er pålagt å løse situasjoner ved å bruke minst mulig makt. Maktpyramiden (Bråten, 2011) er et kjent begrep for enhver polititjenesteperson. *Symbolisk makt*, vist gjennom å bære uniform, er det laveste nivået på pyramiden, og innebærer å være til stede og presentere seg som politi. I nivået over finner vi *verbale kommunikasjonsteknikker*, som å lytte, spørre

og undersøke. Det tredje nivået innebærer bruk av *verbal makt*, nemlig pålegg og advarsler. Ytterligere fem trinn beskriver gradvis mulighet for opptrapping i bruk av makt, der det å anvende skytevåpen er øverste nivå. Politi må alltid kunne begrunne hvor på maktstigen de befinner seg i tilfelle ettersyn av Spesialenheten.

En sentral kompetanse innen politiet er å være i stand til løpende vurderinger av risiko og av hvilket nivå av makt som er nødvendig i en gitt situasjon. Det operative politiarbeidet spenner ellers svært vidt, fra å hjelpe en gammel dame over gaten, komme med dødsbudskap, til å få kontroll på en truende, bevæpnet person. Politiet er også ofte direkte involvert i psykiatrioppdrag. De henter personer som skal tvangsinnlegges, øver på å møte og håndtere livstruende og farlige situasjoner, samt å bruke skytevåpen. De trenes også i kommunikasjon og konflikt-håndtering, på vennlig tilstedeværelse, aktiv lytting og speilende kommunikasjon.

I terapifeltet er ikke risiko knyttet til fare for eget og andres liv på samme måte. Det er sjelden terapeuten blir overfalt av pasienten. Men det uforutsette og overraskende skjer i terapi hele tiden, og dette er noe terapeuter må forholde seg til (Bang Jensen, 2007).

I psykoterapifeltet er det en forestilling om at behandling primært dreier seg om å finne en diagnose og så planlegge behandlingen deretter. Denne tilnærmingen har sitt utgangspunkt i den medisinske modellen, hvor man samler inn informasjon, gjør en vurdering, finner en forhåndsdefinert kategori å knytte funnet til og tar en beslutning om intervensjon. Min erfaring er at det i denne modellen ligger store muligheter for maktbruk overfor klienter. Hvis terapeuten blikk er styrt av kategorier som er avgjort på forhånd, kan mye viktig informasjon gå tapt. Ikke minst kan kunnskaper om klientens opplevelser av seg selv gå tapt. Mange klienter kan da føle seg overkjørt og ikke sett, i tillegg til at terapeuten ikke får en god nok forståelse. Marta Stark (2000) viser hvordan terapeuter kan bli bevisst på prosessene / hvordan en kan bevisstgjøre terapeuter på sine egne indre prosesser når i seg selv når de danner seg en forståelse av det som skjer i klienten og en selv, og mellom dem og klienten i terapirommet. Reaksjonene til en terapeut kan tenkes å komme fra *en autentisk modus*, som beskrives som terapeuten umiddelbare, ekte reaksjon på klienten. I *en empatisk modus* forsøker terapeuten å forstå klienten. I *en observerende og reflekterende modus* gjør terapeuten en samlet vurdering av klienten. Gjennom å ha et slikt metaperspektiv på sine opplevelser av og tenkning om klienten hevder Stark at terapeuten lettere kan sortere egne reaksjoner. Dette kan motvirke fastlåste mønstre i terapiarbeidet og for raske konklusjoner om tilstand og behandling. Starks tilnærming er dermed nyttig både for en fleksibel og løpende vurdering av klienten og for å motvirke maktbruk.

Politiet har på samme måte behov for verktøy for å kunne skille/håndtere egne reaksjoner i vanskelige oppdrag og har i de senere årene brukt psykologene Røkenes og Hanssens modell for analyse av kommunikasjon og samhandling. (Røkenes & Hanssen, 2002). Modellen tar utgangspunkt i hvilken type kontekst en befinner seg i. Deretter skiller modellen mellom perspektivet til polititjenestepersonen og til den eller de andre som er i situasjonen, «egenperspektivet» og «andreperspektivet». Det tredje perspektivet kaller de for «samhandlingsperspektivet». Her ligger muligheten for å danne et «intersubjektivt opplevelsesfellesskap» der begge parter opplever seg sett og forstått av den andre.



Noe av det som binder de to yrkene og yrkesutøvelsene sammen, er møtet med mennesker





Løpende situasjonsvurdering er sentralt i politiet, og jeg mener at det også bør være sentralt for terapeuter

I politiutdanningen blir det lagt vekt på teorier om beslutningstaking og mental forberedelse til ulike typer scenarioer som kan møte politiet. En trener mye på forskjellige scenarioer, rett og slett for å drille inn ulike typer ferdigheter som kreves i ulike situasjoner. Dette gjelder spesielt situasjoner med høy risiko og de situasjonene der politiet bruker makt (jf. maktpyramiden (Bråten, 2011)). Studenten trenes i å mestre det å bevege seg både oppover og nedover på maktpyramiden. En slik fleksibilitet anses som avgjørende for å lykkes i å løse oppdrag på lavest mulig konfliktnivå og med minst mulig bruk av makt. Oppsummert kan vi si at i politiet er plastisk vurdering og løpende risikovurdering sentralt.

Psykoterapeuters metoder kan på den annen side fremstå som mer statisk og basert på en antakelse om en lineær sammenheng mellom diagnose og behandlingsbehov, der en velger behandling med utgangspunkt i diagnosen som settes. Psykoterapeuter kan med fordel lære av politiets tilnærming, og søke å være tett på klientens opplevelse og utfordringer gjennom hele behandlingsforløpet. Utredning og behandling går således parallelt i behandlingen, og jeg vil si at de ikke kan skilles fra hverandre.

Psykoterapeuter og politi arbeider med det uforutsigbare, det uberegnelige, det overraskende, det vi ikke kan planlegge for. Løpende situasjonsvurdering er sentralt i politiet, og jeg mener at det også bør være sentralt for terapeuter. Terapeuter må hele tiden observere egne reaksjoner og reaksjoner hos klienten.

ÅPENHET OM FØLELSER

Politiet skal i gitte situasjoner kunne være både vennlige og imøtekommende og autoritære og grensesettende. Arnhild Lauveng (2014) beskriver i boka *I morgen var jeg alltid en løve* hvordan politiet måtte bruke makt for å få kontroll på henne da hun ble psykotisk i Majorstua-krysset. Hun forteller at gjennom måten de gjorde det på, hvordan de snakket med henne og var fysisk til stede, gjorde at hun merket at de var empatiske, slik at selv det å bli påsatt håndjern gikk an å akseptere. Hun beskriver hvordan politifolkene vekslet mellom nettopp vennlig tilstedeværelse og maktbruk når det var nødvendig.

I undervisningen av politistudentene i faget Kommunikasjon og konflikthåndtering gjør en blant annet øvelser med skuespillere i en øvingsleilighet. Der blir ulike scenarioer iscenesatt, og patruljer på tre får trene på å løse oppdrag i ulike situasjoner. Det krever mot og tilstedeværelse av alle parter å gå inn i slike «live-situasjoner», der studentene eksponerer seg foran resten av klassen. Lærere observerer og går gjennom oppdragsløsningen sammen med patruljen i etterkant. Resten av klassen kan komme med spørsmål og refleksjoner. Det konkrete arbeidet med å veilede politistudenter har satt en del problemstillinger på spissen for meg.

Et eksempel er hentet fra en erfaring fra en tidligere øvelse med psykisk syke og vold i nære relasjoner. Skuespillere spilte familiemedlemmer eller psykiatrisk pasient, og politipatruljen på tre skulle løse situasjonen. Mange følelser kunne bli aktivert i politistudentene, og for noen med liknende erfaringer fra eget liv kunne dette bli særlig utfordrende. Under øvelsen mistet en politistudent kontrollen over seg selv og ble aggressiv mot «moren» i familien, der studenten dyttet henne brutalt opp mot veggen. Minner fra oppvekst med alkohol ble vekket til live hos studenten og triggert en dyp aggresjon som fikk et ukontrollert utløp i øvelsen. Studenten fikk i ettertid mulighet til å bearbeide sine egne erfaringer over tid hos en kollegastøtte ved Politihøgskolen og ble veiledet til å søke videre

hjelp. Slike situasjoner er viktige læringserfaringer både for studenter og lærere.

Etter «oppdraget» under slike øvelser går vi gjennom det hele sammen med politipatruljen som har fått prøve seg, og med resten av klassen som tilskuere. I øvingsleiligheten er det et galleri, der studenter og lærere kan stå og følge med på løsningen av oppdraget. Det er både psykologfaglige og politifaglige lærere til stede under øvelsene. Lærerne har løpende dialog og samarbeid i forbindelse med øvelsene, og vi utvikler øvelsene på bakgrunn av det vi erfarer i undervisningen. Det ble etter hvert innarbeidet at spørsmål om det følelsesmessige hørte med i gjennomgangen og drøftingen av oppdragsløsningen. Vi er opptatt av å trene studentene i å sette ord på egne følelsesmessige reaksjoner under oppdraget, og å forsøke å forstå menneskene i situasjonen. Vi ønsker at dette skal kjennes trygt å dele, og på den måten alminneliggjøre det å snakke om følelser i forbindelse med oppdragsløsning.

I undervisningen av politistudenter kan det kjennes følsomt å ta frem egne reaksjoner i plenum, og det krever mot både av lærerne og studentene.

ARBEID MED FØLELSESBEVISSTHET

Å arbeide med følelsesbevissthet er det første trinnet for å oppøve kompetanse på å beholde roen, regulere følelser og handle rasjonelt i spente situasjoner.

Følgende er en beskrivelse fra en politimann av et vanskelig ordensoppdrag:

«Jeg er politimann med erfaring fra Oslos skyggeside. I mange år har jeg jobbet i Oslo indre øst med fyll, narkotika, tyver, utelligere og de utstøtte. Jeg er en helt vanlig fyr i begynnelsen av 30-årene og gleder meg til nattevakt. Spesielt fordi jeg har med meg praksisstudenten min. Han er litt yngre enn meg, oppvokst i Oslo og er av den gatesmarte typen med et skikkelig glimt i øyet. Vi jobber allerede godt sammen og løser det aller meste som vi skal, uten særlig bruk av makt. Vi liker å prate med andre mennesker, og vårt fokus er dialog i møte med publikum. Vi har på oss uniform med lue og gule refleksjakker merket politi på front og rygg.

Vi står utenfor et utested nede i sentrum. Natten har begynt å senke seg over byen. Ting er som det skal være, og Oslos befolkning kan

sove trygt. Det er varmt – og gatelysene er tent. Folk er glade og hilser på politiet.

Det kommer en mann gående og vil hilse på meg og gjør et stort nummer av «high five» med politiet. Jeg avviser det høflig og ønsker ham en god kveld. Jeg vil følge med på studenten og være til stede for ham. Mannen går videre. Han virker god og full – og rører bortover gaten sammen med kameraten sin. Dessuten får jeg en følelse eller intuisjon av at han ikke likte at jeg ikke ville hilse på ham. En mann og en kvinne kommer gående i motsatt retning av mannen. Mannen som akkurat passerte meg, går i veien for paret og dytter den andre mannen kraftig i brystet, med skulderen. Mannen i paret blir tydelig forskrekket. Jeg blir ikke forskrekket, men dette er ikke greit. Her går grensen. Jeg løper etter han for å stoppe han, eller anholde han, som vi kaller det på politispråket. Før jeg kommer frem, blir jeg hindret av kameraten hans, som dytter meg skikkelig sånn at jeg lander i veggen på utestedet vi står ved siden av.

Etter hvert får jeg kontakt med mannen som dyttet mannen i paret, og foreholder ham oppførselen sin. Jeg forsøker å holde ham fast, men han er sterk og stritter kraftig imot. Jeg skjønner at han vil gå. Han vil i alle fall ikke høre på det jeg har å si. Jeg tror jeg er rolig. Og så ber jeg han om legitimasjon. Jeg vil vite hvem jeg står overfor. Det vil han ikke gi meg. Han dytter meg unna når jeg forklarer at jeg må visitere ham etter legitimasjon. Jeg kjenner at jeg stivner i kroppen når han dytter meg. Jeg kjenner adrenalinet strømme, og jeg vet hvorfor. Jeg er ikke vant til denne type kraftig motstand når jeg gjør inngrep. Dessuten er jeg litt sliten i kroppen etter alle nattevaktene, og hodet henger ikke helt med. Jeg er rett og slett ikke klar for dette. For denne mannen han er sterk og godt trent, mye sterkere enn meg. Han er sint, og han gir uttrykk for at han vil slåss. Han sier ikke at han byr opp, men jeg merker det, og det stresser meg. Han gir tydelig uttrykk for at han ikke vil samarbeide, og sier gjentatte ganger at han ikke har gjort noe galt. Men det har han gjort, og det er min jobb å gjøre noe med det. Der og da farer det gjennom hodet at uansett hva jeg gjør nå, så blir det slåssing. Det er ingen ting jeg kan gjøre noe med. Jeg merker at jeg får dårligere hørsel, tunnelsynet kommer snikende, og jeg blir klam i hendene. Jeg begynner å stamme og hakke tenner, og

jeg må trekke pusten og anstrenge meg for å prate klart og virke troverdig. Det er en sjelden følelse. Jeg vurderer om jeg skal utsette han for makt, men lar være fordi jeg tror noen kommer til å bli skadet av det. Enten han, meg eller begge. Høyrefoten min begynner å rykke. Det gjør den alltid når jeg blir tilstrekkelig stressa. Jeg vet det og har vent meg til det. Det er ikke farlig. Det er bare kroppen som sier fra. Vissheten om det roer meg litt. Dette skal jeg løse.

Så trer erfaringen min inn. Jeg trekker meg et skritt tilbake, trekker pusten en ekstra gang for ikke å stamme, melder til operasjonssentralen at jeg trenger hjelp. – Nå! Jeg ser også at studenten min er på vei bort til meg. Jeg hører sirene fra flere politibiler komme nærmere. Mannen blir stående foran meg og finner frem et legitimasjonskort.

Det kommer en patrulje fra en annen stasjon. To erfarne politidamer går bort til mannen og holder han med løst snakk og glimt i øyet etter at jeg og studenten har visitert han. Jeg begynner å roe meg litt nå. Det er nesten ti andre kolleger til stede. Jeg konfererer med den mest erfarne av dem om mine observasjoner av mannen, og jeg ber operasjonssentralen om å foreta et registersøk. Jeg kommer fram til at jeg vil anmelde ham for ordensforstyrrelse. Men jeg er fremdeles helt sikker på at det kommer til å bli en fysisk innbringelse. Han kommer til å gi oss motstand, mye motstand. Men nå er jeg bedre forberedt, og kroppen min har roet seg ned. Jeg er trygg på at vi kommer til å klare det. Vi skal klare det, det er jobben vår. Det eneste som bekymrer meg, er at noen kan bli skadet. Det er en risiko vi må ta, og vi må anstrenge oss for at det ikke er han som skades. Jeg får litt senere vite at mannen forteller til en av politidamene at han ikke har slått noen, men at han pleier å slåss. Dessuten er han frekk og uhøflig. Jeg er imponert over kollegene mine som beholder roen og er proffe. Det er bra! Denne karen er en utfordring med hele sin væremåte.

Jeg tar kontakt med mannen og forteller at han blir innbrakt til politiarresten for ordensforstyrrelse. Jeg gir han legitimasjonskortet tilbake. Han røker en sigarett. Jeg ber han høflig om å legge legitimasjonskortet i lommen og stumpe sigaretten – flere ganger.

Plutselig knipser han sigaretten mot hånden min. Det spruter glør. Jeg får et lite brannskår. Jeg er like rolig. Tror jeg. Jeg merker at

kroppen er sliten av alle stressreaksjonene og føler at jeg ser litt trist ut når jeg sier at jeg kommer til å anmelde han for det med sigaretten. Kollegene mine tar et godt grep i armene hans for å ta han med seg. Jeg ser at han fremdeles vil slåss, men det er greit. Nå er jeg forberedt. Vi er mange. Vi vinner. Han går målrettet mot meg, men det kommer flere betjenter til, og vi legger han i bakken og setter på han håndjern. Han skriker og roper og prøver å spytte på oss. Når vi får han opp på beina, tar han sats og forsøker og skalle ned studenten. Vi bærer han inn i politibilen.» (Carlsen, 2016)

ARBEID I TERAPIROMMET

I beskrivelsen over ser vi hvordan en politimann i et krevende oppdrag der han etter hvert blir utsatt for vold, hele tiden beskriver egne autentiske reaksjoner gjennom selvobservasjon. Han beskriver også hvordan han oppfatter mannen, og han forteller om sine fortløpende situasjonsvurderinger.

I terapirommet møter terapeuten også det uforutsigbare. Hva skjer inne i pasienten, hvordan vil pasienten te seg i timen? Hva vil komme frem, og på hvilken måte, og når? Og hvordan vil det som oppstår, påvirke terapeuten? Hva skjer i oss når vi møter det uforutsigbare, uregnelige og overraskende? Terapeuten kan kjenne seg overrasket, usikker, kanskje også rådvill?

Hvordan komme seg videre, hvordan finne veien når det forventede ikke skjer? Når kartet ikke stemmer med terrenget? Eller kanskje heller når terrenget ikke stemmer med kartet. Planen fungerer ikke, vi må omstille oss. Min erfaring er at dette skjer kontinuerlig i terapirommet. Spørsmålet er om vi som terapeuter er like bevisste på dette som vi er bevisste på hvilken rolle egne følelser spiller i det arbeidet vi gjør. Jeg tror vanskene i terapirommet oppstår når vi har forhåndsdefinerte kart som hindrer en lyttende og åpen tilnærming, som igjen hindrer tilpasninger til kontekst.

Som beskrevet over har Marta Stark (2000) i sin modell løftet frem terapeutens ulike moduser i terapirommet. Hun trekker frem tre ulike tilstander: *autentisk*, *empatisk* og *observerende/reflekterende modus*. Hvilket sted i seg selv er det terapeuten handler ut fra i terapirommet i det aktuelle øyeblikket? Hvis en er oppmerksom på vekslingene mellom disse modusene, vil det ifølge Starks modell gjøre noe med ens

egen terapeutiske holdning. En slik oppmerksomhet vil kunne øke terapeutens bevissthet på sin egen posisjon for lytting og tilstedeværelse.

Men hva som kan oppstå, avhenger også av det mulighetsrommet som terapirommet tilbyr. Hvor åpen er terapeuten for pasientens opplevelse? Dersom terapeuten er opptatt av å gjennomføre noe, et prosjekt, en plan, vil jeg si at terapeuten er primært i en *observerende, reflekterende* modus. Dersom terapeuten er primært *empatisk* til stede, vil jeg si at terapeuten har sin oppmerksomhet rettet både mot seg selv og mot den andre. Men utgangspunktet for empatien er den andre. Av og til er terapeuten nærmest sin egen umiddelbare opplevelse. Hun eller han er kanskje trøtt, kjenner seg presset, har vondt et sted, tenker på andre ting enn det som foregår i terapirommet.

Å gjøre terapeuten bevisst på disse ulike posisjonene har vist seg å være nyttig i utdanning og veiledning av terapeuter. Ofte veksler vi mellom posisjonene, og det er bra. Men vi erfarer at terapeuter har lettere for å være i en *observerende modus* og i *empatisk modus* enn i *autentisk modus*.

Hvorfor har det blitt slik at terapeuters kontakt med sin egen, autentiske opplevelse har kommet i skyggen av en empatisk tilstedeværelse og et observerende, reflekterende blikk?

Tradisjonelt har terapeuter i for stor grad vært opptatt av å finne «de rette» intervensjoner, noe som innebærer å være i en *observerende og reflekterende modus*. I utdanningen ved Norsk Karakteranalytisk Institutt lærer vi kandidatene å rette oppmerksomheten mot sin egen innside. Hvor i meg er det jeg nå handler fra? Er det min egen autentiske reaksjon i situasjonen? Er det min empatiske side som føler med pasienten? Eller er det en mer reflekterende, observerende del i meg som jeg er i kontakt med? Det vies mye tid til å trene på bevisstgjøring av hvilke deler av en selv som en tar i bruk. Det er forskjell på å observere en person, være empatisk og å kjenne på egne autentiske reaksjoner. Autentiske reaksjoner kan for eksempel være å kjenne seg trett, irritert, overveldet av pasienten, fornemmelser og følelser som terapeuten opplever springer ut fra en selv.

BEVISSTGJØRING AV FORSKJELLEN PÅ Å TENKE OG Å KJENNE

I undervisningen i kommunikasjon og konflikthåndtering lot jeg flere ganger politistudentene gjøre en erfaringsnær øvelse som kan gi en god og trygg følelse. Tanken var at denne tilstanden av trygghet og tillit kunne knyttes til det laveste nivået på maktpyramiden, *tilstedeværelse* og *kommunikasjon*. Håpet var at de kunne gjenkjenne deler av denne kroppslige tilstanden også når de var i uniform, og at skillet mellom nivåene når de beveget seg oppover i maktpyramiden, ble klarer for dem.

De skulle lukke øynene og hente frem et godt minne sammen med en annen. Konteksten var at de satt på forelesning i et stort auditorium. Det skulle være et minne der de følte seg trygge, rolige og harmoniske. Et minne mange hentet frem, var et med en besteforelder eller god venn. De ble bedt om å beskrive hva de kjente i møte med minnet. Følelser, kroppslige opplevelser, lukt, lyd og så videre. De skulle kjenne etter i kroppen hva det var som gjorde at det opplevdes som et godt møte.

Treningen av politistudenter og av psykologer foregår på ulike måter. Oppgavene er ulike. Felles er møtet med mennesker, der den ene besitter makt i form av utdanning og rolle, og den andre er mottaker, frivillig eller ufrivillig, av våre tjenester.



Tradisjonelt har terapeuter i for stor grad vært opptatt av å finne «de rette» intervensjoner





Parallellen til psykoterapi er åpenbar

For politiet er det viktig å være seg bevisst hva som skjer i spente situasjoner, med vold og maktbruk. Atferden kan da bevege seg fra å være vennlig tilstedeværende, lyttende og empatisk til å bli automatisk og instrumentell. Mange forteller at de før de fikk denne undervisningen, kunne gå over i autentisk modus og bli ordentlig sinte på publikum. Det førte til ytterligere eskalering av spente situasjoner. Når politiet kan observere og forstå egne følelsesmessige reaksjoner, er det lettere for dem å romme disse og beholde roen. Da kan det kanskje bli mulig å de-eskalere spente og farlige situasjoner, slik at en kan bevege seg nedover på maktpyramiden og være i *en dialogmodus*. Ofte vil ikke dette være mulig, men like fullt er politiet subjekter som handler og er til stede sammen med andre. Det fritar en ikke for kravet om tilstedeværelse, i sansningen av seg selv, av den andre og av kontakten.

I politiet blir betydningen av de kroppslige reaksjonene tydelig, ikke minst gjennom de svært stressende situasjonene politiet kommer opp i, og ulike måter de sterke inntrykkene kan påvirke kommunikasjonen på (Carlsen, 2016).

Det er meningsfullt som psykolog å lære politistudenter hvordan følelsene kjennes og vises på kroppen, og hvordan de kan møte publikum på en bedre måte når de blir bevisste sine egne reaksjoner. Da er det lettere å ta inn og undersøke publikums reaksjoner.

Parallellen til psykoterapi er åpenbar. I undervisningen om kroppslig overføring og motoverføring arbeider vi med å bevisstgjøre terapeutene på egne reaksjoner, slik at de lettere kan ta inn og dele pasientens tilstander.

Å KJENNE ETTER I KROPPEN. MAGEFØLELSE OG EMPATI

Det har etter hvert utviklet seg en forståelse av at sinnet vårt er forankret i kroppen på en slik måte at det er meningsløst å se på kropp og sinn som atskilt. Denne oppfatningen gjør seg gjeldende både i psykologien og i medisinen. Yogafilosofi tydeliggjør dette perspektivet. Mennesker påvirker hverandre gjennom vegetativ identifisering (Andersen, 2009; Galaaen, 2021; Sletvold, 2014). Dette innebærer at vi fanger opp mye mer av hverandre enn det som sies med ord, men at vi ofte ikke er bevisste på dette.

Å lese det emosjonelle uttrykket slik det erfarer kroppslig, er en kapasitet som hører til det å være terapeut og menneske. Men vi er ikke alltid like bevisst på det emosjonelle uttrykket hos oss selv og hos den andre og hvordan det påvirker oss. Dette er noe vi fanger opp ubevisst. Treningen i karakteranalytisk psykoterapi går ut på å bevisstgjøre terapeuter om det emosjonelle uttrykket og inntrykket (Sletvold, 2014).

I politiet var det oppstått et kunnskapshull. Da politiutdanningen ble gjort om til en bachelorgrad, ble utdanningen mer akademisk. Begrepet «magefølelse», som inntil da hadde blitt mye brukt i trening og utdanning, ble av mange avvist som useriøst, da en ikke visste hvordan en kunne forankre begrepet magefølelse tilstrekkelig i teori.

Røkenes og Hanssens (2002) modell for samhandling tydeliggjør skillet mellom meg og den andre og det som kan oppstå felles, et intersubjektivt opplevelsesfellesskap.

Stark (2000) viser i sin modell hvordan terapeuten kan bli bevisstgjort ulike utgangspunkt i seg selv: *autentisk modus*, *empatisk modus* og *observerende/reflekterende modus*. Hva pasienten inviterer til, og hvilket avtrykk pasienten gir i terapeuten, vil gi ulike overføringer og motoverføringer mellom pasient og terapeut.

Dagens karakteranalyse innbefatter en helhetlig og integrerende forståelse av mennesket som et åpent, dynamisk system (Beebe & Lachmann, 2005). Psykologiske fenomener, både intra- og intersubjektive, sees som kroppslig fundert (Sletvold, 2014). Dette perspektivet har nyttige prinsipper med overføringsverdi i utdanning av politiet.

OPPSUMMERING

Det er store forskjeller mellom terapiarbeid og politiarbeid. Den største forskjellen er kanskje at politi må øve mye på å mestre risikosituasjoner og livstruende situasjoner, mens dette aldri vil bli en hovedoppgave i utdanning av terapeuter.

Noe av det som binder de to yrkene og yrkesutøvelsene sammen, er møtet med mennesker.

Kommunikasjon er sentralt for begge yrkesgrupper. Denne gjennomgangen har vist at en polititjenestemann eller -kvinne vil med solide

kommunikasjonsferdigheter være bedre rustet til å bevege seg opp og ned på maktstigen. Evne til både å kjenne seg selv og å se den andre er avgjørende, også i skarpe situasjoner. Dersom verbal kommunikasjon er mulig, er det å kunne kommunisere slik at den andre føler seg sett og forstått, av stor betydning.

For terapeuter er det en selvfølge at utdanningen og yrkesutøvelsen har som hovedfokus at pasienten skal føle seg sett og forstått. I den karakteranalytiske utdanningen arbeider en med hvordan terapeuten gjennom å bli kjent med seg selv kan åpne opp for den andres erfaring og dermed bli mer mottakelig for å se og forstå den andre. Min erfaring som karakteranalytiskorientert psykoterapeut og som lærer ved Politihøgskolen er at oppmerksomheten på det å kjenne seg selv gjennom å øve på å få tak i følelser og kroppslige fornemmelser er avgjørende både for utdanning og trening av politi og av terapeuter. ✘

REFERANSER

- Andersen, C. F. (2009). Vegetativ identifisering: Et interpersonlig nevrobiologisk fenomen. I J. Sletvold & M. Børstad (red.), *Den terapeutiske dansen. Kropp og relasjon i psykoterapi* (s. 37–52). Kolon Forlag AS.
- Bang Jensen, M. (2009). Gyldne øyeblikk og overraskende hendelser. En terapeutisk reise med en schizofren jente som hadde «gjemt» ordene. I J. Sletvold & M. Børstad (red.), *Den terapeutiske dansen. Kropp og relasjon i psykoterapi* (s. 135–161). Kolon Forlag AS.
- Beebe, B. & Lachmann, F. (2005). *Infant Research and Adult Treatment. Co-constructing interactions*. The Analytic Press.
- Bråten, O. A. (2011). *Håndbok i konflikthåndtering. Forebygging av trakassering, trusler og vold*. Høy-skoleforlaget. Norwegian Academic Press.
- Galaen, K. (2021). Kroppsbasert læring. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 292–296.
- Carlsen, C. (2016). En politimanns beskrivelse av et vanskelig oppdrag. Notat skrevet til undertegnede for å vise betydningen av kontakt med egne følelser i arbeidet.
- Lauveng, A. (2014). *I morgen var jeg alltid en løve*. Cappelen Damm.
- Røkenes, O. H. & Hanssen, P. H. (2002). *Bære eller bryte. Kommunikasjon og relasjon i arbeid med mennesker i utvikling*. Fagbokforlaget.
- Sletvold, J. (2014). *The Embodied Analyst. From Freud and Reich to relationality*. Routledge.
- Stark, M. (2000). *Modes of Therapeutic Action*. Jason Aronson Inc.

ORIGINALARTIKKEL

TIDSSKRIFT FOR NORSK PSYKOLOGFORENING 2022 VOL. 59 NR. 05 S. 366-373 DOI: <https://doi.org/10.52734/Tt7787P5>

Unge med anoreksi og deres søsken: Hvordan sykdommen påvirket dagliglivet i akuttfasen og ved oppfølging etter cirka 4,5 år

Inger Halvorsen¹, Annika Rø², Jan-Vegard Nilsen¹, Øyvind Rø^{1,3}

¹Regional seksjon
spiseforstyrrelser
(RASP), Klinikk
psykisk helse og
avhengighet, Oslo
universitetssykehus
²Molde kommune,
Enhet for psykisk
helse- og rustjenester
³Universitetet i Oslo,
Det medisinske
fakultet, Institutt for
klinisk medisin

KONTAKT

SBHALI@ous-hf.no

MERKNAD

Forfatterne
oppgir ingen
interessekonflikter

FAGFELLEVDERT

Sammendrag

Formål: Søsken blir antagelig sterkt berørt av anorexia nervosa (AN), men det er få studier om deres erfaringer. Formålet var å beskrive hvordan pasienter og deres søsken i ettertid opplevde at AN hadde påvirket livet deres i akuttfasen og ved oppfølging etter ca. 4,5 år.

Metode: 34 tidligere pasienter og 13 søsken, som hadde deltatt i familiebasert døgntilrettelagt behandling for AN, fylte ut spørreskjemaer ved oppfølging.

Resultater: Pasientene rapporterte sterke, og søsknene moderate, negative virkninger av AN på livene deres på områder som skolearbeid, fritid, bekymringer og familiekonflikter. Flertallet av søsknene hadde vært redde for at deres syke søsken ikke ville bli frisk, eller dø, av AN. Likevel svarte de fleste tidligere pasientene og søsknene at sykdommen også hadde gitt dem verdifulle erfaringer. Vi fant en sammenheng mellom et godt utfall av AN ved oppfølging og lavere nivåer av negative virkninger av sykdommen på livet til tidligere pasienter og deres søsken.

Kliniske implikasjoner: Kunnskap om pasienters og søskens erfaringer med AN er viktig for å gi hjelp og støtte til å håndtere sykdommen og de belastninger den fører til.

Nøkkelord: anorexia nervosa, spiseforstyrrelse, oppfølging, søsken, virkninger av sykdom

Anorexia nervosa (AN) er en av de mest alvorlige sykdommene som rammer ungdom. Selv om prognosen er bedre hos ungdom enn voksne, viser et betydelig mindretall et dårlig utfall av spiseforstyrrelsen (SF) (Keel & Brown, 2010; Steinhausen, 2002). AN kjennetegnes av undervekt og intens angst for å spise, og hvert eneste måltid kan være svært utfordrende og konfliktfylt. Dette påvirker dagliglivet til alle familied medlemmene. Foreldrene opplever gjerne maktesløshet, redsel og fortvilelse, og omsorgen for det syke barnet krever svært mye av deres tid og krefter (Fox et al., 2017; Ganci, 2021).

Søskenrelasjoner er en av de viktigste og mest langvarige sosiale relasjonene vi har, og er ofte preget av motstridende følelser som samhold, kjærlighet, sjalusi og rivalisering (Pike & Oliver, 2017). Alvorlig sykdom hos et søsken bringer gjerne med seg både medfølelse, ønske om å hjelpe og negative følelser, som tristhet over å få mindre oppmerksomhet og sinne over problematferd hos den som er syk (Callio & Gustafsson, 2016; Fjermestad et al., 2019). Men til tross for at AN hos unge i høy grad rammer hele familien, foreligger det bare noen få studier om hvordan søsken blir påvirket av sykdommen. I en systematisk oversiktsstudie fra 2020 om søsken til personer med spiseforstyrrelser fant Maon et al. (2020) 26 relevante artikler. Resultatene varierte mellom studiene, men understøttet at SF i betydelig grad påvirket livet til søsken og familierelasjoner. Det kunne føre til redusert livskvalitet, sosial isolasjon, en rekke psykiske symptomer, belastet familiesituasjon og et vanskelig forhold til søskenet med SF og til foreldrene. En mangler kunnskap om hvordan det går med søsken til unge med AN på lengre sikt, men en norsk studie som sammenlignet psykiske vansker hos tidligere pasienter med AN og deres søsken cirka ni år etter behandling (Halvorsen et al., 2005), fant lav forekomst av selvrapporterte og foreldrerapporterte vansker hos søsknene i ung voksen alder.

Familiebasert terapi for spiseforstyrrelser (FBT) er sterkt anbefalt i internasjonale og nasjonale retningslinjer for behandling av SF (Helsedirektoratet, 2017) og pakkeforløp (Helsedirektoratet, 2020). Søsken har en sentral rolle i FBT som støttespiller for den som er syk, uten å påta seg ansvar for mat og spising som foreldre skal ta (Lock & Grange, 2013; Torsteinsson et al., 2020). I en kvalitativ studie om søskens deltagelse i FBT fant en at de opplevde det som nyttig å delta og gjerne ville ha vært med i flere timer (van Langenberg et al., 2018), men i praksis er de ofte lite inkludert (Hughes et al., 2017).

Behandlere må være oppmerksomme på søskens situasjon som pårørende, ta ansvar for at de får god informasjon og tilrettelegge for at de blir sett og hørt.

Siden AN kan være en langvarig og forvirrende sykdom som i svært stor grad påvirker familiens dagligliv, er kunnskap om søskens livssituasjon ekstra viktig, både for å ivareta deres psykiske helse og mestring, for å støtte dem som pårørende og for å ivareta relasjonene til søsken og foreldre på kort og lang sikt.

Problemstilling: Formålet med denne studien var å kartlegge beskrivelser fra tidligere pasienter som har hatt AN i ungdomstiden, og deres søsken av hvordan sykdommen påvirket hverdagen deres i tiden rundt innleggelse og ved etterundersøkelsen etter cirka 4,5 år. Vi undersøkte de negative og positive virkningene av sykdommen ved hjelp av 21 spørsmål som dekket områder som skole, fritid, familierelasjoner, ulike bekymringer og nyttige erfaringer. I tillegg ville vi undersøke om ulikt utfall av SF hadde betydning for hvordan tidligere pasienter og deres søsken opplevde at SF påvirket hverdagen.

Metode

Prosjektet er en del av en større etterundersøkelse av familier som har deltatt i familieinnleggelse ved Regional seksjon spiseforstyrrelser (RASP) på Oslo universitetssykehus (Halvorsen et al., 2018). Det er hittil publisert åtte artikler fra etterundersøkelsen, hvorav to bruker kvalitative data fra intervju med samme gruppe søsken (Fjermestad et al., 2019; Nilsen et al., 2021). En hovedoppgave i psykologi er også basert på intervjuene med søsken (Rø & Espeland, 2018).

RASP er en regional spesialavdeling for Helse sør-øst som tar imot henvisninger der behandling i den lokale spesialisthelsetjenesten ikke har ført frem. Døgnetenheten for barn og unge la om behandlingen til familieinnleggelse i 2008. Familiene bestemmer selv om søsken skal være innlagt sammen med pasient og foreldre, eller om de skal bo hjemme for å opprettholde et mer vanlig dagligliv med skole, venner og fritidsaktiviteter.

Deltagere og prosedyre

I perioden mai 2008 til juni 2014 var 48 unge med alvorlig SF innlagt i døgnetenheten for barn og unge ved RASP. Alle pasientene hadde ICD-10-diagnosen F50.0 AN, unntatt én som hadde diagnosen F50.2 Bulimia nervosa og som nylig hadde fylt kriteriene for F50.0 AN. Av de tidligere pasientene samtykket 38 til å delta i etterundersøkelsen gjennomsnittlig 4.5 ± 1.7 (1.3–7.0) år etter utskrivning. Gjennomsnittlig varighet av familieinnleggelsen var 20.3 ± 12.9 uker. Et omfattende spørreskjema ble sendt ut på forhånd og tatt med til intervju, eller ettersendt i frankert svarkonvolutt. Trettifire pasienter (hvorav 30 jenter/kvinner) som leverte eller ettersendte spørreskjemaer, ble inkludert i denne

delen av prosjektet. Pasientene var 12–19 (gj.sn. 16.0 ± 1.8) år ved innleggelsen og 15–25 (gj.sn. 20.4 ± 2.7) år ved oppfølging. Ved oppfølging hadde 20 (59 %) ingen ICD-10 SF-diagnose, mens 14 (41 %) fortsatt hadde SF (F50.0 AN: n = 6, F50.1 Atypisk AN: n = 2, F50.2 Bulimia nervosa: n = 2, F50.9 Uspesifisert SF: n = 4).

Foreldre og søsken som hadde vært registrert som innlagt sammen med pasienten, ble invitert til å delta. Vi valgte å inkludere kun søsken som hadde vært minst fem år under innleggelsen og minst åtte år ved oppfølging. Av 26 inviterte søsken samtykket 13, hvorav 10 jenter, fra 10 familier til å delta. I tre av familiene deltok to søsken. To tidligere pasienter som ikke deltok selv, hadde søsken (inkl. et søskenpar) som deltok i undersøkelsen. Søsken ble intervjuet enten på RASP eller hjemme, og de fylte samtidig ut et spørreskjema som ble brukt i denne delen av studien.

Søsknene som deltok, var 5–16 (gj.sn. 10.7 ± 3.2) år under innleggelsen og 12–23 (gj.sn. 15.5 ± 3.0) ved oppfølging. Ved oppfølging hadde to søsken flyttet hjemmefra, elleve bodde fortsatt hos foreldre, hvorav sju bodde sammen med sin søster/bror som hadde hatt AN. Seks av søsknene hadde et søsken som fortsatt hadde SF-diagnose ved oppfølging, mens sju hadde søsken som hadde blitt friske. I de to tilfellene der søsken deltok, men ikke pasienten selv, ble SF-diagnose ved oppfølging basert på informasjon fra foreldrene.

Instrumenter

Sykdommens virkning på dagliglivet

Forskerne laget et sett av 21 spørsmål for å undersøke tidligere pasienters og søskens (se appendiks tabell 1 og tabell 2, <https://psykologtidsskriftet.no/vitenskapelig-artikkel-originalartikkel/2022/04/appendiks-tt7787p5>) opplevelse av hvordan SF hadde påvirket livet deres på den tiden de hadde deltatt i familieinnleggelse ved RASP (akuttfasen), og hvordan SF påvirket livet deres nå i dag. De samme spørsmålene hadde tidligere blitt brukt i en etterundersøkelse av pasienter med AN og deres søsken i Buskerud (Halvorsen et al., 2013). Svaralternativene var: «stemmer ikke», «stemmer delvis» og «stemmer helt», som ble scoret på en skala fra 1 til 3, der «stemmer ikke» er 1 og «stemmer helt» er 3.

Negative og positive virkninger

Vi delte inn spørsmålene i 7 positive og 13 negative virkninger for pasient (appendiks tabell 1) og 6 positive og 15 negative virkninger for søsken (appendiks tabell 2), og kalkulerte gjennomsnittsscorer for positive og negative virkninger. Disse gjennomsnittsscorene ble brukt for å sammenligne virkninger av SF på dagliglivet der pasienten fortsatt hadde SF ved oppfølging, med gjennomsnittsscorene der pasienten hadde blitt frisk.

Statistiske metoder

Fordi det bare deltok 13 søsken, inkludert tre søskenpar, og tre av de deltagende søsknene hadde søsken med AN som ikke deltok selv, var det bare åtte pasient-søsken-par. Vi gjorde derfor ikke statistiske analyser for å sammenligne resultatene fra tidligere pasienter med resultatene fra søsken. Gjennomsnittsscorer ved oppfølging for positive og negative virkninger hos de som fortsatt hadde SF-diagnose, og deres søsken, ble sammenlignet med de som hadde blitt friske, og deres søsken, ved å bruke Mann-Whitney U-tester.

Alle deltagerne ga skriftlig, informert samtykke til å delta. Foreldrene ga også skriftlig, informert samtykke for deltagere under 16 år. Forskningsprosjektet er godkjent av Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk.

Resultater

Hvordan sykdommen påvirket livet

De tidligere pasientene rapporterte om moderat til stor negativ innflytelse av SF på mange områder, spesielt i akuttfasen, men også til en viss grad ved oppfølging (fig. 1). Pasientene opplevde størst negative virkninger på skolearbeid, fritid, bekymring for foreldre, familiekonflikter, foreldres bekymring for dem og dårlig samvittighet (fig. 1). På alle disse spørsmålene var det høyere verdier for akuttfasen enn ved oppfølging. Alle pasientene, unntatt en, svarte «stemmer helt» eller «stemmer delvis» på om AN hadde gått ut over skolearbeidet, og samtlige at det hadde gått ut over fritiden i akuttfasen, mens dette ved oppfølging fortsatt var tilfellet for 13 (41 %) med hensyn til skolearbeid og 12 (36 %) når det gjaldt fritid.

De 13 søsknene opplevde størst negative virkninger med hensyn til at de fikk mindre oppmerksomhet, at foreldrene hadde lite tid til dem, familiekonflikter og bekymring for sin søster eller bror med AN (fig. 2). Alle unntatt en sa at de i akuttfasen hadde vært bekymret for sitt syke søsken, 11 for at hun/han ikke ville bli frisk, og åtte for at hun/han kunne dø av AN. Når det gjaldt tiden for oppfølgingen, svarte 10 at de fortsatt var bekymret for sitt søsken, ni at de var redde for at hun/han ikke skulle bli frisk, og tre at de fortsatt var redde hun/han kunne dø av AN. Flertallet (n = 8) av søsknene svarte «stemmer ikke» på spørsmål om de hadde fått for lite informasjon, mens én svarte «stemmer helt» og fire «stemmer delvis» både med hensyn til akuttfasen og ved oppfølging. Ingen av søsknene svarte at de selv hadde fått problemer med spising, mens én hadde blitt mer opptatt av mat og vekt i akuttfasen og fem svarte at dette «stemmer delvis» ved oppfølging.

Fig. 1
Negative virkninger av SF på pasientens liv (n = 34)

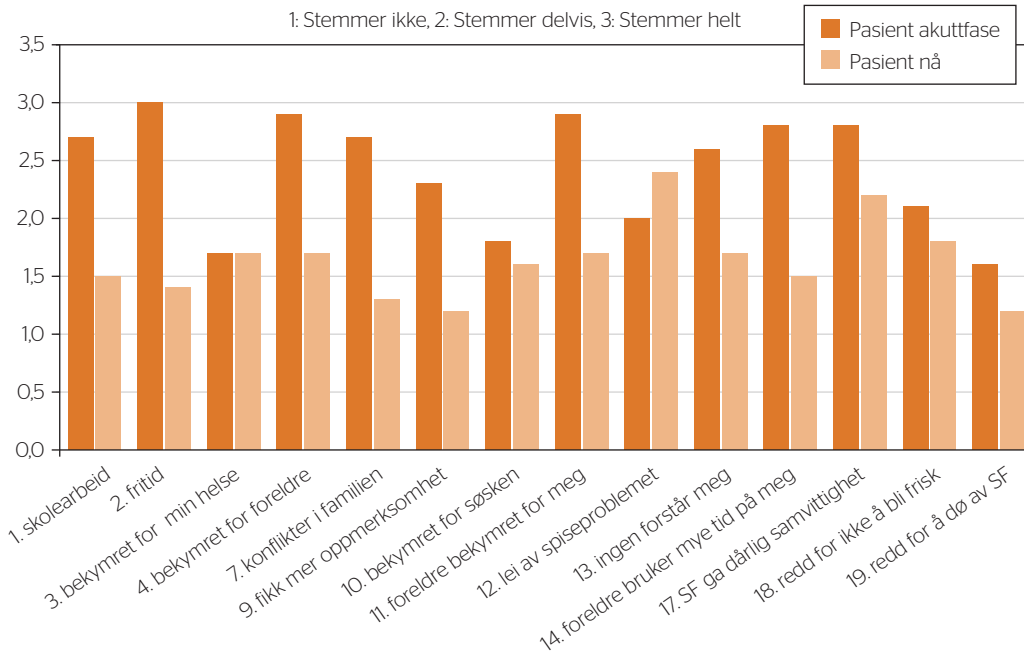


Fig. 2
Negative virkninger av SF på søskens liv (n = 13)

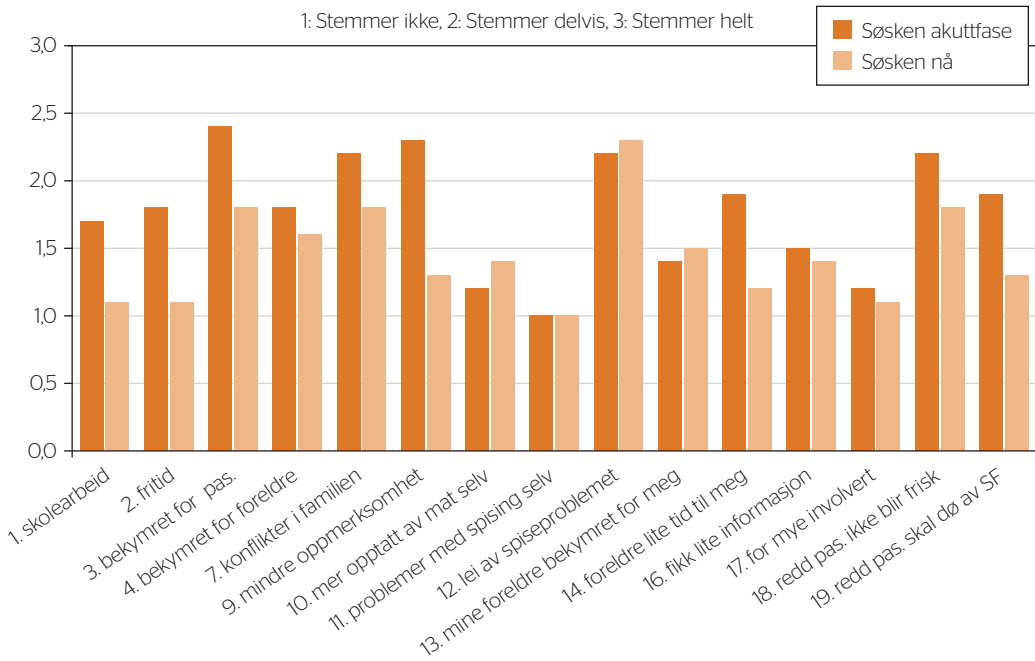
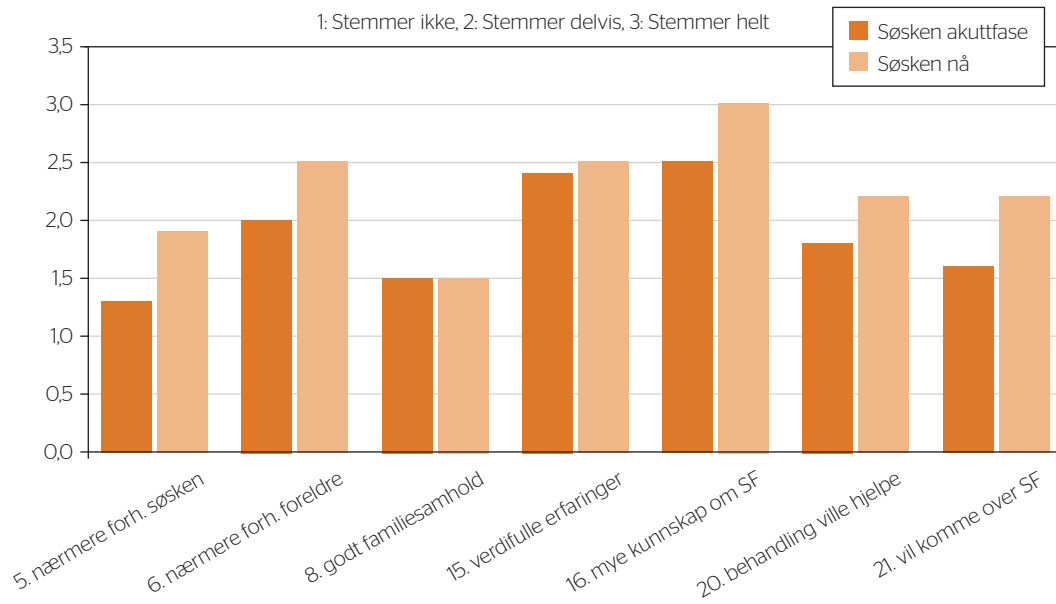
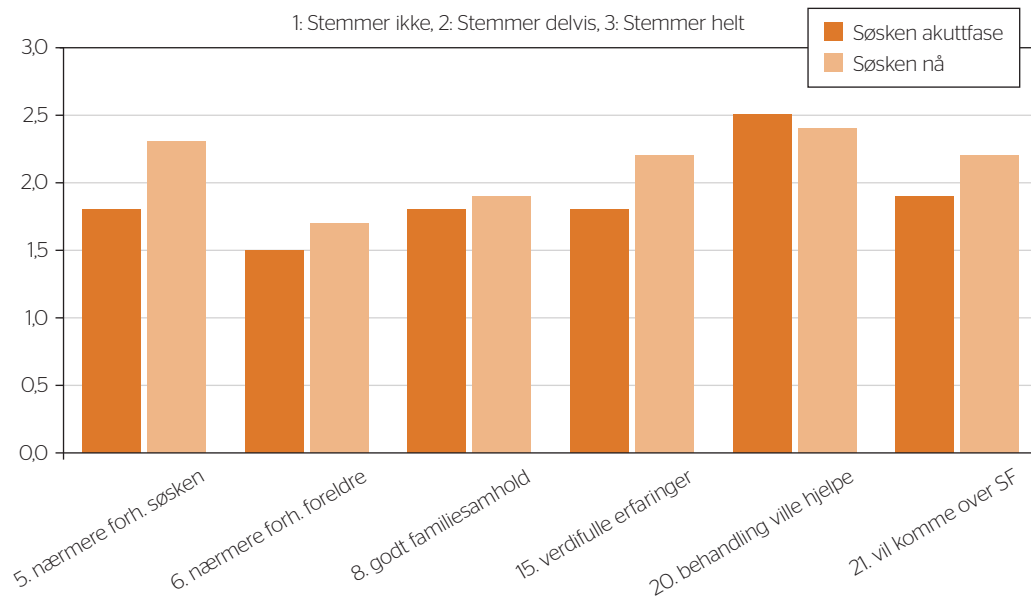


Fig. 3

Positive virkninger av SF på pasientens liv (n = 34)

**Fig. 4**

Positive virkninger av SF på søskens liv (n = 13)



Både søsken og pasienter opplevde at de negative virkningene var mindre ved oppfølging enn i akuttfasen. For søsknene var seks av de negative virkningene, og for pasientene åtte, klart mindre ved oppfølging enn de hadde vært i akuttfasen (se fig. 1 og 2).

Både pasient og søsken opplevde også positive virkninger av sykdommen i akuttfasen, og, i litt større grad, ved oppfølging. Disse inkluderte at de hadde fått et nærere forhold til foreldre og søsken, og verdifulle erfaringer og kunnskap om SF (fig. 3 og 4). På alle positive virkninger hadde pasientene høyere verdier ved oppfølging enn i akuttfasen. Alle søsknene svarte at de i akuttfasen hadde stolt på at behandlingen ville hjelpe, mens dette var tilfellet for alle unntatt en ved oppfølging (til tross for at seks hadde søsken som fortsatt ikke hadde blitt friske). Av pasientene svarte 20 (59%) stemmer helt eller delvis på at de i akuttfasen hadde stolt på at behandlingen ville hjelpe, og 24 (80%) at de stolte på dette ved oppfølging.

Pasientene hadde høyere verdier enn søsknene på mange negative virkninger, mens det var lite forskjell mellom pasienter og søsken med hensyn til positive virkninger (fig. 1–4).

Betydning av utfall av spiseforstyrrelsen

De pasientene som hadde blitt friske, hadde signifikant lavere verdier på hvordan de opplevde negative virkninger ved oppfølging (median 1.4 [0.6] vs. 1.9 [0.4], $p = .002$) og signifikant høyere verdier på positive virkninger (median 2.4 [0.4] vs. 2.1 [0.3], $p = .029$) sammenlignet med de som fortsatt hadde SF. For søsknene fant vi samme tendens med hensyn til negative virkninger ved oppfølging (median 1.2 [0.2] vs. 1.5 [0.3], $p = .022$), men siden det er få søsken i hver gruppe ($n = 7$ og $n = 6$), er dette resultatet usikkert.

Diskusjon

Hensikten med undersøkelsen var å kartlegge hvordan unge med AN og deres søsken som hadde deltatt i familieinnleggelse ved spesialavdeling for SF, i ettertid, opplevde at sykdommen påvirket dagliglivet deres på tidspunktet for innleggelsen og ved oppfølging etter cirka 4,5 år. Disse resultatene supplerer kunnskap fra kvalitative analyser av intervju med samme gruppe søsken (Fjermestad et al., 2019; Rø & Espeland, 2018). Både pasientene og søsknene beskriver at sykdommen har medført mye bekymring, så vel for den unge med AN som for andre familiemedlemmer. Søskenene har høyere verdier enn pasientene på spørsmål om de var/er redde for at pasienten ikke skulle bli frisk eller dø av anoreksi. Selv på tidspunktet for oppfølging, cirka 4,5 år etter innleggelsen ved RASP, svarer

de fleste søsknene (10 av 13) at de fortsatt er bekymret for sitt søsken som har hatt AN. Ni er redde for at hun/han ikke skal bli frisk, og tre for at hun/han kan dø av AN. Funnene tyder på at langvarig bekymring og redsel er vanlig hos søsken til unge med AN, noe som kan utgjøre en betydelig og langvarig belastning i deres barne- og ungdomsår.

I akuttfasen førte SF til dårlig samvittighet hos pasienten og til at søsken fikk mindre tid og oppmerksomhet. SF hadde også stor negativ virkning på skolearbeid og fritid, særlig for pasienten, og førte til mye familiekonflikter. Men på disse områdene rapporterte både søsken og tidligere pasienter betydelig mindre negative virkninger på tidspunktet for oppfølging enn i akuttfasen. Dette understøtter at de opplevde en positiv endring med hensyn til hvor mye SF forstyrret dagliglivet deres. Både pasient og søsken var minst like lei av SF ved oppfølging som de hadde vært i akuttfasen, noe som både kan skyldes at problemet hadde vart lenger, og at pasientene utviklet et mer negativt syn på SF og belastningene sykdommen medførte, når de hadde blitt friskere.

Til tross for rapporterte negative følger av SF sa både pasient og søsken at sykdommen hadde gitt dem verdifulle erfaringer. Dette gjaldt også i mange tilfeller der pasienten ikke hadde blitt frisk ved oppfølging. I intervjuene utdyper søsknene at de har fått mer forståelse for andre og blitt mer oppmerksomme på hva som er viktig i livet (Fjermestad et al., 2019). Selv om det har vært bekymringer og konflikter på grunn av sykdommen sa mange at den også har ført til samhold i familien og et nærere forhold mellom familiemedlemmer. Dette er i samsvar med enkelte andre studier som, i likhet med vår studie, har funnet at søsken kan fortelle at SF har ført til gode familierelasjoner og mer forståelse for andre mennesker (Maon et al., 2020).

Med tanke på det høye stressnivået i familier som rammes av AN (Fox et al., 2017), kunne en kanskje ventet at søsknene vurderte de negative virkningene på dagliglivet sitt som enda større. Til tross for mange negative virkninger rapporterte de også en rekke positive virkninger, som nærmere forhold til foreldre og søsken, familiesamhold, verdifulle erfaringer, tro på at behandlingen ville hjelpe, og at deres søsken ville komme over spiseforstyrrelsen. En mulig tolkning kan være at søsken kan se på sine egne problemer og reaksjoner som lite viktige sammenlignet med den alvorlige sykdommen som har rammet pasienten, og kan ønske å støtte sitt syke søsken og fortvilte foreldre heller enn «å være til bry» ved å kreve oppmerksomhet og klage over negative følger av AN for dem selv. Sykdommen kan ha ført til et perspektiv på livet som har vært hensiktsmessig for å mestre en vanskelig

familiesituasjon, men som også kan ha omkostninger for barn og unges utvikling (van Langenberg et al., 2016), særlig hvis behovene deres blir tilsidesatt i lengre tid, eller at innsatsen deres blir oversett. Det har stor betydning både for søskens psykiske helse (van Langenberg et al., 2016) og for god familiebehandling (Lock & Grange, 2013) at deres rolle og bidrag blir lagt merke til og anerkjent.

AN er en sykdom som er vanskelig å forstå, og som gjerne dominerer dagligliv og familiesamspill i lang tid. Pårørende, ikke minst søsken, har derfor et stort behov for informasjon. Forut for innleggelsen ved RASP hadde de fleste familiene hatt omfattende kontakt både med BUP poliklinikk og døgnenheter, og en ville derfor forvente at disse søsknene hadde fått mer informasjon enn søsken i familier med mer kortvarig behandling ved BUP. Likevel syntes fem av søsknene at de hadde fått for lite informasjon. Ved henvisning av unge med AN er familien i krise, den somatiske tilstanden er ofte ustabil, og pasienten trenger intensiv oppfølging fra foreldre og helsepersonell. I denne svært krevende situasjonen for familien er det ekstra viktig at BUP har rutiner som sikrer at også pårørende søsken blir ivaretatt.

Våre resultater er i samsvar med en etterundersøkelse av unge med AN i Buskerud, der 46 tidligere pasienter og 21 søsken fylte ut samme spørreskjema (Halvorsen et al., 2013). Studien fra Buskerud hadde et representativt utvalg av unge med AN henvist til BUP. De fleste hadde kortere sykdoms- og behandlingsforløp enn ved RASP, og de fleste hadde et godt utfall (Halvorsen et al., 2004). Pasientene ved RASP, derimot, var en selektert gruppe med spesielt langvarige og alvorlige tilstander, der behandling ved lokalt helseforetak ikke hadde ført frem. Til tross for forskjellene mellom pasientgruppene svarte både tidligere pasienter og søsken i de to studiene nokså likt med hensyn til hvordan AN hadde virket inn på dagliglivet deres. Dette understøtter at AN er en alvorlig sykdom som påvirker dagliglivet til pasienter og deres søsken i stor grad, også ved tilstander der varigheten er kortere og utfallet bedre enn hos pasientgruppen i vår undersøkelse.

Begrensninger

Resultatene fra undersøkelsen må tolkes med forsiktighet, særlig på grunn av det lave antallet deltaende søsken. Dette gjorde det lite meningsfullt å sammenligne resultater fra pasienter og søsken statistisk, og vi har derfor i hovedsak presentert resultatene deskriptivt. Videre ble spørreskjemaene bare fylt ut ved oppfølging. Påvirkningen som SF hadde på livet i akuttfasen, er derfor basert på hvordan pasient og

søsken husket denne perioden i ettertid. Flere faktorer kan ha påvirket den retrospektive opplevelsen av akuttfasen, blant annet videre forløp og utfall av SF, at det var flere år siden akuttfasen, og at noen av søsknene var svært unge da familien ble rammet av SF. Stor variasjon i oppfølgingstid (1,3–7 år) kan også ha påvirket resultatene. Det var stor aldersforskjell på søsknene, noe som kan ha påvirket svarene deres. Spørreskjemaene ble laget til en lignende undersøkelse i Buskerud, og instrumentets psykometriske egenskaper er ikke undersøkt.

Kliniske implikasjoner og konklusjon

Undersøkelsen gir mer kunnskap om pasienters og søskens situasjon ved AN, et område der det er stort behov for mer forskning. Våre resultater tyder på at dagliglivet til både pasienter og søsken påvirkes i stor grad av AN i akuttfasen og, på vesentlige områder, også flere år senere. Som ventet hadde de pasientene som hadde blitt friske ved oppfølging, og deres søsken lavere scorer på negative virkninger enn de som fortsatt hadde en spiseforstyrrelse. Til tross for mange negative konsekvenser av sykdommen svarte både pasienter og søsken at den også hadde ført til positive ting, som nærhet og samhold i familien og verdifulle erfaringer.

Resultatene understøtter at behandlere må ivareta alle familiemedlemmer, inkludert søsken, når unge rammes av AN. Søsken må få informasjon om sykdommen, og det må etableres rom for deres tanker, reaksjoner og behov for omsorg. Egne tiltak for søsken, som for eksempel søskengrupper der de kan dele sine opplevelser og få støtte fra andre i samme situasjon, vil være nyttig for mange søsken. ✘

Referanser

- Callio, C. & Gustafsson, S. A. (2016). Living with a sibling who suffers from an eating disorder: a pilot interview study. *Journal of Multidisciplinary Healthcare*, 9, 615–622. <https://doi.org/10.2147/jmdh.S115934>
- Fjermestad, K. W., Ro, A. E., Espeland, K. E., Halvorsen, M. S. & Halvorsen, I. M. (2019). «Do I exist in this world, really, or is it just her?» Youths' perspectives of living with a sibling with anorexia nervosa. *Eating Disorders*, 1–16. <https://doi.org/10.1080/10640266.2019.1573046>
- Fox, J. R., Dean, M. & Whittlesea, A. (2017). The Experience of Caring For or Living with an Individual with an Eating Disorder: A Meta-Synthesis of Qualitative Studies. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 24(1), 103–125. <https://doi.org/doi:10.1002/cpp.1984>
- Ganci, M. (2021). *Familiebasert terapi. Håndbok for foreldre med barn og ungdom som strever med anoreksi* (oversatt av V. W. Torsteinsson). Fagbokforlaget.

- Halvorsen, I., Andersen, A. & Heyerdahl, S. (2004) Good outcome of adolescent-onset anorexia nervosa after systematic treatment. Intermediate to long-term follow-up of a representative county-sample. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 13(5), 295–306. <https://doi.org/10.1007/s00787-004-0408-9>
- Halvorsen, I., Andersen, A. & Heyerdahl, S. (2005). Girls with anorexia nervosa as young adults: self-reported and parent-reported emotional and behavioural problems compared with siblings. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 14(14), 397–406. <https://doi.org/10.1007/s00787-005-0489-0>
- Halvorsen, I., Reas, D. L., Nilsen, J. V. & Ro, O. (2018). Naturalistic Outcome of Family-Based Inpatient Treatment for Adolescents with Anorexia Nervosa. *European Eating Disorders Review*, 26(2), 141–145. <https://doi.org/10.1002/erv.2572>
- Halvorsen, I., Ro, O. & Heyerdahl, S. (2013). Nine-year follow-up of girls with anorexia nervosa and their siblings: retrospective perceptions of parental bonding and the influence of illness on their everyday life. *European Eating Disorders Review*, 21(1), 20–27. <https://doi.org/10.1002/erv.2191>
- Helsedirektoratet. (2017). *Nasjonalt faglig retningslinje for tidlig oppdagelse, utredning og behandling av spiseforstyrrelser*. <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/spiseforstyrrelser>
- Helsedirektoratet. (2020). *Pakkeforløp. Spiseforstyrrelser hos barn og unge under 23 år*. <https://www.helsedirektoratet.no/pakkeforlop/spiseforstyrrelser-hos-barn-og-unge>
- Hughes, E. K., Burton, C., Le Grange, D. & Sawyer, S. M. (2017). The Participation of Mothers, Fathers, and Siblings in Family-Based Treatment for Adolescent Anorexia Nervosa. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 1–11. <https://doi.org/10.1080/15374416.2017.1390756>
- Keel, P. K. & Brown, T. A. (2010). Update on course and outcome in eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 43(3), 195–204. <https://doi.org/10.1002/eat.20810>
- Lock, J. & Grange, D. (2013). *Treatment manual for anorexia nervosa: a family-based approach. Second Edition*. Guilford Press.
- Maon, I., Horesh, D. & Gvion, Y. (2020). Siblings of Individuals With Eating Disorders: A Review of the Literature. *Frontiers in Psychiatry*, 11, 604. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2020.00604>
- Nilsen, J. V., Rø, Ø., Halvorsen, I., Oddli, H. W. & Hage, T. W. (2021). Family members' reflections upon a family-based inpatient treatment program for adolescent anorexia nervosa: a thematic analysis. *Journal of Eating Disorders*, 9(1), 7. <https://doi.org/10.1186/s40337-020-00360-x>
- Pike, A. & Oliver, B. R. (2017). Child behavior and sibling relationship quality: A cross-lagged analysis. *Journal of Family Psychology*, 31(2), 250–255. <https://doi.org/10.1037/fam0000248>
- Rø, A. E. & Espeland, K. E. (2018). *Finnes jeg i denne verden egentlig? En kvalitativ studie av søskens opplevelse som pårørende til barn og unge med anoreksi* (Hovedoppgave). Psykologisk institutt, Universitetet i Oslo.
- Steinhausen, H. C. (2002). The outcome of anorexia nervosa in the 20th century. *American Journal of Psychiatry*, 159(8), 1284–1293. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.159.8.1284>
- Torsteinsson, V. W., Halvorsen, I., Kvakland, A. L. & Skjønhaug, J. (2020). Familiebasert behandling av spiseforstyrrelser. I Ø. Rø, T. W. Hage & V. W. Torsteinsson (red.), *Spiseforstyrrelser. Forståelse og behandling* (s. 157–175). Fagbokforlaget.
- van Langenberg, T., Duncan, R. E., Allen, J. S., Sawyer, S. M., Le Grange, D. & Hughes, E. K. (2018). «They don't really get heard»: A qualitative study of sibling involvement across two forms of family-based treatment for adolescent anorexia nervosa. *Eating Disorders*, 26(4), 373–387. <https://doi.org/10.1080/10640266.2018.1453632>
- van Langenberg, T., Sawyer, S. M., Le Grange, D. & Hughes, E. K. (2016). Psychosocial Well-being of Siblings of Adolescents with Anorexia Nervosa. *European Eating Disorders Review*, 24(6), 438–445. <https://doi.org/10.1002/erv.2469>

ORIGINALARTIKKEL

TIDSSKRIFT FOR NORSK PSYKOLOGFORENING 2022 VOL. 59 NR. 05 S. 374-387 DOI: <https://doi.org/10.52734/82j9M28u>

De glemte barna - en kartleggingsstudie av tilbud til pårørende søsken i kommunene

Yngvild B. Haukeland¹, Ann-Helén K. Rønning¹, Ragnhild B. Nes^{1,2}, Torun M. Vatne³

Sammendrag

Bakgrunn: Norsk helsepersonell har lovfestet plikt til å sørge for at søsken som pårørende ivaretas. Det finnes foreløpig evidens for positive utfall av intervensjonen SIBS. Formålet med denne studien var å kartlegge oppfølgingen av søsken som pårørende i norske kommuner. Vi ønsket også å undersøke aksepten for SIBS blant helsepersonell som er mulige tilbydere av denne intervensjonen i kommunene.

Metode: Vi sendte et spørreskjema til helsesykepleiere, kommunepsykologer og kommuneoverleger i norske kommuner, der vi spurte om ivaretagelse av søsken i kommunen og om deres vurdering av SIBS. Vi utførte deskriptive analyser og en kvalitativ analyse ut fra Consolidated Framework for Implementation Research.

Resultater: Det var 332 respondenter fra 253 kommuner som svarte på spørreundersøkelsen. Respondentene rapporterte at søsken som pårørende sjelden ble systematisk identifisert. Skolehelsetjenesten ble rapportert å være en vanlig tilbyder av støtte til søsken, men som oftest når det ble etterspurt av familiene selv. Det ble rapportert begrenset samarbeid med spesialisthelsetjenesten og andre tjenester rundt ivaretagelsen av søsken. Den prospektive aksepten for SIBS var høy, men flere barrierer for gjennomføring i kommunehelsetjenesten ble rapportert.

Konklusjon: Ivaretagelsen av søsken som pårørende i norske kommuner er svært mangelfull. Egnede tiltak for søsken finnes, men vellykket implementering av egnet støtte til søsken krever samarbeid både mellom og innad i kommunene.

Nøkkelord: søsken, barn som pårørende, funksjonsnedsettelse, forebygging, implementering

¹ Psykologisk institutt,
Universitetet i Oslo

² Folkehelseinstituttet

³ Frambu kompetanse-
senter for sjeldne
diagnoser

KONTAKT

tva@frambu.no

MERKNAD

Forfatterne
oppgir ingen
interessekonflikter

FAGFELLEVDERT

Det finnes flere hundre tusen pårørende søsken i Norge (Bufdir, 2021; SSB, 2021), ofte omtalt som «de glemte barna». Barn som har søsken med langvarig sykdom eller funksjonsnedsettelse (Lummer-Aikey & Goldstein, 2021; Shivers & Textoris, 2021), og barn som har foreldre med helseproblemer (Källquist & Salzmänn-Erikson, 2019; Ruud et al., 2015), opplever ofte utfordringer i hverdagen. Likevel har ikke norske myndigheter, helsetjenester og forskningsmiljøer viet lik oppmerksomhet til disse to barnegruppene. Siden 2009 har barn som pårørende til foreldre med psykisk eller somatisk sykdom hatt en lovfestet rett til oppfølging og ivaretagelse fra helsepersonell (helsepersonelloven, 1999, § 10 a; spesialisthelsetjenesteloven, 1999, § 3–7 a). Først i 2018 fikk pårørende søsken samme lovfestede rettigheter (Helsedirektoratet, 2020). Denne artikkelen vil beskrive tilbudet søsken kan motta i norske kommuner.

Søsken som pårørende har økt risiko for å utvikle psykiske vansker (Ma et al., 2015; Vermaes et al., 2012). De har ofte økte omsorgsoppgaver, får mindre oppmerksomhet fra foreldre, kan være utsatt for vold fra søsken, eller være vitne til skremmende anfall eller medisinske kriser (Kelada et al., 2021; Knecht et al., 2015). Mange søsken opplever sterke og motstridende følelser knyttet til situasjonen sin (Brennan et al., 2013; Haukeland et al., 2015). God familiekommunikasjon antas å være en beskyttelsesfaktor mot psykisk uhelse hos søsken (Long et al., 2013). Mange søsken mangler imidlertid tilstrekkelig informasjon om diagnosen til søsteren/brøren (Inclendon et al., 2015; Vatne et al., 2015), og kommunikasjonen i familier til barn med langvarige helseutfordringer kan være krevende (Deavin et al., 2018; Murphy et al., 2017). Søsken beskriver selv at de ofte håndterer utfordringer alene fremfor å søke støtte eller informasjon fra foreldrene eller andre voksenpersoner (Brennan et al., 2013; Haukeland et al., 2015).

Tilbud til søsken som pårørende i Norge

Søsken virker også å være glemt med hensyn til forebyggende tiltak. For barn som er pårørende til voksne, finnes det eksempler på nasjonale tiltak, utviklet av statlige tjenester på oppdrag fra helsemyndighetene (f.eks. SMIL-grupper («Styrket mestring i livet»); Theisen & Ådnanes, 2014; Vis & Havnen, 2017). For pårørende søsken er situasjonen annerledes. Selv om Folkehelseinstituttet (FHI) understreker at det bør gjennomføres programmer for å identifisere og hjelpe familier som har barn med funksjonsnedsettelse (Major et al., 2011), finnes det per dags dato ingen offentlige anbefalinger om søskentiltak. Så langt vi vet,

eksisterer det heller ingen lignende nasjonale initiativ for å koordinere gruppe- eller familietiltak rettet mot søsken, slik det gjør for barn som er pårørende til voksne. Gitt at helsepersonell har den samme plikten til å påse at barn som pårørende får nødvendig informasjon og oppfølging uavhengig av om de er pårørende til en forelder eller søsken, er dette besynderlig.

Det er få treff på nettet når en søker etter relevante tilbud til søsken i Norge, og treffene fremstår som enkeltinitiativ ved noen få sykehus og kompetansesentre og fra brukerorganisasjoner eller kommuner. Effekten av tilbudene ser heller ikke ut til å være vitenskapelig evaluert (Vatne et al., 2019). Helsemyndighetene har stadfestet at kommuner skal jobbe kunnskapsbasert for å fremme psykisk helse blant barn og unge, og de skal velge tiltak som er egnet og har vist effekt (Helsedirektoratet, 2018b). Samlet sett er det dermed et stort behov for å kartlegge hvilke tiltak som tilbys søsken som pårørende i norske kommuner.

Kommunenes ansvar for søsken som pårørende

Ifølge folkehelseloven (2011) og helse- og omsorgstjenesteloven (2011) er det kommunene som skal ha oversikt over risikoutsatte barnegrupper som pårørende søsken og iverksette forebyggende tiltak. Ivaretagelse av søsken kan likevel kreve samarbeid mellom linjetjenester. Helsepersonell i spesialisthelsetjenesten har plikt til å identifisere søskens behov (helsepersonelloven, 1999, § 10 a; spesialisthelsetjenesteloven, 1999, § 3–7 a), men for at en skal kunne gjøre forebyggende arbeid, må kommunene kobles på. Samhandlingsreformen (Meld. St. 47 (2008–2009)) skal legge til rette for samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene, blant annet ved å etablere samarbeidsavtaler. Helsedirektoratet (2017a) har påpekt at det mangler systemer for å identifisere og kartlegge behov i familier som lever med sykdom. Helsemyndighetene har heller ikke utarbeidet retningslinjer for hvordan søsken systematisk skal fanges og følges opp i ulike instanser i hjelpeapparatet. Vi har i dag lite kunnskap om hvorvidt norske kommuner samarbeider med spesialisthelsetjenesten om ivaretagelsen av pårørende søsken.

SIBS – et forebyggende gruppetiltak for søsken og foreldre

Per i dag finnes det internasjonalt ingen tiltak for å forebygge psykisk uhelse blant søsken som kan klassifiseres som evidensbaserte (Mitchell et al., 2021; Tudor & Lerner, 2015). Gruppetiltak er imidlertid anbefalt som et godt format (Smith et al., 2018). Helsedirek-

toratet (2017a) anbefaler også at en legger til rette for at barn som pårørende får møte andre i samme situasjon. I Norge har forskere fra Frambu kompetansesenter for sjeldne diagnoser og Psykologisk institutt ved Universitetet i Oslo jobbet med å utvikle og evaluere gruppetiltaket SIBS (kortnavn for det engelske 'siblings'), for søsken mellom 8 og 16 år og deres foreldre (Vatne et al., 2019). SIBS er utviklet i samarbeid med representanter fra helseforetak, kommuner og brukerorganisasjoner. Tiltaket er forankret i et familiesystemisk perspektiv og bygger på teori og empiri om barns sykdomsforståelse og foreldre–barn-kommunikasjon (Vatne et al., 2019).

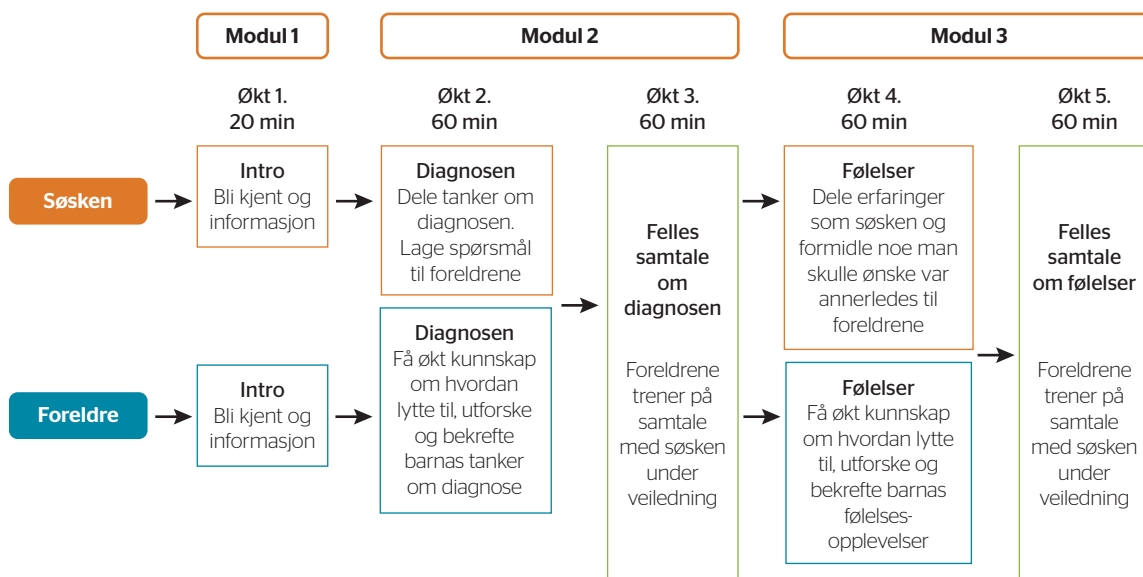
Hovedmålet med SIBS er å styrke foreldrenes kommunikasjonsferdigheter i samtale med søsken om diagnosen og om søskens emosjonelle opplevelser. Gjennom dette er SIBS' mål å forebygge psykisk uhelse hos søsken. SIBS består av tre tematiske moduler: 1) bli kjent, 2) diagnoseforståelse og 3) følelser. Hver modul inneholder samtalegrupper for søsken, edukasjonsgrupper for foreldre og fellesøker for søsken og foreldre med veiledning av hver familie (se figur 1 for oversikt over SIBS). Tiltaket er manualbasert og gjennomføringen kan tilpasses den aktuelle settingen ved at øktene gjennomføres intensivt over to dager eller fordeles over uker (Haukeland et al., 2020; Vatne et al., 2019).

En studie av 99 familier, gjennomført i 2014–2017, viste signifikant positiv endring i både foreldre–barn-kommunikasjon, søskens diagnosekunnskap og deres psykiske helse, samt høy tilfredshet med tiltaket etter deltakelse (Haukeland et al., 2020). Det pågår nå en randomisert kontrollert effektstudie av SIBS som involverer flere norske kommuner og helseforetak, der resultatene vil foreligge i 2023 (Fjermestad et al., 2020).

Implementering av forebyggende tiltak for søskens psykiske helse

Dokumentasjon av effekt er ikke nok for å sikre at et tiltak tas i bruk og virker i praksis (Damschroder et al., 2009; Durlak & Dupre, 2008). En vellykket implementeringsprosess av intervensjoner som SIBS i norske kommuner avhenger av flere faktorer. Rammeverket Consolidated Framework for Implementation Research (CFIR) beskriver hvordan disse faktorene kan organiseres under domeneene *aspekter ved intervensjonen* (f.eks. tiltakets fleksibilitet), *aspekter ved ytre kontekst* (f.eks. offentlige retningslinjer, politiske direktiver og behov hos tjenestemottakerne), *aspekter ved indre kontekst* (f.eks. tilgjengelige ressurser, organisasjonens åpenhet for nye tiltak og forankring i ledelsen), *aspekter ved individene i organisasjonen* (f.eks. deres tro på tiltaket og kompetanse til å gjennomføre det), og *aspekter ved selve implementeringsprosessen* (som kan virke enten hindrende eller fremmende for implementering) (Damschroder et al., 2009).

Figur 1
SIBS' moduler, økter og mål



CFIR kan være til hjelp for å kartlegge faktorer av relevans for prospektiv aksept av et nytt tiltak (i hvilken grad tiltaket vurderes som passende av de som eventuelt skal tilby det). Prospektiv aksept innebærer holdninger knyttet til tiltakets hensiktsmessighet, egnethet, gjennomførbarhet og oppfattede virkning (Sekhon et al., 2017). Kunnskap om prospektiv aksept kan gi viktig informasjon om barrierer for gjennomføring, og er derfor hensiktsmessig å kartlegge i forkant av implementering.

Det er flere naturlige aktører i kommunens forebyggende arbeid med søsken som pårørende. *Kommuneoverlegene* skal ha oversikt over helsetilbudet i kommunen, samt være delaktig i forebyggende og helsefremmende arbeid (helse- og omsorgstjenesteloven, 2011, § 3-5). I dette arbeidet skal de samarbeide med helsestasjoner og skolehelsetjenesten (Helsedirektoratet, 2017b). I disse tjenestene er det *helsesykepleiere* som møter flest av kommunens barn og unge, og som også er anbefalt å tilby samtaler som del av sitt helsefremmende og forebyggende arbeid (Helsedirektoratet, 2017b). I 2017 vedtok Stortinget at alle kommuner skal knytte til seg en *kommunepsykolog* innen 2020 (Innst. 378 L (2016–2017)). Kommunepsykologer skal delta i helsefremmende og forebyggende psykisk helsearbeid (Kaspersen et al., 2018; Prop. 121 S (2018–2019); Sønstebø, 2015), og de skal samarbeide med helsestasjon/skolehelsetjeneste (Helsedirektoratet, 2017c). Når en skal kartlegge tjenester som kommunene tilbyr søsken, og berede grunnen for å implementere nye tiltak rettet mot denne gruppen, er derfor kommuneoverleger, helsesykepleiere og kommunepsykologer viktige informasjonskilder.

Formål med studien

Pårørende søsken har forhøyet risiko for psykiske vansker sammenlignet med normalpopulasjonen (Vermaes et al., 2012), og ansvaret for å forebygge psykisk uhelse hos denne barnegruppen hviler på kommunehelsetjenesten (folkehelseloven, 2011; helse- og omsorgstjenesteloven, 2011). Vi har begrenset kunnskap om hvordan pårørende søsken fanges opp, og hvilke forebyggende tiltak de tilbys. SIBS er en kunnskapsbasert intervensjon som har vist lovende effekter (Haukeland et al., 2020), men vi vet lite om hvordan SIBS passer inn i en kommunesetting. Denne studien har derfor to mål; vi ønsket både å kartlegge hvordan søsken fanges opp i kommunene, og vi ønsket å finne ut hvilken nytte kommunene kan ha av SIBS i arbeidet med denne pårørendegruppen. I 2019 sendte vi ut en spørreundersøkelse til kommuneoverleger, helsesykepleiere og kommunepsykologer i alle Norges kommuner, med formål å besvare følgende forskningsspørsmål:

- 1) Hvordan ivaretas søsken som pårørende i norske kommuner? Mer spesifikt; hvordan identifiseres søsken, hva slags tjenester blir gitt, og i hvilken grad samarbeides det med andre instanser?
- 2) I hvilken grad vurderes SIBS som et passende tiltak på kommunalt nivå? Mer spesifikt; hvordan vurderer informantene SIBS' kvalitet og gjennomførbarhet? Hvilke CFIR-faktorer kan knyttes til informantenes utsagn om prospektiv aksept av og mulige barrierer for gjennomføring av SIBS?

Metode

Datagrunnlag

Vi utarbeidet et elektronisk spørreskjema som besto av fjorten spørsmål. Informantene ble spurt om arbeidssted og yrkesbakgrunn, deretter om kommunens ivaretagelse av pårørende søsken; hvordan de identifiseres, hvilke tjenester de tilbys og samarbeid med andre instanser. I spørreskjemaet lå en lenke til en kort informasjonsfilm (varighet ca. fire minutter) om bakgrunnen for SIBS og tiltakets innhold, oppbygging og gjennomføring (<https://vimeo.com/329530727>). Informantene ble så bedt om å vurdere SIBS' kvalitet og gjennomførbarhet på en skala fra 1 til 10 (der 10 var best), indikere mulige utfordringer for gjennomføring av SIBS på sitt arbeidsted ut ifra forhåndsbestemte kategorier og beskrive i tekst umiddelbare inntrykk av SIBS' styrker og svakheter.

Data ble samlet inn og behandlet anonymt ved bruk av tjenesten Questback. Prosjektet ble godkjent av Norsk senter for forskningsdata (referansekode 15231, 08.07.19). Informert samtykke ble innhentet initialt i spørreskjemaet.

Rekruttering

For å rekruttere informanter kontaktet vi Norsk sykepleierforbund (NSF), Norsk psykologforening (NPF) og Den norske legeförening. Som anbefalt av Landsgruppen av helsesykepleiere i NSF kontaktet vi deres 18 lokallag, hvorav fem samtykket til å sende ut spørreskjemaet til sine medlemmer. NPF henviste oss først til Facebook-gruppen «Psykologer i kommunene», hvor vi la ut en invitasjon til studien. Grunnet lav svarprosent kontaktet vi igjen NPF, som da sendte spørreskjemaet på e-post til alle medlemmer som var ansatt i kommuner og fylkeskommuner. Legeföreningen ba oss kontakte Allmennlegeforeningen og Norsk samfunnsmedisinsk forening. Disse foreningene anbefalte å sende en henvendelse til kommuneoverlegene gjennom kommunenes postmottak, da de ikke nødvendigvis dekket alle kommuneoverleger i sin medlemsmasse. Basert på denne anbefalingen ble spørreskjemaet sendt fra FHI til kommuneoverleger, helsesykepleiere og kom-

munepsykologer gjennom e-postmottakene i alle Norges kommuner. Spørreskjemaet ble besvart i tidsperioden 28. august til 21. november 2019. Det ble sendt én purring på e-post til mottakere av spørreskjemaet som ikke hadde svart. Svarprosent er ukjent, da spørreskjema ble sendt ut gjennom flere ulike kanaler og via mellomledd for å nå målgruppen for undersøkelsen.

Utvalget

Til sammen samtykket 332 fagpersoner til deltakelse. Informantene var fordelt på 253 kommuner, som tilsvarer 60 % av daværende kommuner (totalt 422; KS, 2020). Alle fylker var representert blant informantene. En oversikt over informanter og kommuner representert per fylke er gitt i appendiks (<https://psykologtidsskriftet.no/vitenskapelig-artikkel-originalartikkel/2022/04/appendiks-82j9m28u>). Antall informanter per kommune varierte fra en til femten ($M = 1.4$; $SD = 1.3$). Utvalget besto av 192 helseyskepleiere/sykepleiere (57,8 %), 62 psykologer (18,7 %), 50 leger (15,1 %) samt 18 (5,4 %) fra andre yrkesgrupper (f.eks. sosionom, vernepleier, fysio-/ergoterapeut). Seks informanter oppga ikke fagprofesjon.

Dataanalyse

Deskriptive analyser av kommunenes ivaretagelse av søsken og informantenes vurderinger av SIBS ble utført ved bruk av IBM SPSS Statistics (versjon 26).

Åpne beskrivelser av SIBS' styrker og svakheter ble analysert kvalitativt med en enkel deduktiv innholdsanalyse (Elo & Kyngäs, 2008) med de 37 konstruktene (her kalt faktorer) i CFIR (Damschroder et al., 2009) som forhåndsbestemte kategorier. For innholdsanalysen anvendte vi programvaren NVivo 12 (QSR International, 2018) og en CFIR kodemal (cfirguide.org/evaluation-design/qualitative-data/). Seksti informanter hadde ikke sett filmen eller gjennomført evalueringen av SIBS. Innholdsanalysen baserer seg derfor på data fra bare 272 informanter. Der informantenes svar kun inneholdt enkeltord/stikkord som ikke ga grunnlag for å kode i CFIRs faktorer, ble utsagnene kodet som «uklart» og ekskludert fra videre analyse. Analysen ble gjennomført av artikkelens hovedforfatter, som jevnlig konsulterte den interaktive nettsiden cfirguide.org og sisteforfatter for å sikre validitet.

Resultater

Ivaretagelse av søsken som pårørende i kommunene

Hvordan identifiseres søsken som pårørende i norske kommuner?

Informantene kunne krysse av for flere alternativer når det gjelder hvordan de fanget opp søsken i

kommunen de er ansatt i. Majoriteten oppga at det er tilfeldig hvorvidt søsken registreres ($n = 206$; 62,1 %). Dernest var hyppigste svar at søsken registreres automatisk ved kontakt med barn med funksjonsnedsettelser ($n = 104$; 31,3 %). Et fåtall informanter oppga at søsken registreres systematisk via henvendelse fra spesialisthelsetjenesten ($n = 38$; 11,5 %). Øvrige informanter svarte «Annen måte» ($n = 24$; 7,2 %) eller «Vet ikke» ($n = 8$; 2,4 %). To informanter besvarte ikke spørsmålet. Under kategorien «Annen måte» var de vanligste beskrivelsene at søsken oppdages når familien selv tar kontakt ($n = 10$; 3,0 %), eller at kommunen er så liten at de har full oversikt over søsken ($n = 6$; 1,8 %).

Hvilke tjenester tilbys søsken i norske kommuner?

Tabell 1 gir en oversikt over hvilke tjenester informantene oppga at søsken fikk tilbud om i deres kommune.

Hvilke instanser tilbyr tjenester til søsken i kommunene?

Mange ulike instanser ble rapportert å gi støttetjenester til søsken. Majoriteten av informantene oppga helsestasjon/skolehelsetjeneste ($n = 278$; 83,7 %). Dernest krysset flest av for fastlegen ($n = 66$; 19,9 %), skolen ($n = 38$; 11,4 %) og PPT ($n = 26$; 7,8 %). Drøyt en tredel av informantene hadde også krysset av for «Andre» ($n = 115$; 34,6 %), hvor de ble bedt om å gi en beskrivelse i åpen tekst. Her oppga de fleste informantene forebyggende tjenester (som f.eks. psykisk helse og rus/psykisk helseteam/familiesenter/familieteam/familiehus, $n = 53$; 16,0 %). Tolv informanter (3,6 %) oppga brukerorganisasjoner og ideelle organisasjoner/stiftelser. Blant disse ble Blå Kors, Kirkens Bymisjon, Kreftforeningen, Røde Kors og Pårørendesenteret oppgitt å ha søskentilbud i enkelte kommuner. Fire informanter (1,2 %) oppga henholdsvis barneverntjenesten og spesialisthelsetjenesten, og én informant (0,3 %) oppga henholdsvis fysio- og ergoterapeutisk tjeneste og psykososialt kriseteam. Under kategorien «Andre» ble også stillinger uten spesifisert arbeidssted nevnt, slik som kommunepsykolog (11), barne-/pårørendekoordinator (11), kreftsykepleier (2), klinisk sosionom (1) og kreftkoordinator (1).

Hvem er kommunenes samarbeidspartnere i ivaretagelsen av søsken?

Majoriteten av informantene svarte at de i liten (42,2 %) eller ingen (23,8 %) grad samarbeider med spesialisthelsetjenesten om ivaretagelse av søsken som pårørende i deres kommune. En mindre andel oppga at de samarbeider noe (32,2 %) med spesialisthelsetjenesten om slike tjenester, og få at de gjør det i stor grad (1,9 %). Tolv informanter besvarte ikke spørsmålet.

Tabell 1

Tilbud i kommunehelsetjenestene for søsken som pårørende

	Antall (N = 332)	Prosent	Antall kommuner (%*) (N = 253)
Samtale med søsken når det etterspørres	295	88,9	223 (88,1 %)
Samtale med foreldre om søskens situasjon når det etterspørres	279	84,0	211 (83,4 %)
Rutinemessig samtale med foreldre om søskens situasjon	88	26,5	78 (30,8 %)
Rutinemessig samtale med søsken	41	12,3	40 (15,8 %)
Gruppesamtaler for søsken	37	11,1	29 (11,5 %)
Sosiale treff	26	7,8	23 (9,1 %)
Ikke noe tilbud per dags dato	23	6,9	19 (7,5 %)
Gruppesamtaler for foreldre	13	3,9	10 (4,0 %)
Annet tilbud**	7	2,1	6 (2,4 %)
Vet ikke	4	1,2	4 (1,6 %)

Merknad: Informantene kunne krysse av for flere svaralternativer. *Prosentandel av kommunene i utvalget. **Mestringskurs, pårørendedager, pårørendearrangement.

Tabell 2

Informantenes (N = 317) vurdering av SIBS' kvalitet og gjennomførbarhet

	N**	Gjennomsnitt	Standardavvik
<i>Kvalitet på SIBS*</i>			
Totalt alle profesjonsgrupper	317	7,9	1,7
– Helseyskepleiere	179	8,0	1,7
– Psykologer	62	7,9	1,5
– Leger	49	7,4	1,9
– Andre profesjoner	21	7,8	1,8
<i>Gjennomførbarhet av SIBS*</i>			
Totalt alle profesjonsgrupper	317	4,9	2,3
– Helseyskepleiere	179	4,6	2,3
– Psykologer	62	5,7	2,3
– Leger	49	4,8	2,2
– Andre profesjoner	21	6,0	2,5

Merknad: *Vurderinger på skala fra 1 til 10, der 10 er best. **Femten informanter besvarte ikke spørsmålene.

På spørsmål om annet samarbeid krysset majoriteten (62,1 %) ikke av noen av svarkategoriene. Det var 16,3 % som bekreftet samarbeid med brukerorganisasjoner, 10,8 % med samme tjeneste i annen kommune, 8,1 % med ideelle organisasjoner, 4,8 % annen instans innad i kommunen og 0,9 % skole. En liten andel informanter oppga i åpent tekstfelt at de ikke hadde (3,6 %) eller ikke visste om (1,8 %) noe samarbeid med andre instanser/organisasjoner.

Vurderer kommuneansatte SIBS som et egnet og passende tiltak?

Opplevd kvalitet og gjennomførbarhet av SIBS

Tabell 2 gir oversikt over informantenes vurderinger av SIBS' kvalitet og gjennomførbarhet.

På spørsmål om antatte utfordringer med å gjennomføre SIBS på eget arbeidssted krysset flest informanter av for manglende personalressurser (75,4 %), dernest tilgang på gruppedeltakere (68,5 %), økonomi (40,2 %) og gruppelederkompetanse (29,6 %). En mindre andel informanter (7,8 %) oppga mangelfull tilgang på fasiliteter/lokale som en mulig utfordring. Av «Andre hindringer» (7,5 %) ble «tid», «vilje til å prioritere» og ledelsesaspekter fremhevet i åpen tekst.

Hvilke CFIR-faktorer berøres i informantenes vurderinger av SIBS?

Vi kodet informantenes vurderinger av SIBS' styrker og svakheter inn i CFIR-domenene «Karakteristikk ved intervensjonen», «Ytre kontekst», «Indre kontekst» eller «Individuelle karakteristika».

Karakteristikk ved intervensjonen. Utsagn kodet inn under dette domenet ble videre kodet under faktorene «Oppbygging og design», «Kompleksitet», «Tilpasningsmuligheter», «Evidensgrunnlag» og «Kostnader».

SIBS' design og format ble beskrevet med adjektiver som systematisk, oversiktlig, helhetlig og gjennomarbeidet. Informanter beskrev at tiltaket fremstår som strukturert med en tydelig metode og fremgangsmåte. Den modulbaserte oppbyggingen ble fremhevet som en styrke i denne sammenhengen og noe som kunne lette arbeidet med søsken som pårørende i kommunen:

Dette så veldig bra ut. Vi trenger et konkret opplegg som er lett å bruke. Da kan vi lettere jobbe systematisk med dette. Dette er det jeg har savnet i forhold til denne gruppen. Vi har få slike saker i liten kommune, og det er krevende å skulle lage egne opplegg. Når det kommer ferdig, er det lett å gjennomføre og lett å jobbe mer systematisk overfor denne gruppen. Det er virkelig et behov, og en viktig gruppe som er glemt i mange kommuner.

For noen få ble SIBS' oppbygging og design derimot sett på som en barriere for gjennomføring: «Kan kanskje bli i overkant skjematisk og strukturert. [...] Det må være individuelle tilpasninger, ikke alle grupper blir like og viktig å ta litt diskusjoner som oppstår spontant.»

Med hensyn til kompleksitet (for eksempel omfang, varighet) var det varierte meninger blant informantene. På den ene siden ble SIBS beskrevet som lett tilgjengelig, kortvarig og enkel og dermed overkommelig å gjennomføre i kommunene. Modulene ble vurdert som fornuftige med hensyn til tidsbruk, og det ble ansett som fordelaktig både for deltakere og fagpersoner at SIBS består av få økter.

Andre antydte at tiltakets kompleksitet kunne gjøre det vanskelig å implementere det i kommunen, at det var for omfattende og tidkrevende eller for enkelt og kortvarig. Sistnevnte ble særlig fremhevet med tanke på mulighet for tilstrekkelig forberedelse av familiene:

Mange familier har valgt å ikke snakke om disse temaene tidligere, og foreldre trenger å trenes godt på hvordan de skal snakke med barna om disse temaene, og trenger nok verktøy til å romme barnas følelser i en situasjon som også er svært krevende for dem som foreldre. Kanskje trenger foreldre noen flere moduler slik at de kan bli tryggere på samtalen de skal inn i?

Manglende tid til og retningslinjer for oppfølging av deltakere ble påpekt av noen informanter. Det ble fremhevet at dette kunne gjelde de minst ressurs-

sterke familiene, hvor forlenget og forsterket oppfølging kunne være nødvendig for utbyttet. Det ble også kommentert at SIBS kunne anses som en god start i oppfølgingen av disse familiene: «*Et slikt tilbud vil forhåpentligvis fange opp de som trenger mer, og som muliggjør losing videre til andre instanser.*»

Enkelte anså manglende tilpasningsmuligheter i SIBS som en potensiell barriere for implementering. Det ble fremhevet av noen at SIBS i nåværende form krever samarbeid innad i kommunen eller med spesialisthelsetjenesten for å ha nok gruppedeltakere, og at det derfor var ønskelig at det også kunne leveres som et individuelt tiltak: «*I en liten kommune som vår vil det vera vanskeleg å få nok deltakarar til å danne ei slik gruppe. Det hadde difor vore fint om programmet også kunne tilpassast enkeltfamiliar.*»

Evidensgrunnlaget til SIBS ble knapt nevnt av informantene, men i et par utsagn ble usikkerhet rundt evidensgrunnlaget nevnt: «*Jeg vet ikke om tiltaket er evaluert.*»

Kostnader knyttet til implementering ble knapt berørt i informantenes utsagn, men noe skepsis rundt kost/nytte av SIBS fremkom: «*Kostnadskrevende/resurskrevende som gjelder få barn, [det blir] mindre på majoriteten og universelle tiltak.*»

Ytre kontekst. Utsagn kodet inn under dette domenet ble videre kodet inn i CFIR-faktorene «Eksterne retningslinjer og insentiver» og «Pasientbehov og -ressurser».

Utsagn om eksterne retningslinjer eller insentiver var ikke representert i beskrivelser av SIBS' styrker. Blant beskrivelser av SIBS' svakheter ble det derimot påpekt at rekruttering til intervensjonen ville kreve et samarbeid som det per dags dato mangler strukturer for: «*Vi i skolehelsetjenesten får svært sjelden beskjed fra spesialisthelsetjenesten ved syke søsken. Tilfeldig hvem som oppdages/der foreldre selv er på og tar kontakt.*» Spesielt for mindre kommuner ble manglende strategier og retningslinjer nevnt som en barriere; samarbeid på tvers av kommuner og tjenester ble beskrevet som en nødvendighet for rekruttering til og gjennomføring av SIBS.

SIBS ble beskrevet å ivareta et observert behov for å møte likesinnede hos mottakerne av tiltaket og for å etablere kontakt med andre familier. SIBS ble også funnet å ivareta et nødvendig familieperspektiv i arbeidet med målgruppen:

[Positivt] at tiltaket henvender seg til både søsken og til foreldre, at det legges opp til både grupper for søsken, grupper for foreldre og samtaler mellom søsken og deres foreldre individuelt. At det dermed blir mulig å snakke om generelle temaer med barn og voksne

og det som er individuelt for den enkelte familien ut fra den spesifikke diagnosen og familiens individer.

Det var delte oppfatninger av hvorvidt tiltakets varighet og form er tilpasset behovet til familiene. På den ene siden ble SIBS beskrevet som godt tilpasset:

Fint at det ikke går over veldig mange samlinger, da det kan være vanskelig å sette av tid i en travel hverdag til samlinger hver uke i flere måneder. Når det bare er over noen uker, kan det være lettere å få folk til å delta.

På den andre siden delte noen bekymring for at SIBS krever for mye av familiene, spesielt hvis samarbeid med spesialisthelsetjenesten og/eller andre kommuner var nødvendig for gjennomføring: «*Det blir en belastning på allerede travle foreldre å skulle få tid til dette, særlig hvis de må reise til nabokommune.*»

At SIBS' metoder kan være dårlig tilpasset deltakerens psykologiske ressurser, ble også nevnt; søsken og foreldre til barn med funksjonsnedsettelse ble av noen oppfattet som mindre klare for å dele informasjon og følelser i gruppe enn andre familier. Noen uttrykte bekymring for at SIBS er for avansert og vanskelig å gjennomføre med familier fra lavere sosiale sjikt eller med minoritetsbakgrunn.

Indre kontekst. Utsagn kodet inn under dette domenet ble videre kodet inn i CFIR-faktorene «Strukturelle karakteristika» og «Implementeringsberedskap».

Strukturelle karakteristika (for eksempel størrelse på organisasjonen) fremkom som en mulig barriere for implementering av SIBS, som ble beskrevet som mindre egnet for små kommuner. Mangel på fagpersoner å samarbeide med ble antydning som en barriere i små kommuner, samt utfordringer med rekruttering av nok barn og homogene grupper:

Jeg jobber i en liten kommune med under 2000 innbyggere. Det er usannsynlig at vi får samlet grupper. Vi har sjelden to familier med samme eller liknende diagnoser og søsken i samme aldersgruppe. Det blir lite gjennomførbart. Her blir det da av demografiske grunner mer sårbart og rettet mot enkeltsaker. Da får ingen god rutine på det og ting blir fort nokså tilfeldig.

En annen barriere for gruppetiltak som spesifikt ble beskrevet, var bygdekulturen i små kommuner: «*Spesielt foreldre kan føle på vansker med å være åpne når samfunnet er lite, og alle kjenner hverandre.*»

Utsagn om hvorvidt kommunene ble oppfattet som rustet for SIBS, ble kodet inn i de to underfaktorene «Tilgjengelige ressurser» og «Tilgang på kunnskap og informasjon». Det var delte oppfatninger om

hvorvidt det var ressurser som penger, trening/utdanning, fysisk rom og tid i kommunen for implementering av SIBS. Mens noen informanter beskrev at tilføring av ressurser ville være nødvendig, beskrev andre at SIBS så ut til å passe med kommunens forutsetninger: «*(SIBS) vil vere eit kvalitetssikra og strukturert tiltak som kan gjennomførast innan eksisterande rammer i kommunehelsetenesta.*»

På spørsmål om tilgang til informasjon og kunnskap om SIBS ville påvirke implementering ble det uttrykt at det var nødvendig med kursing av god kvalitet, og at en hadde en tilgjengelig og god manual. Likevel ble krav om kurs også nevnt som en mulig barriere: «*Hvis det er nok en ting hvor de som er med (helsepersonell) skal igjennom sertifisering, kurs og mye for å kunne ta i bruk. Da vil det bli mer vanskelig å iverksette.*»

Individuelle karakteristika. Utsagn kodet inn under dette domenet ble alle kodet under CFIR-faktoren «Kunnskap om og oppfatninger av intervensjonen».

Individuelle holdninger til intervensjonen, kjennskap til prinsippene den er bygget på, og tiltakets samsvarende med egne verdier, erfaringsgrunnlag og faglige «filosofi» ble berørt i mange utsagn. At SIBS er rettet mot målgruppen søsken som pårørende, har forankring i et familiesystemperspektiv, og et følelsesfokus ble utelukkende trukket frem som positivt, nødvendig og normaliserende. Gruppeformatet og kommunikasjonsfokuset i tiltaket var det derimot delte oppfatninger om. Flere mente at det å møte likesinnede ville kunne føre til nettverksbygging og sosial støtte: «*Gruppe kan være med på å normalisere tanker/følelser, 'jeg er ikke alene'.*» Andre var mer skeptiske, spesielt med tanke på gruppesammenheng og ledelse: «*Det er veldig mye som kan bli 'helt feil' selv om man samler interessante, trengende og engasjerte barn/unge og foreldre. God opplæring av fagpersonene på arbeid i grupper er altså overmåte viktig.*»

Positive holdninger til kommunikasjonsfokuset var koblet opp mot en oppfatning av at det å støtte og styrke foreldrene som de viktigste støttespillerne for søsken både er godt for barna og vil sikre langtidseffekter av intervensjonen: «*Fint at foreldre og barn får øve seg på å snakke om vanskelige ting med tilgang på veiledning, senker forhåpentligvis terskelen for å ha disse samtalen hjemme.*» Likevel kom skepsis mot dette til uttrykk gjennom oppfatninger av at familiekommunikasjon må få skje naturlig uten «sykeliggjøring», at trening ikke vil føre til varige endringer, og at SIBS potensielt kan svekke foreldres autonomi og mestringsopplevelse:

De profesjonelle kan lett ta over foreldrenes rolle. Kan muligens oppleves som kunstig og unødvendig bruk

av tid for de foreldre som ellers mestrer å snakke med barna selv, men en går til opplegg ut av plikt. Det som er for mange familier helt naturlig å gjøre, profesjonaliseres av andre.

Diskusjon

Mangelfull identifisering og ivaretagelse av søsken som pårørende i norske kommuner

Denne studien viser at et fåtall av norske kommuner hadde systemer for å identifisere søsken som pårørende høsten 2019. Til tross for lovtekstendringen i januar 2018 som skulle sikre ivaretagelse av pårørende søsken, hadde altså kommunene halvannet år senere en lang vei å gå. Majoriteten av kommunene tilbød tjenester, men familiene måtte selv etterspørre dem. Samarbeid om tilbud til søsken, både innad i kommunen og med andre instanser, var begrenset. Våre funn gjenspeiler studier av helsepersonells etterlevelse av den lovfestede plikten til å ivareta barn som pårørende til voksne med psykiske helseplager; endringer skjer sakte (Lauritzen et al., 2014). Forskning har vist at det ikke er tilstrekkelig med informasjon dersom en ønsket praksisendring skal skje. Den som skal gjennomføre endringen, trenger også gode verktøy og prosedyrer (Fixsen et al., 2005; Reupert & Maybery, 2008). Dette mangler per i dag for ivaretagelse av søsken som pårørende. Vi vil derfor argumentere sterkt for at helsemyndighetene utarbeider retningslinjer, og at kommunene etablerer rutiner, slik at en kan sikre den lovpålagte ivaretagelsen av pårørende søsken.

Funnene gir innblikk i forhold av betydning når retningslinjer og rutiner skal utarbeides. En første forutsetning for implementering av helsefremmende og forebyggende tiltak i kommunene er at tjenesteyterne vet hvilke barn og familier de skal tilby tjenestene sine til (Helland & Mathiesen, 2009). Vi fant at søsken sjelden blir systematisk registrert av ansatte i de kommunale tjenestene, men heller oppdaget tilfeldig ved kontakt med familier. Dette tilsvarer funn fra en studie fra psykisk helsevern for voksne, som viste at en betydelig andel helsepersonell fremdeles ikke systematisk registrerte pasienters mindreårige barn i journal fem år etter at det ble lovpålagt å gjøre dette (Lauritzen et al., 2018).

Hvilke tjenesteytere som er i kontakt med familiene til søsken som pårørende, er avhengig av vanskene til barnet med diagnose. Det kan derfor være mange ulike kommunale instanser involvert. Fafo-rapporten «Trøbbel i grenseflatene» (Hansen et al., 2020) påpeker at manglende samarbeid mellom tjenester fører til at barn ikke får oppfølgingen de har behov for. Trolig

kan ansvaret for søsken diffundere når for eksempel både PPT, tjeneste for personer med funksjonsnedsettelse og fysioterapitjeneste er involvert samtidig. I vår studie ble helsestasjonen/skolehelsetjenesten hyppigst nevnt som tilbyder av tjenester til søsken. Dette er i tråd med helsemyndighetenes retningslinjer om denne instansens rolle i kommunalt forebyggende psykisk helsearbeid (Helsedirektoratet, 2017b). Vi vil argumentere for at en systematisk registrering av søsken som pårørende skjer ved at instanser som møter barnet med diagnose, spør rutinemessig om søsken og konsekvent melder fra til helsestasjon/skolehelsetjeneste, slik at søsken blir registrert der og en kan vurdere behov for støtte.

I vår studie oppga majoriteten av informantene at tilbud ble gitt når søsken eller foreldre selv etterspurte det. Dette er problematisk. Søsken skjuler ofte sine vansker (Haukeland et al., 2015), og foreldrene er gjerne i en presset livssituasjon (Cousino & Hazen, 2013; Tøssebro et al., 2014) og makter derfor ikke nødvendigvis å ta dette initiativet. Dermed kan muligheten til å forebygge vansker i tide glippe, og behandling av oppståtte vansker bli nødvendig. Dette kan innebære store menneskelige og samfunnsøkonomiske kostnader (Holte, 2017). Retningslinjer bør fokusere på hvordan en kan kartlegge søskens behov og gjøre egnede tiltak tilgjengelige. Vi vil vektlegge betydningen av at kommunenes rutiner innebærer oppsøkende virksomhet.

Retningslinjer om ivaretagelse av søsken som pårørende bør også inneholde krav til tiltak som skal tilbys. Vår studie viste at det stort sett er individuelle samtaler som tilbys søsken i norske kommuner, til tross for at gruppetiltak for denne gruppen er anbefalt (Helsedirektoratet, 2017a; Smith et al., 2018). Riksrevisjonen (2021) konkluderte med at kommunehelsetjenesten jobber for lite kunnskapsbasert. Den danske Socialstyrelsen (2020) har gjort et grundig arbeid for å evaluere og informere om kunnskapsbaserte intervensjoner rettet mot pårørende søsken. Våre funn indikerer at det er behov for en liknende vurdering i Norge, og at Pårørendeveilederen (Helsedirektoratet, 2017a) oppdateres med anbefalinger om gode intervensjoner for søsken som kan gjennomføres kommunalt. Implementeringsforskning har vist at tilstrekkelig kunnskap og kompetanse kan fremme gjennomføring av nye rutiner og tiltak på kommunenivå (Weiss et al., 2016). Noen kommuner har arrangert fagseminarer om barn som pårørende etter lovendringen i 2009, og vi vil argumentere for at dette gjøres i hele landet der en også fokuserer på søsken. Kunnskapsheving bør rettes mot alle som jobber med barn med helseutfordringer, og en bør

legge vekt på lovverk, søskens behov, kommunens rutiner for registrering av søsken og effektive tiltak for denne gruppen.

Identifisering av søsken og leveranse av forebyggende tjenester kan være ressurskrevende, og økte bevilgninger til kommunene fulgte ikke med lovendringen i 2018. Samarbeid kan sikre fornuftig ressursbruk. Samhandlingsreformen ble varslet å kunne innebære endringer i lokale samarbeidsstrukturer, organisering av tjenester og forebyggende virksomhet (Helse- og omsorgsdepartementet, 2011). Det ser ikke ut til at dette har omfattet ivaretagelse av søsken. Vår studie antyder en stor mangel på samarbeid mellom tjenester både innad i og utenfor kommunen. Spesialisthelsetjenesten gjennomfører ofte utredning, setter diagnose og gir eventuelt behandling til barnet med diagnose. Likevel rapporterte få kommunalt ansatte om samarbeid med spesialisthelsetjenesten om identifisering av søsken. Da støtte til pårørende barn ble lovpålagt i 2009, fulgte det et krav om at barneansvarlig helsepersonell i alle helseforetak og behandlere systematisk skulle registrere om en pasient har mindreårige barn, og etter 2018 også søsken, i journal (Helsedirektoratet, 2018a). Akershus universitetssykehus har testet ut et elektronisk system for å sende samhandlingsskjema til kommunehelsetjenesten når barn som pårørende blir oppdaget (Bergh & Gravingen, 2018). Vi vil argumentere sterkt for at slike systemer innføres i alle helseforetak, og at samhandlingen om søsken som pårørende avtales og settes i system i tråd med samhandlingsreformen (Helse- og omsorgsdepartementet, 2011).

Til tross for at flere ulike instanser gir tilbud til søsken i enkelte kommuner, oppga informanter få at tjenestene samarbeidet om å levere et tilbud. Heller ikke samarbeid med nabokommuner ble rapportert i særlig grad. Samler man søsken som pårørende, på tvers av instansene som «oppdager dem», eller på tvers av kommunegrenser, kan barna få et gruppetiltak og møte likesinnede heller enn å få individuelle samtaler. Personalressurser kan da også styrkes og kostnader fordeles. Den nasjonale veilederen for samarbeid mellom kommuner (Helse- og omsorgsdepartementet, 2011) refererer til helse- og omsorgstjenesteloven 6, § 6–6, som stadfester at «departementet kan pålegge samarbeid mellom kommuner når det anses påkrevd for en forsvarlig løsning av oppgaver innen kommunenes helse- og omsorgstjeneste, herunder gi bestemmelser om hvilke oppgaver det skal samarbeides om og fordeling av utgifter». I retningslinjer for ivaretagelse av søsken bør det fremkomme hva man anser som et forsvarlig tilbud, og når avtalefestet samarbeid på tvers av kommunegrenser er påkrevd.

Kan SIBS være et aktuelt tiltak for norske kommuner?

Denne studien viste at SIBS vekket begeistring blant fagpersoner i kommunen. Kvaliteten ble vurdert som høy, noe som kan gjenspeile en grundig utviklingsprosess der brukermedvirkning, kunnskapsforankring og utprøving har stått sentralt (Vatne et al., 2019). Den høye prospektive aksepten for SIBS som disse funnene innebærer, er viktig for vellykket implementering; oppfattet kvalitet av en intervensjon promoterer bruken av den (Graham & Logan, 2004; Helfrich et al., 2007).

SIBS syntes også i stor grad å samsvare med informantenes verdier og faglige «filosofi». Et gruppebasert tiltak med aktiv foreldreinvolvering og kommunikasjonsfokus ble av mange ansett som en egnet måte å ivareta søsken på. Dette er lovende, da en av nøkkelfaktorene for vellykket implementering er at de som skal tilby intervensjonen, har en entusiastisk holdning til den (Damschroder et al., 2009; Durlak & DuPre, 2008). Vi avdekket likevel at evidensgrunnlaget for SIBS ikke ble tatt i betraktning når informantene vurderte tiltaket, noe som er et tankekors gitt føringene om at forebyggende arbeid i kommunen skal være kunnskapsbasert (Helsedirektoratet et al., 2017).

Informantene i studien hadde viktige erfaringer og kompetanse og ga betydningsfulle innspill til aspekter en må ta hensyn til i videreutviklingen av SIBS, blant annet om hvordan tiltaket må tilpasses og kommunene ruste seg om det skal tilbys på kommunalt nivå. Til tross for høy prospektiv aksept av SIBS var informantenes vurderinger av tiltakets gjennomførbarhet i kommunene mer moderate og også svært varierende. Spesielt fremkom dette i vurderinger av intervensjonens kompleksitet, kommunens indre kontekst (forutsetninger) og ytre kontekst (f.eks. samarbeid med andre instanser). Den store variasjonen kan reflektere forskjellene i Kommune-Norge med hensyn til innbyggertall, økonomi, organisering og tjenestetilbud til barn og unge (UNICEF, 2021). Det som blir ansett som overkommelig i én kommune, er for komplekst og ressurskrevende i en annen.

Implementeringsteori fremhever betydningen av at intervensjonsmanualer spesifiserer kjernekomponenter som må gjennomføres, og angir hvilke tilpasningsmuligheter som finnes (Fixsen et al., 2005). Vurderingene av SIBS' oppbygning, kompleksitet, tilpasningsmuligheter og avstemming opp mot familiens oppfattede behov gjorde det tydelig at SIBS-manualen må eksemplifisere hvordan man kan variere formen på øktene for å tilpasse dem deltakerne, hvorvidt man kan legge til økter for å imøtekomme familiens behov, og hvordan man kan ivareta familier som trenger mer enn SIBS for å forebygge vansker hos søsken. Som enkelte informanter påpekte, kan tidsbruk

og reisevei gjøre deltakelse utfordrende for noen familier. Utviklerne av SIBS er i gang med å prøve ut en onlineversjon av tiltaket. Et digitalt tilbud vil fjerne noen av barrierene for deltakelse.

Funnene fra denne studien har tydeliggjort et behov for systematisk innhenting av erfaringene til de som per dags dato prøver ut SIBS i norske kommuner. For implementering av SIBS synes det å være viktig at manualen inneholder gode beskrivelser av de ressurser og strukturer som kreves, og at det gis eksempler på hvordan kommuner, av ulik størrelse og med ulike ressurser, kan organisere seg for å møte disse kravene. Tilpasninger av en intervensjon, i innhold, intensitet og format, er viktig for at den skal være egnet og nyttig i den gitte konteksten (Hasson & Schwarz, 2017). Høsten 2021 var i underkant av 150 fagpersoner i Norge trent som gruppeledere i SIBS, og innsikt i hvordan disse har anvendt SIBS, vil gi utviklerne kunnskap om nødvendige tilpasninger i en revidert manual. For å informere videre revisjon av manualen gjennomfører vi våren 2022 en spørreundersøkelse med sertifiserte SIBS-gruppeledere, samt dybdeintervjuer av ansatte i kommuner som er med i den randomiserte kontrollerte studien.

Begrensninger ved studien

Flere begrensninger ved denne studien må tas i betraktning. Invitasjonen til undersøkelsen gikk via ulike kanaler, hvilket gjør det vanskelig å beregne svarprosent. Basert på at alle norske kommuner skal ha én eller flere leger ansatt i kommunelegefunksjon (helse- og omsorgstjenesteloven, 2011), at antall helsepsykiatere i Norge utgjør 3 585 årsverk (Lassemo & Melby, 2020), og at det per 2018 var ansatt over 500 psykologer i norske kommuner (Kaspersen et al., 2018), var svarprosenten lavere enn forventet. Det gjør det usikkert hvorvidt utvalget av informanter er representativt. Imidlertid var det god geografisk spredning ved at det deltok informanter fra alle landets fylker og fra både store og små kommuner.

Vi spurte informantene åpent om deres vurderinger av styrker og svakheter ved SIBS. Vi ville antagelig ha fått annen eller mer informasjon om vi hadde spurt etter CFIR-faktorene som er av betydning for implementering. Studien gir likevel god informasjon til fremtidige implementeringsstrategier for søsken tiltak og tema som kan følges opp eller utdypes gjennom andre metoder, for eksempel dybdeintervju med relevante aktører, slik SIBS-utviklerne har planlagt.

Implikasjoner

Denne kartleggingsundersøkelsen antyder at fagpersoner i kommunene ønsker å gi oppfølging til søs-

ken og er oppmerksomme på denne gruppen barn og unges behov, men mangler rammer, strukturer og ressurser til å gjøre det i sine stillinger. Studien viser at de fleste fagpersonene vurderer det kunnskapsbaserte tiltaket SIBS som en god og egnet måte å ivareta denne pårørendegruppen på, men at en del strukturelle og organisatoriske barrierer oppfattes å kunne hindre vellykket gjennomføring i kommunene. For å sikre at gode rutiner for ivaretagelse av søsken som pårørende blir en del av kommunehelsetjenestens vanlige drift, er det nødvendig med god og tydelig forankring på ledelsesnivå. Godt beskrevne planer med tydelig ansvars plassering må utarbeides og vedtas. Det er ønskelig med offentlige anbefalinger og prosedyrer og en langsiktig satsing fra helsemyndighetenes side i form av bevilgninger for å kunne drive forebyggende og helsefremmende arbeid med denne pårørendegruppen. Både helsesykepleiere, kommunepsykologer og kommuneoverleger er sentrale aktører i dette, og bør være målgrupper for kunnskapstilførsel og kompetanseheving. Kommunepsykologer har en sentral rolle når det gjelder å sette i gang lokale lavterskeltilbud (f.eks. Sønstebø, 2015), og de kan påvirke beslutningstakere i organisasjonen til å satse på kunnskapsbaserte forebyggende tiltak rettet mot søsken som pårørende.

Konklusjon

Helsepersonell har en lovfestet plikt til å identifisere og ivareta søsken som pårørende til barn med langvarig sykdom eller funksjonsnedsettelse. Imidlertid synes det langt igjen til man har fått på plass et systematisk og rutinemessig arbeid med denne pårørendegruppen i kommunene. Søsken utgjør en risikogruppe, og det bør satses på proaktivt og oppsøkende arbeid, ettersom det kan være både vanskelig og belastende for familiene å selv be om eller søke seg frem til nødvendig støtte. Det finnes kunnskapsforankrede metoder med gryende evidens for å møte søskens behov (SIBS), men resultatene fra denne studien tyder på at iverksetting av egnede tiltak kan bli hindret av organisatoriske forhold, som manglende samarbeid mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten. Søsken som pårørende er et viktig satsingsområde når det gjelder helsefremmende arbeid blant barn og unge, som ikke må uteglemmes. Et viktig steg videre vil være en offentlig satsing for å sikre god og tidlig oppfølging til denne gruppen barn som pårørende. Det er behov for godt beskrevne prosedyrer og anbefalinger for de ulike tjenestenivåene og samarbeidet mellom dem, slik at norske pårørende søsken skal få den støtten de har krav på der de bor. ✖

Referanser

- Bergh, T. & Gravingen, K. A. (2018). Å se det usynlige barnet. *Rusfag*, (2). Regionale Kompetansesentre Rus (KoRUS).
- Brennan, C., Hugh-Jones, S. & Aldridge, J. (2013). Pediatric life-limiting conditions: Coping and adjustment in siblings. *Journal of Health Psychology*, 18(6), 813–824. <https://doi.org/10.1177/1359105312456324>
- Bufdir. (2021). *Antall med nedsatt funksjonsevne: Estimering av antall barn med nedsatt funksjonsevne*. Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet. https://bufdir.no/Statistikk-og-analyse/nedsatt_funksjonsevne/Antall/#heading7776
- Cousino, M. K. & Hazen, R. A. (2013). Parenting stress among caregivers of children with chronic illness: A systematic review. *Journal of Pediatric Psychology*, 38(8), 809–828. <https://doi.org/10.1093/jpepsy/jst049>
- Damschroder, L. J., Aron, D. C., Keith, R. E., Kirsh, S. R., Alexander, J. A. & Lowery, J. C. (2009). Fostering implementation of health services research findings into practice: a consolidated framework for advancing implementation science. *Implementation Science*, 4, 50. <https://doi.org/10.1186/1748-5908-4-50>
- Deavin, A., Greasley, P. & Dixon, C. (2018). Children's perspectives on living with a sibling with a chronic illness. *Pediatrics*, 142(2), e2017415. <https://doi.org/10.1542/peds.2017-4151>
- Durlak, J. A. & Dupre, E. P. (2008). Implementation matters: a review of research on the influence of implementation on program outcomes and the factors affecting implementation. *American Journal of Community Psychology*, 41(3–4), 327–350. <https://doi.org/10.1007/s10464-008-9165-0>
- Elo, S. & Kyngäs, H. (2008). The qualitative content analysis process. *Journal of Advanced Nursing*, 62(1), 107–115. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2007.04569.x>
- Fixsen, D., Naoom, S., Blase, K., Friedman, R. & Wallace, F. (2005). *Implementation research: A synthesis of the literature*. Tampa, FL: University of South Florida.
- Fjermestad, K. W., Silverman, W. K. & Vatne, T. M. (2020). Group intervention for siblings and parents of children with chronic disorders (SIBS-RCT): study protocol for a randomized controlled trial. *Trials*, 21(1), 851. <https://doi.org/10.1186/s13063-020-04781-6>
- Folkehelseloven. (2011). *Lov om folkehelsearbeid* (LOV2011-06-24-29). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-29>
- Graham, I. D. & Logan, J. (2004). Innovations in knowledge transfer and continuity of care. *The Canadian Journal of Nursing Research*, 36, 89–103.
- Hansen, I.-L. S., Jensen, R. S. & Fløtten T. (2020). *Trøbbel i grenseflatene* (Fafo-rapport 2020:02). Oslo: Fafo.
- Hasson, H. & Schwarz, U. v. T. (2017). *Användbar evidens: Om anpassningar och följsamhet*. Stockholm: Natur & Kultur.
- Haukeland, Y. B., Czajkowski, N. O., Fjermestad, K. W., Silverman, W. K. & Vatne, T. M. (2020). Evaluation of «SIBS»: an intervention for siblings and parents of children with chronic disorders. *Journal of Child and Family Studies*, 29, 2201–2217. <https://doi.org/10.1007/s10826-020-01737-x>
- Haukeland, Y. B., Fjermestad, K. W., Mossige, S. & Vatne, T. M. (2015). Emotional experiences among siblings of children with rare disorders. *Journal of Pediatric Psychology*, 40(7), 712–720. <https://doi.org/10.1093/jpepsy/jsv022>
- Helfrich, C. D., Weiner, B. J., McKinney, M. M. & Minasian, L. (2007). Determinants of implementation effectiveness: adapting a framework for complex innovations. *Medical Care Research and Review*, 64(3), 279–303. <https://doi.org/10.1177/1077558707299887>
- Helland, M. J. & Mathiesen, K. S. (2009). *13–15-åringer fra vanlige familier i Norge – hverdagsliv og psykisk helse* (Rapport 2009:1). Oslo: Folkehelseinstituttet.
- Helsedirektoratet. (2017a). *Veileder om pårørende i helse- og omsorgstjenesten*. Oslo: Helsedirektoratet. <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/parorendeveileder>
- Helsedirektoratet. (2017b). *Nasjonal faglig retningslinje for det helsefremmende og forebyggende arbeidet i helsestasjon, skolehelsetjeneste og helsestasjon for ungdom* [nettdokument]. <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/helsestasjons-og-skolehelsetjenesten>
- Helsedirektoratet. (2017c). *Psykolog: Helsestasjon, skolehelsetjenesten og helsestasjon for ungdom skal samarbeide med psykolog og kommunenes øvrige psykiske helsetjenester*. Oslo: Helsedirektoratet. <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/helsestasjons-og-skolehelsetjenesten/fellesdel-samhandling-og-samarbeid/psykolog-helsestasjon-skolehelsetjenesten-og-helsestasjon-for-ungdomskal-samarbeide-med-psykolog-og-kommunenes-ovrige-psykiske-helsetjenester>
- Helsedirektoratet. (2018a). *Helsepersonelloven med kommentarer* (§ 10 a). Lastet ned fra <https://www.helsedirektoratet.no/rundskriv/helsepersonelloven-med-kommentarer/kravtil-helsepersonells-yrkesutovelse#%C2%A7-10a.-helsepersonells-plikt-til-aa-bidra-til-aaivareta-mindreareige-barn-som-paarorende>
- Helsedirektoratet. (2018b). *Program for folkehelsearbeid i kommunene*. Oslo: Helsedirektoratet. <https://www.helsedirektoratet.no/tema/folkehelsearbeid-i-kommunen/program-for-folkehelsearbeid-i-kommunene>
- Helsedirektoratet. (2020). *§ 10 a. Helsepersonells plikt til å bidra til å ivareta mindreårige barn som pårørende*. <https://www.helsedirektoratet.no/rundskriv/helsepersonelloven-med-kommentarer/krav-til-helsepersonells-yrkesutovelse/-10a.helsepersonells-plikt-til-a-bidra-til-a-ivareta-mindrearige-barn-som-parorende>
- Helsedirektoratet, Folkehelseinstituttet, Helse- og omsorgsdepartementet & KS. (2017). *Program for folkehelsearbeid i kommunene 2017–2027: En satsning for å fremme barn og unges psykiske helse og livskvalitet*. [https://www.helsedirektoratet.no/tema/folkehelsearbeid-i-kommunen/Program%20for%20folkehelsearbeid%20i%20kommunene%202017-2027.pdf/_attachment/inline/e03655e0-8769-465c-8d7b-742f01851a58:d085662920c55a2f4ff038d58200b16170d31fef/Program%20for%20folkehelsearbeid%20i%20kommunene%202017-2027.pdf](https://www.helsedirektoratet.no/tema/folkehelsearbeid-i-kommunen/program-for-folkehelsearbeid-i-kommunene/Program%20for%20folkehelsearbeid%20i%20kommunene%202017-2027.pdf/_attachment/inline/e03655e0-8769-465c-8d7b-742f01851a58:d085662920c55a2f4ff038d58200b16170d31fef/Program%20for%20folkehelsearbeid%20i%20kommunene%202017-2027.pdf)

- Helse- og omsorgsdepartementet. (2011). *Samhandlingsreformen – Lovpålagte samarbeidsavtaler mellom kommuner og regionale helseforetak/helseforetak: Nasjonal veileder*. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/samhandlingsreformen---lovpalagte-samarb/id661886/>
- Helse- og omsorgstjenesteloven. (2011). *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester (LOV2011-06-24-30)*. Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30>
- Helsepersonelloven. (1999). *Lov om helsepersonell (LOV-1999-07-02-64)*. Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64>
- Holte, A. (2017). Slik fremmer vi psykisk helse, forebygger psykiske lidelser og får en mer fornuftig samfunnsøkonomi. *Utposten*, (2). https://www.utposten.no/journal/2017/2/utposten-2-2017b-457/Slik_fremmer_vi_psykisk_helse,_forebygger_psykiske_lidelser_og_f%C3%A5r_en_mer_fornuftig_samfunns%C3%B8konomi
- Inclendon, E., Williams, L., Hazell, T., Heard, T. R., Flowers, A. & Hiscock, H. (2015). A review of factors associated with mental health in siblings of children with chronic illness. *Journal of Child Health Care*, 19(2), 182–94. <https://doi.org/10.1177/1367493513503584>
- Innst. 378 L (2016–2017). *Innstilling fra helse- og omsorgskomiteen om Endringer i helselovgivningen (overføring av det offentlige tannhelsetjenestestansvaret, lovfesting av kompetansekrav m.m.)*. Stortinget: Helse- og omsorgskomiteen. <https://www.stortinget.no/no/Saker-og-publikasjoner/Publikasjoner/Innstillinger/Stortinget/2016-2017/inns-201617-378/>
- Kaspersen, S. L., Lassemo, E., Kroken, A., Ose, S. O. & Ådnanes, M. (2018). *Tilskudd til rekruttering av psykologer i kommunale helse- og omsorgstjenester: En devaluering i forbindelse med følgevalueringen av Kompetanseløft 2020* (Rapport 2018:01004). SINTEF Digital, avdeling helse: Helsetjenesteforskning.
- Kelada, L., Wakefield, C. E., Drew, D., Ooi, C. Y., Palmer, E. E., Bye, A., De Marchi, S., Jaffe, A. & Kennedy, S. (2021). Siblings of young people with chronic illness: caring responsibilities and psychosocial functioning. *Journal of Child Health Care*. <https://doi.org/10.1177/13674935211033466>
- Knecht, C., Hellmers, C. & Jun, S. M. (2015). The perspective of siblings of children with chronic illness: A literature review. *Journal of Pediatric Nursing*, 30(1), 102–116. <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2014.10.010>
- KS. (2020). *Noen fakta om nye kommuner fra 2020*. Kommunesektorens interesseorganisasjon. <https://www.ks.no/fagomrader/demokrati-og-styring/kommunereform/noen-fakta-om-nye-kommuner-fra-2020/>
- Källquist, A. & Salzmänn-Erikson, M. (2019). Experiences of having a parent with serious mental illness: an interpretive meta-synthesis of qualitative literature. *Journal of Child and Family Studies*, 28, 2056–2068. <https://doi.org/10.1007/s10826-019-01438-0>
- Lassemo, E. & Melby, L. (2020). *Helsesykepleiere i helsestasjons- og skolehelsetjenesten: Status, utvikling og behov* (Rapport 2020:01346). SINTEF Digital: Helsetjenesteforskning.
- Lauritzen, C., Reedtz, C., Van Doesum, K. T. M. & Martinussen, M. (2014). Implementing new routines in adult mental health care to identify and support children of mentally ill parents. *BMC Health Services Research*, 14, 58. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-14-58>
- Lauritzen, C., Reedtz, C., Rognmo, K., Nilsen, M. & Walstad, A. (2018). Identification of and support for children of mentally ill parents: a 5 year follow-up study of adult mental health services. *Frontiers in Psychiatry*, 9, 507. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2018.00507>
- Long, K. A., Lobato, D. J., Kao, B. T., Plante, W., Grullón, E., Cheas, L., Houck, C. & Seifer, R. (2013). Perceptions of emotion expression and sibling-parent emotion communication in Latino and non-Latino white siblings of children with intellectual disabilities. *Journal of Pediatric Psychology*, 38(5), 551–562. <https://doi.org/10.1093/jpepsy/jst012>
- Lummer-Aikey, S. & Goldstein, S. (2021). Sibling Adjustment to Childhood Chronic Illness: An Integrative Review. *Journal of Family Nursing*, 27(2), 136–153. <https://doi.org/10.1177/1074840720977177>
- Ma, N., Roberts, R., Winefield, H. & Furber, G. (2015). The prevalence of psychopathology in siblings of children with mental health problems: a 20-year systematic review. *Child Psychiatry & Human Development*, 46, 130–149. <https://doi.org/10.1007/s10578-014-0459-1>
- Major, E. F., Dalgard, O. S., Mathisen, K. S., Nord, E., Ose, S., Rognerud, M. & Aarø, L. E. (2011). *Bedre føre var – Psykisk helse: Helsefremmende og forebyggende tiltak og anbefalinger* (Rapport 2011:1, ISBN: 978-82-8082-442-4). Folkehelseinstituttet.
- Meld. St. 47 (2008–2009). *Samhandlingsreformen: Rett behandling – på rett sted – til rett tid*. Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stmeld-nr-47-2008-2009-/id567201/>
- Mitchell, A. E., Morawska, A., Vickers-Jones, R. & Bruce, K. (2021). A systematic review of parenting interventions to support siblings of children with a chronic health condition. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 24, 651–667. <https://doi.org/10.1007/s10567-021-00357-1>
- Murphy, L. K., Murray, C. B. & Compas, B. E. (2017). Topical review: Integrating findings on direct observation of family communication in studies comparing pediatric chronic illness and typically developing samples. *Journal of Pediatric Psychology*, 42(1), 85–94. <https://doi.org/10.1093/jpepsy/jsw051>
- Prop. 121 S (2018–2019). *Opptappingsplan for barn og unges psykiske helse (2019–2024)*. Helse- og omsorgsdepartementet. [https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/prop.-121-s-20182019/id2652917/S\(2018-2019\)](https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/prop.-121-s-20182019/id2652917/S(2018-2019))
- QSR International Pty Ltd. (2018). *NVivo Qualitative Data Analysis Software* [Version 12]. <https://qsrinternational.com/nvivo/nvivo-products/>
- Reupert, A. & Maybery, D. (2008). Lessons learnt: enhancing workforce capacity to respond to the needs of families affected by parental mental illness. *International Journal of Mental Health Promotion*, 10, 32–40. <https://doi.org/10.1080/14623730.2008.9721774>

- Riksrevisjonen. (2021). *Riksrevisjonens undersøkelse av psykiske helsetjenester* (Dokument 3:13 2020–2021).
- Ruud, T., Birkeland, B., Faugli, A., Hagen, K. A., Hellman, A., Hilsen, M., Kallander, E. K., Kufås, E., Løvås, M., Peck, G. C., Skogerbø, Å., Skogøy, B. E., Stavnes, K., Thorsen, E. & Weimand, B. M. (2015). *Barn som pårørende: Resultater fra en multisentert studie* (Rapport IS-05-022). Akershus universitetssykehus HF.
- Sekhon, M., Cartwright, M. & Francis, J. J. (2017). Acceptability of healthcare interventions: an overview of reviews and development of a theoretical framework. *BMC health services research*, 17(1), 88. <https://doi.org/10.1186/s12913-017-2031-8>
- Shivers, C. M. & Textoris, S. (2021). Non-psychopathology related outcomes among siblings of individuals with mental illness: a systematic review. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 24(1), 38–64. <https://doi.org/10.1007/s10567-020-00331-3>
- Smith, M. M., Pereira, S. P., Chan, L., Rose, C. & Shafran, R. (2018). Impact of well-being interventions for siblings of children and young people with a chronic physical or mental health condition: a systematic review and meta-analysis. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 21(2), 246–65. <https://doi.org/10.1007/s10567-018-0253-x>
- Socialstyrelsen. (2020). *Søskende til barn og unge med funksjonsnedsettelse*. Vidensportalen på det sociale området. <https://vidensportal.dk/handicap/soskende-til-born-og-unge-med-funktionsnedsaettelse>
- Spesialisthelsetjenesteloven. (1999). *Lov om spesialisthelsetjenesten* (LOV-1999-07-02-61). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-61>
- SSB. (2021). *Familier og husholdninger*. Statistisk sentralbyrå. <https://www.ssb.no/befolkning/barn-familier-og-husholdninger/statistikk/familier-og-husholdninger>
- Sønstebø, I. (2015). *Psykisk helse i alt vi gjør – men hvordan?* (Rapport). Norsk psykologforening. <https://www.psykologforeningen.no/medlem/psykolog-i-kommunen/aktuelle-rapporter/psykisk-helse-i-alt-vi-gjoer-men-hvordan>
- Theisen, O. M. & Ådnanes, M. (2014). *Evaluering av SMIL – Styrket Mestring i Livet – et gruppetilbud for barn og ungdom som har foreldre med psykiske- og/eller rusrelaterte helseutfordringer* (SINTEF Rapport, ISBN 978-82-14-05669-3). SINTEF Teknologi og samfunn, Avdeling Helse, Gruppe for Helsetjenesteforskning.
- Tudor, M. E. & Lerner, M. D. (2015). Intervention and support for siblings of youth with developmental disabilities: a systematic review. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 18, 1–23. <https://doi.org/10.1007/s10567-014-0175-1>
- Tøssebro, J., Paulsen, V. & Wendelborg, C. (2014). En vanlig familie? Om parforhold, familiestruktur og belastninger. I J. Tøssebro & C. Wendelborg (red.), *Oppvekst med funksjonshemming: Familie, livsløp og overganger* (s. 80–104). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- UNICEF. (2021). *Kommuneanalyse 2021: Alle barn har rett til en god og trygg oppvekst*. https://www.unicef.no/sites/default/files/2021-08/Kommuneanalysen_2021_UNICEF_0.pdf
- Vatne, T. M., Haukeland, Y. B., Mossige, S. & Fjermestad, K. W. (2019). The development of a joint parent-child intervention for siblings of children with chronic disorders. *Fokus på Familien*, 1, 20–35. <https://doi.org/10.18261/issn.0807-7487-2019-01-03>
- Vatne, T. M., Helmen, I. Ø., Bahr, D., Kanavin, Ø. & Nyhus, L. (2015). «She came out of mum's tummy the wrong way»: (Mis)Conceptions among siblings of children with rare disorders. *Journal of Genetic Counselling*, 24(2), 247–258. <https://doi.org/10.1007/s10897-014-9757-9>
- Vermaes, I. P. R., van Susante, A. M. J. & van Bakel, H. J. A. (2012). Psychological functioning of siblings in families of children with chronic health conditions: a meta-analysis. *Journal of Pediatric Psychology*, 37(2), 166–184. <https://doi.org/10.1093/jpepsy/jsr081>
- Vis, S. A. & Havnen, K. J. S. (2017). Kunnskapsoppsummering og klassifisering av tiltaket SMIL – Styrket mestring i livet (2. utg.). *Ungsinn*, 2, 1. http://ungsinn.no/post_tiltak_arkiv/kunnskapsoppsummering-og-klassifisering-av-tiltakets-mil-styrket-mestring-i-livet-2-utg/
- Weiss, D., Lillefjell, M. & Magnus, E. (2016). Facilitators for the development and implementation of health promoting policy and programs: a scoping review at the local community level. *BMC Public Health*, 16, 140. <https://doi.org/10.1186/s12889-016-2811-9>

I denne spalten drøftes en fagetisk problemstilling. Du kan sende fagetiske spørsmål eller tekstbidrag til etikkk@psykologtidsskriftet.no.

FOTO: NORA SKJERDINGSJAD



ANNE-KARI TORGALSBØEN, professor, dr.psychol., Psykologisk institutt, Universitetet i Oslo

«Jeg mot meg»: Hvor ble fagetikken av?

I 2018 skrev jeg innlegg i Aftenposten knyttet til TV-programmet *Jeg mot meg* (Torgalsbøen, 2018). Her drøftet jeg de profesjons- og fagetiske dilemmaene som programmet reiste.

For meg ble «Jeg mot meg» en vekker. Den gjorde meg bekymret for en utvikling der psykologer og psykologifaget nå tilpasser seg tidsåndens krav om den kommersialiserte åpenheten. Dette berører følgende sentrale spørsmål: Hvem, hva og hvilke formål skal profesjonen tjene? Psykologene deltar i en verdidebatt ved å foreta verdimeslige prioriteringer gjennom faglige handlinger. Fagetikk er dermed å ta standpunkt til verdier. Hvordan man stiller seg til ulike verdier, vises blant annet gjennom oppdragene psykologer påtar seg, hvordan de skriver om fenomener og formidler faget (Øvreeide, 2013).

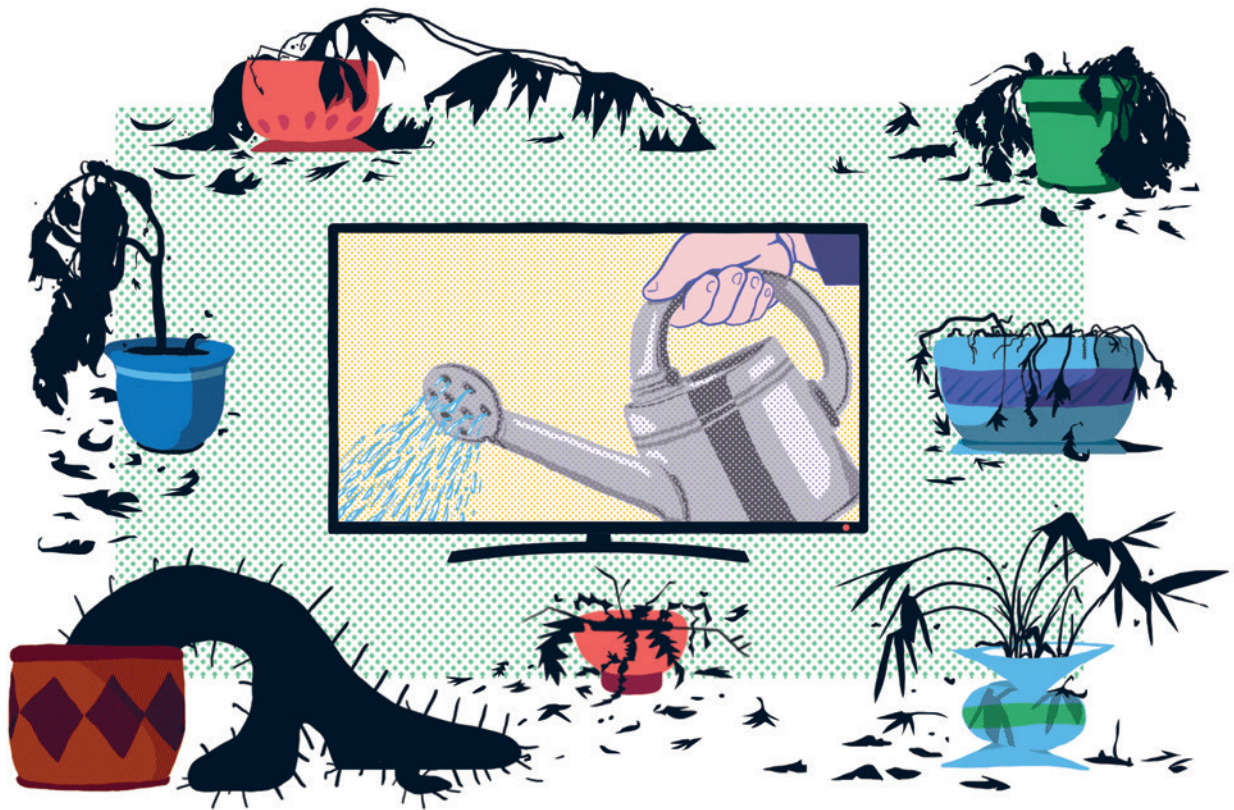
Fagetikken settes på strekk når en psykolog legitimerer at unge mennesker i en sårbar fase skal blottlegge livet sitt for hele den norske befolkning i gruppeterapi på TV. Ikke bare fikk seerne være med inn terapirommet. Vi fikk også «kikke inn» i ungdommenes til dels utleverende privatliv. Det vanlige skillet mellom frontstage (den siden vi viser frem til andre, fasaden) og backstage (det private, det sårbare, det vi kun

deler med noen nære fortrolige) skulle opphøre i denne serien. Det er dette private rommet som media er mest interessert i. Det er også dette rommet som blottlegges hos dem som «står frem» i media i folkeopplysningens navn.

ÅPENHET MED KONSEKVENSER

Hele konseptet ble solgt inn under betydningen av å være åpen om psykiske vansker, hvor modige deltagerne var, samt avmystifisering av hva som foregår i terapi. Men holder argumentene gitt denne sterke eksponeringen av unge mennesker i en sårbar livsfase? Jeg mente nei. God folkeopplysning om psykiske helseutfordringer hos ungdom kan gjøres på langt mindre selvavslørende måter. Men det er selvsagt ikke likeså underholdende om vi ikke får være med inn i terapirommet.

Det er ikke uten omkostninger å være åpen om alt. Åpenhet kan også skape avstand. Når man har blottlagt sitt mest sårbare, hvor skal man da leve sitt privatliv? Hva om historien endrer seg, hvilket den ofte gjør etter som man blir eldre? Hvordan skal man få korrigert den historien om livet sitt som er festet til et fjernsynsoptak? Det vil jo ikke bli slettet. Paradoksalt nok krever det å eksponere psykiske vansker at man har et fotfeste. Å dele historien sin gir riktignok andre mulighet til å kjenne seg igjen, men det krever styrke å vise frem sine svakeste sider. Kan unge mennesker forventes å foreta en slik evaluering av egne styrker og sårbarheter? Forskning har vist at offentlig eksponering kan virke kompliserende på prosesser knyttet til personlige minner, identitet og selvforståelse. Backstage-rommet er avgjørende for at vi skal kunne slappe av og ha det bra med oss selv. Dersom vi viser frem det private til alle, opp-



hører det å fungere som avslapningsrom. Jeg avsluttet derfor mitt debattinnlegg den gangen med at fremtiden ville vise hvor godt disse unge menneskene ville tåle dette eksperimentet.

Svarene fra programskaperne og Peder Kjøs (Kjøs, 2018), den innleide psykologen, inviterte ikke til videre debatt i 2018. Snarere ble mine påpekninger om utfordringer knyttet til den nye åpenheten tatt til inntekt for at jeg mente at taushetens tid var bedre enn åpenhetens. Underforstått, hvordan er det mulig å være psykolog og være mot åpenhet? Gjennom forskning og formidling har jeg forsøkt å bygge ned fordommer knyttet til alvorlig psykose. Det opplevdes derfor underlig å bli tatt til inntekt for opprettholdelse av stigmatiserende holdninger til psykisk sykdom fordi jeg ytret faglig forankrede betenkeligheter mot å åpne terapirommet for TV-kameraene og eksponere sårbare ungdommer.

Det er avgjørende for tilliten til vår profesjon at diskusjonen om utviklingen av de fagetiske prinsipper til stadighet foregår. Selv om de sentrale grunnverdiene i fagetikken er relativt uforanderlige, har hver tid sine spesifikke utfordringer. Jeg rettet derfor en henvendelse til Fagetisk råd (FER), der jeg argumenterte for en revisjon

av den fagetiske teksten slik at den fanget opp de mer tidsspesifikke utfordringer psykologprofesjonen og faget står overfor. Slik retningslinjene er utformet, har man stor tillit til at hver enkelt psykolog baserer sine valg på sine individuelle verdier og egen dømmekraft. Premisset er at alle har god dømmekraft. Øvreeide peker på at det kan være problematisk at de fagetiske prinsippene forutsetter lojalitet fra den enkelte, og at de er en veiledningstekst til fri benyttelse.

FER svarte at «... rådet vil arbeide videre med å utarbeide informasjonsmaterieell med råd og veiledning til hvordan de fagetiske prinsippene kan komme til anvendelse blant annet ved oppreden i media» (brev datert 14.06.19). Ellers ble jeg oppfordret til å dele mine betraktninger med resten av foreningens medlemmer gjennom innlegg i tidsskriftet, som ledd i kollegiale drøftinger og debatt.

HØY PRIS

Lite har skjedd siden henvendelsen. Nå har imidlertid saken fått ny aktualitet ved at det er gjort en vitenskapelig undersøkelse der 11 av de 16 deltakerne i programmet har blitt dybde-

”

Det er ikke uten omkostninger å være åpen om alt



Jeg rettet derfor en henvendelse til Fagetisk råd (FER), der jeg argumenterte for en revisjon av den fagetiske teksten

intervjuet (Thorbjørnsrud & Lånkan, 2022). Selv om de fleste er positive til selve deltakelsen, er det svært alvorlig at noen også har opplevd selvskading, spiseforstyrrelser, angst, sosial isolering, selvmordstanker og redusert tillit til andre. Dette er en høy pris å betale for å delta i et TV-program der innsalgsargumentene var at åpenhet ville hjelpe de unge med deres psykiske vansker og bidra til normalisering av psykiske helseutfordringer i samfunnet. I artikkelen kommer det frem at ungdommens tillit til psykologen i programmet smittet over på produsentene. Det ble derfor svært vanskelig for deltakerne å forstå at psykologen ikke sto opp for dem da de ønsket større kontroll og påvirkning på hvordan de ble fremstilt. De følte seg sviktet og reagerte med frustrasjon og ubehag.

Et annet aspekt ved premissene for deltakelse i programmet har ikke vært særlig diskutert: Etter at programskaperne sørget for å etablere et tillitsfullt forhold gjennom bruk av psykolog, ble deltakerne instruert om å bruke video som dagbok og filme livet sitt mellom terapisesjonene. Psykologen så imidlertid ikke på innholdet i videodagbøkene og deltok ikke i redigeringen. Det gjør et sterkt inntrykk å lese hvordan deltakerne ble frarådet å se på sine videodagbøker før de ble overlevert til produsentene. De skulle ikke bli fristet til å redigere eller kutte ut noe. Spesielt viktig var det å filme seg selv når de opplevde sterke emosjonelle reaksjoner og ved sammenbrudd. «... Yes, because they wanted the raw feelings (...) like ‘film when you are having an anxiety attack’: stuff like that» (s. 10).

En annen forteller at produsentene syntes det var greit at hun filmet seg selv mens hun tok en overdose av piller. Hennes opptak av eget suicidforsøk ville imidlertid produsenten ikke vise på TV fordi det kunne inspirere andre. Begrunnelsen for å vise episoden med overdose var fordi produsenten vurderte det som selvskading og ikke som et forsøk på suicid. Press til å eksponere tredjeperson og at produsentene ønsket en annen historie enn personen var komfortabel med å fortelle, blir også rapportert.

Deltakerne satt igjen med følelsen av manglende kontroll over egen historie, fremmedgjørende presentasjon av seg selv og skyldfølelse over å utlevere tredjepersoner, som nære pårørende. Forskernes konklusjon er at produksjonen ikke lyktes i å balansere mellom omsorg og beskyttelse av deltakerne og strategiske produksjonsinteresser. «... How rules were established and boundaries drawn did however not allow those most vulnerable a vulnerability caused by different combinations of young age, traumatic backgrounds or severe mental challenges, to reach through and get heard with their feelings of self-determination and self-worth intact» (s. 15).

NEGATIVE OPPLEVELSER

I et nylig intervju med Psykisk helse uttaler Peder Kjøs at det er trist å høre om de deltakerne som har hatt negative opplevelser. Det jeg synes er trist, er at han heller ikke nå synes å forstå at han har oversett store fagetiske dilemma ved å delta i serien i utgangspunktet. Som psykolog forventes det at man identifiserer fagetiske dilemmaer i forkant. Det er nå dokumentert at fordelene ikke oppveide ulempene ved å delta. Anger, økt stress og tilbakevending av opprinnelige vansker ble konsekvensene.

Det gjør vondt å lese om deltakere som følte at deres videodagbøker ikke var «gode nok», og at de ikke levde opp til produsentenes forventninger om full åpenhet. Men ifølge Kjøs ville et deltakerombud ivarett deltakernes interesser. Her gjør han det svært enkelt for seg selv. Gjennom sine ansvarsfraskrivende uttalelser der han understreker at deltakerne deltok frivillig, og deres sterke motivasjon for å være med i programmet, fremstår han som lite faglig reflektert. I et forskningsprosjekt ville dette ikke ha blitt godkjent uten at prosjektleder nøye hadde redegjort for hvordan deltakernes sikkerhet skulle ivaretas, at man kunne trekke seg når man ønsket, og hvem som til syvende og sist har det faglige ansvaret. Kravene i klinisk praksis kan ikke være lavere.

Programmer som eksponerer mennesker i særlig sårbare faser og situasjoner, og som legitimeres av å ha med fagpersoner på laget, er ikke sprunget ut fra et reelt og dokumentert behov i samfunnet. I stedet er de laget på bakgrunn av programskapernes ønsker og intensjoner og forsøkt legitimert i etterkant. De etiske retningslinjene påpeker at yrkesutøvelse i størst mulig grad skal være i tråd med empirisk forskning og anerkjente metoder. Kjøs kunne derfor ha avslått å delta i prosjektet fordi terapien ble eksperimentell grunnet formatet og derfor lite forenlig med prinsippene om evi-

densbasert praksis. Noen vil sikkert fastholde at denne produksjonen var nyskapende TV, at psykologen var modig og bidro til å avmystifisere terapi og bryte ned tabuer i samfunnet. Programserien ble jo også belønnet med to priser: En fra Norsk psykologforening, en annen fra Rådet for psykisk helse. Antallet deltakere som rapporterer skadelige virkninger, er imidlertid høyere enn det man kan forvente ved regulær terapi. Det er alvorlig. Jeg forventer derfor at Norsk psykologforening og FER på en helt annen måte enn ved min forrige henvendelse tar på alvor de store fagetiske dilemmaer som reises ved at psykologer tilpasser seg kravene fra den kommersialiserte åpenheten. Det er på høy tid å revidere de fagetiske retningslinjene. Psykologforeningen må mene noe om hvordan psykologers kompetanse skal brukes til beste for klienter og samfunnet. Vi må også diskutere om tiden er inne for en større faglig selvregulering, i motsetning til «giving psychology away», som i stor grad har preget vår forvaltning av faget frem til nå. ❌

I tråd med Vær varsom-plakatens punkt 4.14. har psykolog Peder Kjøs fått anledning til samtidig imøtegåelse av kritikken som fremkommer i Anne-Kari Torgalsbøens bidrag i månedens utgave av Etikspanelet «Jeg mot meg»: Hvor ble fagetikken av? Les svaret til Kjøs på side 404–405.

REFERANSER

Torgalsbøen, AK. (2018, 19. september). «Jeg mot meg» og åpenhetens pris. *Aftenposten*. <https://www.aftenposten.no/meninger/kronikk/i/4deVLE/jeg-mot-meg-og-aapenhetens-pris-anne-kari-torgalsboeen>

Øvreeide, H. (2013). *Fagetikk i psykologisk arbeid*. Cappelen Damm Akademisk.

Kjøs, P. (2018, 4. oktober) «Jeg mot meg»: Mitt håp er at ungdommer skal slippe å føle seg underlige og uforståelige. *Aftenposten*. <https://www.aftenposten.no/meninger/debatt/i/A2wAwz/jeg-mot-meg-mitt-haap-er-at-ungdommer-skal-slippe-aa-foele-seg-underli>

Thorbjørnsrud, K. & Blehr Lånkan, K. (2022). «Someone should have looked after us»: the boundary work of mental health disclosure on TV. *Media, Culture & Society*.

Under endring

TIDSSKRIFT for Norsk psykologforening har gjennomgått en krevende omstillingsprosess det siste halvåret. På landsmøtet i 2019 vedtok eierne, Norsk psykologforening, en ny formålsparagraf som presiserer at *De fagfellevurderte vitenskapelige artiklene skal utgjøre ryggraden i Psykologtidsskriftet*. Denne endrete bestillingen fra eierne gjorde det nødvendig å gjennomføre tiltak som har omfattet endringer i roller og oppgaver i redaksjonen. Noen har gitt uttrykk for bekymring for hvilke endringer som er planlagt for Psykologtidsskriftet, og jeg vil derfor redegjøre for planene videre.

FORTSATT PAPIRUTGAVE

Psykologtidsskriftet har som målsetting i kommende periode å utvikle nettsidene og gjøre publisert fagstoff mer tilgjengelig her for derigjennom å oppnå indeksering. Målet om indeksering er knyttet til et mål om økt vitenskapelig publisering, men det er ikke knyttet til en ambisjon om å gjøre Psykologtidsskriftet til et rent vitenskapelig tidsskrift. Slike ambisjoner har vi ikke.

Psykologtidsskriftet.no trenger å være en ressurs spesifikt rettet inn mot psykologers behov for informasjon, til deres praktiske profesjonsutøvelse og behov for oppdatering. Uavhengig av om du er student, psykolog under spesialisering eller forsker, vil du ønske å ha muligheten til å søke frem fagstoff som er relevant for temaet du interesserer deg for. Som forfatter vil du ønske at dine artikler blir funnet av andre fagpersoner som er interessert i

temaet du har skrevet om, og at artikkelen du har publisert hos oss, får en lang levetid blant psykologer i Norge.

Nødvendig utviklingsarbeid for nettsidene vil ikke virke inn på utgivelse av papirutgaven, men vil gjøre det nødvendig å redesigne vår grafiske utforming. Behov for indeksering og korrekt referanseføring samt overensstemmelse med standarder for universell utforming er blant punktene som skal svares ut i ny grafisk stil.

Psykologtidsskriftet vil i kommende periode innføre manuskriptsentral (programvare for digitalt mottak og redaksjonell oppfølging av manuskript). Målet med dette er flerfoldig, men blant annet vil forfattere kunne få bedre oversikt over den redaksjonelle behandlingen av sine tekster. Redaksjonen skal videre endre sin publiseringsflyt. Vi vil i fremtiden publisere redaksjonelt klargjorte saker og artikler fortløpende på nett, en annerledes praksis enn i dag, hvor vi publiserer først i papirutgaven. I tillegg til at denne endringen i publiseringsflyt vil gi oss en effektiviseringsgevinst, vil det gi redaksjonen mulighet til å kuratere papirutgavene i større grad.

IKKE ENGELSKSPÅKLIG

Vår målgruppe er norske psykologer, og det foreligger ingen planer om å utgi Psykologtidsskriftet på andre språk enn norsk. Tvert imot skal Psykologtidsskriftet ta et aktivt ansvar i vedlikeholdet og videreutviklingen av norsk fagterminologi.

Papirutgaven vil fortsatt komme ut på norsk, men vi vil gjøre det mulig for forfattere å sam- publisere engelsk oversettelse av sin norske originalartikkel. Den engelske oversettelsen vil da bli publisert sammen med den norske originalartikkelen på våre nettsider.

Tidsskrift for Norsk psykologforening skal fortsatt komme ut på norsk.

DEBATTARENA FOR PSYKOLOGER

«Meninger» inneholder noe av det viktigste redaksjonelle stoffet vi publiserer.

Mye av arbeidet som ligger bak Meninger, merkes først og fremst når innlegg engasjerer og motiverer flere til å ytre seg, temaet bringes inn i det offentlige ordskiftet og når ytringene blir lest av mange.

Vi erfarer at innlegg i Meninger-spalten har en betydningsfull påvirkning utenfor vår egen stand, og har i nyere tid sett gode eksempler på dette. Siv Hilde Berg opplevde stor respons både i og utenfor psykologenes reker på desember-kronikken «Det er ikke farlig å ha vondt» (Berg, 2021). Nå senest i april ble Gro Vatne Brean invitert til Dagsnytt 18 etter at hun sammen med flere andre hadde forfattet Meninger-innlegget «Nødvendig tilbaketog om tredeling» om delingen av foreldrepermisjonen (Lund-Høie et al., 2022).

Tidsskrift for Norsk psykologforening skal også i fortsettelsen dedikere oss til å være en levende og vital debattarena for psykologer.

FORTSATT JOURNALISTIKK

For at Psykologtidsskriftet skal kunne svare ut den nye formålsparagrafen, er det nødvendig å utvikle nettsidene slik at disse fungerer i de sammenhenger som er nødvendig for seriøs, akademisk publisering (er indeksert, artikler gjort søkbare og nedlastbare, godkjent referansestil, osv.). Konsekvensen av dette utviklingsbehovet er blant annet at det er mindre rom for publisering av journalistisk stoff på nettsidene. Tidligere har det blitt jevnlig publisert journalistiske saker på Psykologtidsskriftet.no som ikke er kommet på trykk i papirutgaven. Denne delen av redaksjonens virksomhet er nå vesentlig redusert. Psykologtidsskriftet vil fortsatt lage journalistiske saker, med prioritering av langsom journalistikk og rom for research. Vårt mål er videre å dekke saker fra andre steder enn Oslo og dessuten trekke inn saker fra det internasjonale fagmiljøet. Vektleggingen

vil bli mindre på løpende aktualitetssaker, og det vil ikke bli publisert journalistsak i hver papirutgave.

IKKE ET RENT VITENSKAPELIG TIDSSKRIFT

I formålsparagrafen for Psykologtidsskriftet presiseres det at vi skal publisere i en bredde av sjangere, og dette skal vi fortsette med. Det vil ikke bli aktuelt å trykke mer enn et par vitenskapelige artikler i hver papirutgave, mens vi kommer ikke til å ha noen øvre grense for vitenskapelige publiseringer digitalt.

Tidsskrift for Norsk psykologforening skal ikke bli et rent vitenskapelig tidsskrift.

VEIEN VIDERE

Oppsummert er ambisjonen for Tidsskrift for Norsk psykologforening å fortsatt være en vitenskapelig utgiver og å øke vår akademiske publiseringsproduksjon. Vi vil legge til rette for engelsk sampublisering av norske originalartikler på nettsidene, men papirutgaven vil fortsatt være norskspråklig og utkomme månedlig. I tillegg til vitenskapelige artikler vil tidsskriftet inneholde fagessay, debattinnlegg og bokanmeldelser. Vår journalistiske innsats vil først og fremst være rettet mot vår primære målgruppe, som er psykologer. Alt vi publiserer, gjøres tilgjengelig for det allmenne publikum, og det er viktig for oss at vi også har gjennomslag inn i den offentlige diskurs og i allmennmedia.

Den første perioden vil prioriteringen imidlertid være å få lagt en grunnmur for videre akademisk publisering. Blant grunnsteinene vi trenger å legge, inngår å få Tidsskrift for Norsk psykologforening innmeldt i Committee on Publication Ethics (COPE), bli oppført som åpen tilgang-utgiver i Directory of Open Access Journals (DOAJ) og bli indeksert. For å oppnå dette trenger Tidsskrift for Norsk psykologforening et redaksjonsråd (editorial board) som svarer til de kravene som stilles av de ovennevnte instanser. Det er med stor glede vi presenterer Redaksjonsrådet for 2022–2024 på de neste sidene.

Jeg ser frem til det videre arbeidet.



Katharine Cecilia Williams,
sjefredaktør

REFERANSER

- Berg, S. H. (2021) «Det er ikke farlig å ha vondt». *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 58(12) s.1057–1059
- Lund-Høie, S., Nordeide, J.J., Henriksen, M.E., Espenes, R., Tønnessen, E., Gerhardsen, E. & Brean, G.V. (2022) Nødvendig tilbaketog om tredeling. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 59(3).



SIV HILDE BERG, cand.psychol., førsteamanuensis, Det helsevitenskapelige fakultet, Universitetet i Stavanger, RVTS-Vest, Haukeland universitetssykehus.

FORSKNINGSFELT pasientsikkerhet i mental helse, gransking og læring etter uønskede hendelser i helsetjenesten, selvmordsforebygging i sengepostsetting, pasienterfaringer og systemforbedringer, sikkerhetsteori, beslutningstaking under usikkerhet / naturalistisk beslutningstaking, implementeringsforskning og psykoterapi.



JOAR ØVERAAS HALVORSEN, førsteamanuensis, psykologspesialist, Institutt for psykologi, NTNU og St. Olavs hospital i Trondheim.

FORSKNINGSFELT kliniske studier, psykoterapiforskning, psykologisk behandling, posttraumatisk stresslidelse, helsekonsekvenser av tortur og andre menneskerettighetsbrudd, voldtekt og seksuelle overgrep.



HARALD BÆKKELUND, ph.d., forsker II, Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress, Oslo / Modum Bad - Forskningsinstituttet.

FORSKNINGSFELT posttraumatisk stress, kunnskapsbasert behandling, implementeringsforskning, klinisk forskning.



UTE GABRIEL, dr. phil. habil., professor i sosialpsykologi ved NTNU, Trondheim.

FORSKNINGSFELT sosialpsykologi og språk, kjønnsstereotyper, mellomgruppeholdninger.



ROGER HAGEN, ph.d., psykologspesialist, professor i klinisk psykologi ved Psykologisk institutt, Universitetet i Oslo, Institutt for psykologi, NTNU, Forskningsinstituttet ved Modum Bad.

FORSKNINGSFELT effekten av psykoterapi ved ulike psykiske lidelser / psykologiske problemer, anvendt personlighetspsykologi, faktorer som forårsaker og opprettholder psykiske lidelser.



SOLVEIG H. H. KJÚS, doktorgrad i romfysikk, medforsker ved NAPHA, Trondheim.

FORSKNINGSFELT medforsker, Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid, NTNU Samfunnsforskning, brukerrepresentant.



MARIANNE BERG HALVORSEN, psykologspesialist i klinisk nevropsykologi, ph.d., Universitetssykehuset Nord-Norge.

FORSKNINGSFELT autismespekterforstyrrelser, intellektuell funksjonsnedsettelse, kognitiv funksjon, nevrouviklingsforstyrrelser, psykisk helse, psykometri.



JUNE ULLEVOLDSÆTER LYSTAD, ph.d., psykolog, forsker, universitetslektor ved Oslo universitetssykehus, Klinikk psykisk helse og avhengighet, Forsknings- og innovasjonsavdelingen, Seksjon for behandlingsforskning, Seksjon for tidlig psykosebehandling, Universitetet i Oslo.

FORSKNINGSFELT psykose, kognitiv atferdsterapi, kognisjon / kognitiv rehabilitering, arbeid og psykisk helse, individuell jobbstøtte, VR-terapi (Virtual Reality-behandling), tidlig intervensjon ved psykose, psykisk helse blant veteraner / PTSD.



HELENE AMUNDSEN NISSEN-LIE, ph.d., professor i klinisk psykologi ved Psykologisk institutt, Universitetet i Oslo.

FORSKNINGSFELT klinisk psykologi og behandlingsforskning.



JENS THIMM, ph.d., førsteamanuensis, Senter for krisepsykologi, Det psykologiske fakultet, Universitetet i Bergen.

FORSKNINGSFELT sorg, traumer, personlighetsforstyrrelser, skjematapi, effektiviteten av psykologiske intervensjoner.



PIA BEATE PEDERSEN, driver podkastbyrået Tid og Lyst, som blant annet står bak podkasten Pia og psyken. Journalist, brukerrepresentant, Oslo.



PER-MAGNUS MOE THOMPSON, ph.d., cand.psychol., førsteamanuensis og spesialist i organisasjonspsykologi, Handelshøyskolen BI, Oslo.

FORSKNINGSFELT ledelse, leder-medarbeider-relasjonen, tilknytning i arbeidslivet, emosjoner i arbeidslivet.



ELISABETH SCHANCHE, professor, Institutt for klinisk psykologi, Det psykologiske fakultet, Universitetet i Bergen.

FORSKNINGSFELT mindfulness i klinisk arbeid, med vekt på forebygging av tilbakevendende depresjon. Virksomme prosesser i psykoterapi. Trening av terapeutiske ferdigheter hos psykologistudenter, selvkritikk og selvmedfølelse.



ESPEN WALDERHAUG, dr.psychol., ph.d., Avdeling rus- og avhengighetsbehandling, Oslo universitetssykehus.

FORSKNINGSFELT rusavhengighet, rusbehandling, impulsivitet, serotonin.



ERIK STÅNICKE, førsteamanuensis, Psykologisk institutt, Universitetet i Oslo.

FORSKNINGSFELT psykoterapiforskningen, teoretisk forskning og vitenskapsfilosofi.



DEBATT

Det er ikke fordi vi er autister, noen av oss trenger behandling

Vi forstår at EIBI-forkjemperne selv tror at metodikken de forfekter, er den beste, men forskning viser at det ikke stemmer.



TEKST Veslemøy Krey Stubberud, samfunnsviter og medlem i Nevromangfold Norge

AUTISME

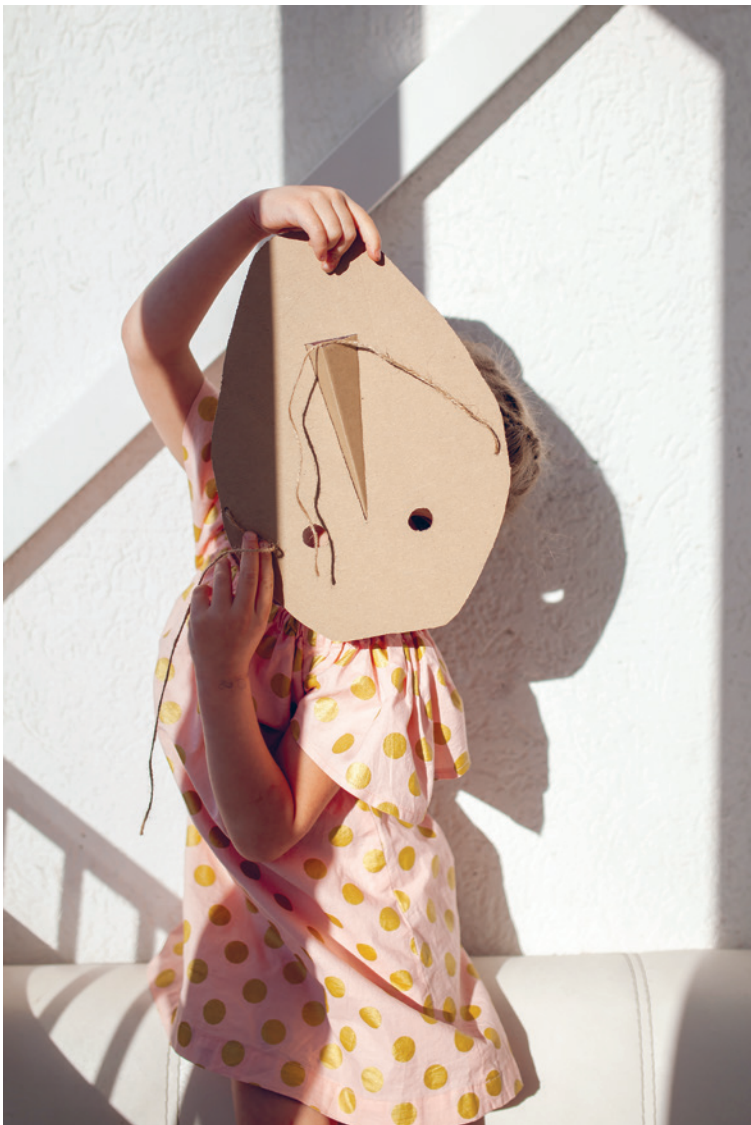
PSYKOLOGTIDSSKRIFTET PUBLISERTE DEN 28. mars 2022 et tilsvarende fra Svein Eikeseth på en debattartikkel jeg var med på å skrive som stod på trykk den 15. februar 2022 i Dagsavisen. I tilsvaret ser det ut til at Eikeseth frykter at nevro-mangfoldbevegelsens prinsipielle motstand mot EIBI kan resultere i at barn med autismespekterforstyrrelse (ASD) mister muligheten til et bedre liv. Eikeseth har i norsk kontekst vært en av de mer uttalte forkjemperne for ulike metoder innenfor anvendt atferdsanalyse (ABA). ABA for de yngste er det vi kaller EIBI. Han arbeider til vanlig ved Institutt for atferdsvitenskap. I møte med endring og utvikling er det helt normalt å føle på frykt og en indre motstand. Vi i nevro-mangfoldbevegelsen inviterer Eikeseth til å gå inn i dialog med oss om hvordan vi sammen kan utarbeide nye metoder der dette er nødvendig. Også om å endre tankesett i samfunnet generelt for å kunne nå målet om å bedre autisters liv, fremfor å stagnere i et felt som er grunnlagt i synet på at autister ikke er mennesker i psykologisk forstand.

Ved konverteringsterapi for skeive er ikke målet nødvendigvis å endre orientering eller

kjønnsidentitet, målet er å få disse menneskene til å fremstå som at disse følger de heteronormative idealene. Eikeseth forteller at han ikke forstår hvilke paralleller EIBI skulle ha til konverteringsterapi for skeive mennesker. Ole Ivar Løvaas var fagpersonen som førte til at EIBI fikk sitt gjennombrudd på 70-tallet. EIBI kalles også Løvaas-metoden. Løvaas deltok i et annet prosjekt på 90-tallet der man benyttet anvendt atferdsanalyse. Der var flere av tilnærmin-gene hentet fra Løvaas sitt arbeid innenfor utviklingen av EIBI, bare at denne terapiformen hadde som mål å fjerne problematisk feminitet hos gutter. Prosjektet ledet frem til det vi i dag kjenner som konverteringsterapi for skeive. Det fremstår for meg som oppsiktsvekkende dersom Eikeseth ikke visste om denne koblingen fra før.

«RIKTIG» ØYEKONTAKT

Eikeseth oppgir at EIBI har god empirisk støtte. Det er god empirisk støtte for at man ved hjelp av metodikken vil kunne gjøre autistiske trekk mindre fremtredende hos autister. Dette gjelder blant annet opplæring av «riktig» øye-



MASKERING Hvorfor i all verden skulle vi forsøke påtvinge dette ytterligere gjennom strukturert behandling når vi vet hvor skadelig maskering er for autister?, skriver artikkelforfatteren.
Foto: Shutterstock / NTB

kontakt, at man lærer å etterligne terapeuten sin i hvordan den utfører oppgaver, at man ikke utviser «forstyrrende atferd», og at man tolererer kroppskontakt i større grad. Den «forstyrrende atferden» kalles av autister for stimming. Forskning utført på dette området (Kapp et al., 2019) fant to fremtredende tema. Det ene handlet om at stimming kan brukes som et selvregulerende verktøy. Det andre temaet handlet om at deltakerne opplevde at det var lite godtatt av samfunnet, men at det kan bli akseptert gjennom at de rundt individet forsøker å forstå denne atferden. Studiens deltakere understreket også viktigheten av stimming som en adaptiv mekanisme for å dempe eller kommunisere sterke følelser, og i denne sammenheng at stimmingen ofte var utsatt for å bli eliminert gjennom behandling.

Hvordan denne opplæringen hjelper barnet, er for oss litt uklart. Hvordan vil det å etterligne andre, og ikke stole på egne grenser og instinkter, samt å ignorere behov man naturlig har, egentlig gjøre deg mer selvstendig? Rent rasjonelt vil dette som regel føre til det motsatte av selvstendighet, og at man i større grad blir avhengig av andres meninger og veiledning for å kunne fatte valg.

ASSIMILERINGSFORSØK

Autister trenger å bli trygget på at de er bra nok som de er, og å utvikle mest-
ringsstrategier for å kunne møte en verden som ikke er tilpasset dem, ikke



Hvordan vil det å etterligne andre, og ikke stole på egne grenser og instinkter (...) egentlig gjøre deg mer selvstendig?





Autister trenger å bli trygget på at de er bra nok som de er

opplæring i å kunne fremstå som dem verden var tilpasset for. Autister er i utgangspunktet sårbare for å begynne å maskere sine autistiske trekk for å kunne passe bedre inn. Hvorfor i all verden skulle vi forsøke å påtvinge dette ytterligere gjennom strukturert «behandling» når vi vet hvor skadelig maskering er for autister? En metodikk der man utsetter et barn for opp mot 40 timers intensiv konverteringsterapi hver uke i perioden der barnet egentlig skal bruke tiden på å finne ut hvem de er, og utvikle seg i tråd med den de er, bør få de fleste som er oppdatert på utviklingspsykologi, til å heve både ett og to øyenbryn, og stille spørsmål rundt hvorfor dette blir ansett som forsvarlig. I tillegg kan man stille spørsmål ved hvordan dette påvirker målene og drømmene individet sitter igjen med etter fire år med dette regimet når man er i alderen 2 til 6 år. Man kan også se mot andre minoriteter og hva vi tenker som storsamfunn om barn i ulike marginaliserte deler av befolkningen som ble behandlet på lignende måter i ulike assimileringforsøk i de mørkere delene av fortiden vår.

EIBI-forkjemperne har ikke hatt påfallende stor interesse for å forske på livskvalitet for dem som har blitt utsatt for metodikken, eller hvordan dette har påvirket deres selvbilde eller verdenssyn. Uavhengige studier i nyere tid har vist at halvparten av dem som utsettes for EIBI, utvikler PTSD (Kupferstein, 2018), og at mange autister ser på det som ødeleggende å bli utsatt for metodikken (McGill & Robinson, 2020). Det ble publisert en undersøkelse i 2022 der holdninger og erfaringer til 11 212 mennesker, hvorav 7491 autister, ble kartlagt (Bonnello, 2022). 87.21 prosent av de spurte autistene er enten sterkt imot eller imot at autistiske barn skal utsettes for ABA. 59.97 prosent av allistiske (ikke-autistiske) fagpersoner er sterkt imot eller imot ABA-metodikk. Et rungende flertall av ABA-utøvere var, naturlig nok, for at praksisen skal fortsette. For autister som har mottatt ABA, inkludert «ny ABA», er 71.66 prosent sterkt imot eller imot at metodikken skal benyttes, 10.33 prosent er verken for eller imot. Av allistiske foresatte med barn som er utsatt for ABA, er 34.73 prosent sterkt imot eller imot metodikken, og 20.10 prosent er verken for eller imot metodikkene. Det undersøkelsen viser, er at det i hovedsak er allistiske ABA-utøvere og foresatte som er positivt innstilt til ABA, mens de det gjelder, er imot å bli utsatt for dette.

ALTERNATIVE TILNÆRMINGER

Retten til effektiv behandling er, som Eikeseth oppgir, forankret i Barnekonvensjonen. At EIBI er en intensiv behandling, gjør den ikke automatisk til en effektiv behandling, det gjør den bare mer invaderende og altoppslukende enn andre tilnærminger. At resultatene i hovedsak måles ut fra hvor fornøyde foreldrene til den som er utsatt for metodikken, er, og hvor lite autistiske barna fremstår, gjør det hele desto mer betenkelig. Dersom et autistisk barn eksempelvis har behov for behandling i forbindelse med språkutvikling, har vi svært dyktige logopeder over hele landet som kan hjelpe dem med dette, de trenger heller ikke godbiter for å få til progresjon. Det fins også tilnærminger som for eksempel ASK (Alternativ og supplerende kommunikasjon) for autister som ikke har munnspråk. Nyere studier viser også at barn med språklig regresjon i tidlig barndom har samme kommunikasjonsnivå som andre autistiske barn uten språklig regresjon når de når tiårsalder (Pickles et al., 2022). Blant annet musikkterapi har vist seg å gi god effekt for mange autister som sliter med sosialt samspill, og i arbeidet med å kunne identifisere følelser og regulere disse. Tilrettelegging ved ulike sensoriske utfordringer har også vist seg

DEBATT OM AUTISME

Tidligere innlegg:

Nr. 04 - 2022 Bør autisme egentlig behandles (Svein Eikeseth)

å føre til bedre fungering for mange autister. Man vet også at eksempelvis EMDR-behandling kan fungere svært godt ved ulike psykiske tillegg utfordringer autister kan utvikle. Opp-læring i ulike verktøy for å kunne regulere seg selv har også vist seg å ha god effekt, uten at det benyttes verken forsterkning eller subtile former for straff som man gjør innenfor nyere versjoner av EIBI.

UTVIKLER PTSD

Vi har altså allerede andre tilnærminger som både er mindre invaderende for barnet det gjelder, og med bedre resultater. Disse blir forsøkt ignorert og skvist ut til fordel for EIBI av svært uklare årsaker, blant annet i NOU 2020: 1. Det er også verdt å merke seg at autister ikke var invitert til eller representert i utvalget som utarbeidet denne NOU-en. EIBI er på ingen måte den eneste metoden for å hjelpe autistiske barn, men de andre metodene krever at man ser nærmere på hva det enkelte barnet faktisk trenger, ut fra en konkret og individuell vurdering, ikke en «one size fits all»-tilnærming som EIBI bærer preg av. At mange autister utvikler PTSD av å bli utsatt for EIBI og ABA generelt, taler sterkt for at behandlingsformen oppleves som et overgrep av oss som utsettes for det.

Vi har imidlertid full forståelse for at det er gode intensjoner som ligger i bunn for å tilby

EIBI. Vi forstår også at mange foresatte kan kjenne på en maktesløshet når de finner ut at barnet deres er annerledes. Selvfølgelig vil man det beste for sitt barn, og man ønsker at barnet sitt skal få det beste livet det kan med sine forutsetninger. Men EIBI er ikke veien å gå for å oppnå dette målet. Vi forstår også at EIBI-forkjemperne selv tror at metodikken de forfekter, er den beste, og for mange det eneste alternativet, men forskning har vist at dette ikke stemmer.

En del av arbeidet for å oppnå sosial aksept av nevrodiversitet i den menneskelige arten er å oppnå forståelse for at vi ikke trenger behandling i kraft av at vi er annerledes, men noen av oss kan trenge hjelp på grunn av tillegg utfordringer vi har. Vi er ikke «personer med ASD» eller «barn med autismspekterforstyrrelser» – vi er autister, vi er stolte av å være autister, og vi velger å tro at det kan være rom for oss, som vi er. Vi arbeider for at dagens og fremtidens autistiske barn ikke skal trenge å vokse opp i et samfunn som for mange av oss har vært vanskeligere å manøvrere enn det hadde trent å være. Vi ønsker et samfunn der det å være annerledes er noe man feirer, ikke noe man søker å endre for å passe inn i en A4-ramme de færreste egentlig setter pris på at vi har konstruert i utgangspunktet. Ta kontakt, Eikeseth, vi venter på deg. ✕

LITTERATURLISTE

- Bonnello, C. (2022). *The Autistic Not Weird Autism Survey*. https://autisticnotweird.com/autismsurvey/?fbclid=IwAR2lMMkdOF7nCW-NbMqWRrDNKdEzTR8o4_veCSpxDhQL7Xy3YUM9wrOtJUY#aba
- Kapp, S. K., Steward, R., Crane, L., Elliott, D., Elphick, C., Pellicano, E. & Russel, G. (2019). 'People should be allowed to do what they like': Autistic adults' views and experiences of stimming. *Autism*, 23(7), 1782–1792. <https://journals.sagepub.com/doi/full/10.1177/1362361319829628>
- Kupferstein, H. (2018). *Evidence of increased PTSD symptoms in autistics exposed to applied behavior analysis*. https://www.academia.edu/35842784/Evidence_of_increased_PTSO_symptoms_in_autistics_exposed_to_applied_behavior_analysis
- McGill, O. & Robinson, A. (2020). 'Recalling hidden harms': autistic experiences of childhood applied behavioural analysis (ABA). *Advances in Autism*, 7(4), 269–282. <https://strathprints.strath.ac.uk/73753/>
- Pickles, A., Wright N., Bedford, R., Steiman, M., Duku, E., Bennett, T., Georgiades S., Kerns, C. M., Mirenda, P., Smith, I-M., Ungar, W. J., Vaillancourt, T., Waddell, C., Zaidman-Zait, A., Zwaigenbaum, L., Szatmari, P. & Elsabbagh, M. (2022). Predictors of language regression and its association with subsequent communication development in children with autism. *The Journal of Child Psychology and Psychiatry*. <https://acamh.onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/jcpp.13565>



John Thorne 20 22

Vi har knapt begynt, men har behov for å rope varsko

Vi er unge, vi er kommende psykologer, og vi har en oppfordring til helseminister Ingvild Kjerkol.

VI ER EN gruppe snart ferdigutdannede psykologer som kjenner oss etisk forpliktet til å ytre vår dype bekymring for det vi mener er uforvarsrlige rammebetingelser for vårt fremtidige yrke. Vi er urolige for at vi som kommende psykologer står i fare for å ikke kunne utøve vår profesjon i tråd med vårt samfunnsoppdrag, helsepersonelloven, de fagetiske retningslinjer og prinsipperklæringen om evidensbasert kunnskap. Som del av den fremtidige bærebjelken i offentlig psykisk helsevern er det foruroligende å få erfaring og innsikt i hva som venter oss der ute. Det offentlige har brukt betydelige summer på å utdanne oss. Da er det opprørende at rammebetingelsene i offentlig psykisk helsevern ikke lar oss drive den behandlingen vi er utdannet i, og som vi vet virker.

Da vi delte våre praksiserfaringer fra ulike behandlingssteder i Oslo, Bergen, Tromsø og Trondheim fant vi ut at vi satt igjen med mange av de samme erfaringene – pasientene får mangelfull og uregelmessig behandling fordi behandlere har altfor mange pasienter samtidig. Flere studenter beskrev en forventning til behandlere om å tenke utskrivning fra start, få ut to pasienter per uke og to nye pasienter inn per uke. I flere poliklinikker møtte vi behandlere med over 50 pasienter som i tillegg fikk tildelt minst én ny pasient hver uke. Flere av oss har observert at de behandlerne som argumenterer for lengre behandling med egne pasienter,

må ta konsekvensen av en enda lengre pasientliste ettersom stadig nye pasienter skal fordeles. Pasienter er dermed fullstendig prisgitt å ha en behandler som har krefter til å kjempe for å kunne tilby lengre og/eller hyppigere behandling. Det er skummelt å tenke på at det skal være opp til oss eller vår leder å måtte orke å forsvare et lengre terapiforløp der konsekvensene er lengre pasientlister, mer arbeid, utbrenthet og sykemeldinger. Det kommer verken pasienten, behandler, klinikken eller samfunnet i sin helhet til gode.

PASIENTENE KOMMER TILBAKE

Slik psykologer i offentlig psykisk helsevern «tvinges» til å behandle i dag, kan sammenliknes med at en lege behandler en infeksjon med antibiotika tatt sporadisk og avsluttet halvveis i kuren. Kanskje føler pasienten seg litt bedre der og da, men infeksjonen er der fortsatt og vil kunne blusse opp igjen. Pasienten blir da nødt til å komme tilbake og begynne på en ny antibiotikabehandling som kanskje blir mer langvarig og ressurskrevende. Slik blir det også i psykisk helsevern, hvor man ser en økning av såkalte «svingdørspasienter» som får behandling som gir noe effekt, men raskt kommer tilbake igjen – kanskje med større psykiske vansker enn ved første kontakt med hjelpeapparatet. Når ni av ti pasienter ved poliklinikker henvises på nytt (Kulbotten, 2013), skjønner



TEKST Jenny B. Nordland¹, Ebba Andersen Stensvold¹, Emilie Smith-Meyer Kildal¹, Andreas Larsen¹, Lina Filippa Mallaug¹, Stefan Hjort¹, Kaja Fiksdal Riiser¹, Markus W. M. Bergaust¹, Paula Tunstad¹, Radostina Ivanova¹, Kristin Skjærseth², Frida Marie Grimnes Røvik², Gjermund Haakestad³, Isak Elling August Støver³, Guro Holte Igesund⁴ og Silje Wiik Sæter⁴

¹UiO, ²UiB, ³UiT, ⁴NTNU

ILLUSTRASJON

Hilde Thomsen

RAMMEVILKÅR



man at de retningslinjene og reformene som ligger til grunn for arbeidet som gjøres i norsk offentlig psykisk helsevern, ikke har fungert. Nyere behandlingsforskning har gode generelle estimater på hvor mye terapi man trenger for klinisk meningsfull endring: 50 % kan forventes bedring etter 20 timer, og etter 50 timer vil 75 % ha oppnådd tilsvarende bedring (Lambert, 2013). Slik behandling er kostbar i et her-og-nå-perspektiv, men i et større samfunnsøkonomisk langtidsperspektiv må det da være langt mer kostnadseffektivt?

I Riksrevisjonens gjennomgang av norsk psykisk helsevern fra 2021 ble det konkludert med at kritikknivået er alvorlig. Det kom også fram at få ledere i BUP og DPS opplever at de måles på om behandlingen som gis, faktisk er virkningsfull. Hovedfokuset er på ventelister, fristbrudd og inntjeningskrav. Dette setter lederne i et umulig dilemma der de enten står i fare for å presse sine ansatte ut i sykefravær, eller må motsette seg kravene fra helseforetakene, noe som kan føre til mindre penger til poliklinikken. Vi har møtt både nyutdannede og erfarne psykologer som er blitt sykmeldte på grunn av høyt arbeidspress. Dette fører igjen til at behandlingen blir kortvarig, eller at den terapeutiske relasjonen med pasienten brytes når behandler må byttes.

UHOLDBARE RAMMEBETINGELSER

Som studenter og kommende psykologer opplever realiteten både uoverkommelig og skremmende. Vi kjenner på en reell bekymring for at rammebetingelsene ikke gjør det mulig for oss å drive faglig og etisk forsvarlig behandling. Som helsepersonell er vi underlagt helsepersonelloven og er dermed pliktige til å drive en faglig forsvarlig behandling. Kravet om faglig forsvarlighet er en *minstestandard*. Minstestandarden er den standarden som minimum kan aksepteres uten at man begår et lovbrudd, det beskytter pasienten mot behandling som er skadelig eller *uten virkning* (Myklebust & Zimmermann, 2015).

Vi mener det gis mye god behandling, men opplever at rammebetingelsene i dag også medfører at mye behandling nettopp er uten virkning. Kanskje er vi idealister som er nødt til å forholde oss til virkeligheten der ute, allikevel er det et tankekors at vi i løpet av 6 år er blitt opplært i metoder og behandlingsformer som i vesentlige deler av det psykiske helsevesenet ikke lar seg gjennomføre i praksis. I tillegg til

helsepersonelloven skal psykologer forholde seg til prinsipperklæringen om evidensbasert praksis og de etiske prinsippene for nordiske psykologer. De etiske prinsippene er bindende for alle medlemmer av de nordiske psykologforeningene. Der står det blant annet at: «Psykologen er oppmerksom på hvordan samfunnsmessige og arbeidsmessige betingelser kan fremme eller hemme hensiktsmessig bruk av hans/hennes kompetanse og metoder» (Psykologforeningen, 2007). Vi er bekymret for at de arbeidsmessige betingelsene ikke fremmer hensiktsmessig behandling, men heller synes å hemme hensiktsmessig behandling gjennom for store opphold mellom hver behandlingstid og korte terapiforløp.

Hvordan skal vi som kommende psykologer kunne drive både etisk, men også lovbestemt faglig forsvarlig terapi i et offentlig helsevern som ikke ser ut til å legge til rette for rammer som gjør dette mulig?

KLASSEDELT PSYKISK HELSEVERN

I et intervju med Klassekampen 22. november 2021 forteller leder i Norsk Psykologforening, Håkon Kongsrud Skard, at en økende andel medlemmer jobber helprivat. Dette gjenspeiler seg i statistikken der man ser en tredobling blant de yngste psykologene som starter i privatpraksis (Okkenhaug, 2021). De som begynner i privat praksis, gjør det svært ofte for å kunne gi et behandlingstilbud de kan stå inne for (Eidsvik, 2021). Vi er bekymret for at denne utviklingen vil føre til et mer klassedelt psykisk helsevern. Det er et tankekors at fellesskapet har enorme utgifter til psykologutdannelsen, men at måten det offentlige psykiske helsevernet drives på, presser psykologer ut i det private. En vesentlig grunn til dette er de urimelige arbeidsforholdene i det offentlige, der psykologer har så mange pasienter at de ikke er i stand til å utføre arbeidet man er utdannet og pliktig til å gjøre. Istedenfor å utvikle seg i det offentlige lekker det viktig kompetanse til det private. Og de med lite penger og ressurser, som vi vet er de med høyest opphopning av psykiske lidelser og derfor har størst behov for behandling, blir sittende igjen med et potensielt dårligere tilbud der man får for sjelden eller ikke nok behandling. Dette fører som sagt til en svært høy rehenvisningsrate, noe som koster samfunnet enda mer enn om man hadde hatt tid til å drive virksom behandling i utgangspunktet.

For mange psykologstudenter fører kunnskapen om dette til at man blir urolig og bekymret, og begynner allerede før fullført utdanning å orientere seg mot å unngå jobber i det offentlige. Vissheten om at man kanskje ikke får gjort et forsvarlig arbeid, gjør at mange velger det private, noe som i realiteten gjør situasjonen i det offentlige enda verre.

BESLUTNINGSTAKERNE MÅ LYTTE

Vi er framtidige psykologer som ikke ønsker et klassesdelt helsevesen. Vi ønsker at det offentlige psykiske helsevernet skal gi oss mulighet til å tilby virkningsfull behandling som vi kan stå inne for. Da er det skremmende å kjenne på at dette kanskje betyr at vi vil ende opp utbrent og resignert, og at vi vil bli nødt til å slutte i jobben for å ikke stagnere faglig og slite oss ut. Flere av våre medstudenter forteller at de vurderer å gå til det private, og at de bekymrer seg for den fremtiden de selv skal ut i.

Hva slags arbeidssituasjon skal vi ha hvis ikke kan få gjort en ordentlig jobb? Det blir avgjørende at beslutningstakere som vedtar hvor mye midler som skal brukes på psykisk helsevern, faktisk lytter til dem som jobber med pasientene. Offentlig psykisk helsevesen må bli et sted der man kan drive med den terapien som er mest virkningsfull, ikke bare den som er raskest eller sparer mest ressurser. Vår oppfordring til den nye regjeringen, særlig helseminister Ingvild Kjerkol, er å iverksette sine valgløfter om å øke bevilgningen til offentlig psykisk helsevern i Norge. Vi ber om nytenkning og en revurdering av gamle dogmer. Flere psykologer har allerede uttrykt bekymring for stor pågang, høy belastning og lite ressurser. Nå er det vi framtidige psykologer som hever stemmen. Vil helsemyndighetene lytte? ✕



Flere studenter beskrev en forventning til behandlere om å tenke utskrivning fra start

REFERANSER:

- Kulbotten, G. R. (2013). *Effekt av langvarig psykodynamisk terapi*. Tidsskrift for Norsk psykologforening. <https://psykologtidsskriftet.no/fra-praksis/2013/03/effekt-av-langvarig-psykodynamisk-terapi>
- Lambert, M. J. (2013a). The efficacy and effectiveness of psychotherapy. I M. J. Lambert (Red.), Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change (Vol. 6. utg, s. 169–218). New York: Wiley and Sons.
- Myklebust, I., & Zimmermann, C. (2015). *Faglig forsvarlig helsehjelp*. Norsk Psykologforening. <http://www.psykologforeningen.no/medlem/loenn-og-arbeidsvilkaar/juridiske-artikler/faglig-forsvarlig-helsehjelp>
- Psykologforeningen. (2007). *Etiske prinsipper for nordiske psykologer*. Norsk Psykologforening. <http://www.psykologforeningen.no/medlem/etik/etiske-prinsipper-for-nordiske-psykologer>
- Eidesvik, A. (2021). *Unngår det offentlige*. <https://klassekampen.no/utgave/2021-11-22/unngar-det-offentlige/WQ7H>
- Okkenhaug, 2021 er fra mailkorrespondanse med Norsk psykologforening.

Streng lesning av interessant forskning

Det er sant som professor Anne-Kari Torgalsbøen skriver, at det har omkostninger å være åpen.



TEKST Peder Kjøs,
psykolog

JEG MOT MEG

NÅR MAN ER åpen i media, og ikke uten videre kan overskue konsekvensene helt, ligger det et etisk ansvar på alle involverte i produksjonen om å ta best mulig vare på den som åpner seg. Vi som var med på å lage Jeg Mot Meg, og NRK som publiserte serien, la derfor mye arbeid i å ta vare på deltakerne, ut fra presse-etiske og fagetiske vurderinger. Likevel viser en nylig publisert studie at enkelte av deltakerne i Jeg Mot Meg følte seg utsatt og lite ivaretatt, og at symptomer har vedvart eller blitt verre under og etter produksjonen og publiseringen (Thorbjørnsrud og Lånkan, 2022). Dette er opplevelser som alle vi som har vært involvert i produksjonen, og oppfølgingen av deltakerne er svært lei oss for. Jeg er imidlertid ikke enig med Torgalsbøen i at disse funnene innebærer at hennes betenkeligheter fra 2018 mot å åpne terapirummet nå står som dokumenterte fakta, egnet til å felle etisk dom over Jeg Mot Meg og min deltakelse som psykolog i produksjonen.

Thorbjørnsrud og Lånkan er medieforskere. Begrepene og teoriene i artikkelen er sosiologiske og mediefaglige, ikke helsefaglige. Artikkelen foregir ikke å være en klinisk studie. Det man har studert er deltakernes «boundary work», altså deres forhandlinger om grenser når det gjelder framstillingen av dem i produksjonen, og ikke deres psykiske helse, selv om deltakerne selv naturlig nok snakker om denne. Forskningsspørsmålet er godt og viktig: «How do young people experience the boundary work of self-disclosure as participants in a large-scale reality TV production about mental health issues?»

STERK MOTIVASJON

Ifølge artikkelen var de fleste godt fornøyd, men noen beskriver et uendret eller forverret symptombilde i ettertid. De følte at de hadde eksponert seg selv og andre mer enn de egentlig ønsket og på måter som oppleves som belas-

tende, og de følte seg lite ivaretatt. Et hovedfunn er at noen deltakere opplevde å ha lite kontroll over hvordan de ble framstilt. Og konklusjonen er åpenbart riktig: Intervensjonsbaserte TV-produksjoner med en sosial agenda bør utvise stor forsiktighet og særlig være oppmerksom på maktforhold mellom deltakere på den ene siden og programskapere og publisist på den andre.

Det maktperspektivet som ligger til grunn for Torbjørnsrud og Lånkans studie, er verdifullt i forbindelse med de presse-etiske problemstillingene, som her også ligger nær psykologenes fagetikk. Møtet med media eller en behandler vil alltid innebære en maktdifferensial, i en eller annen grad. Denne maktdifferensialen innebærer en sårbarhet som legger et ansvar på den som har makten. I arbeidet med Jeg Mot Meg var maktdifferensialen forsøkt utlignet i størst mulig grad ved at deltakerne hadde god anledning til å vurdere foreløpige versjoner og be om endringer i disse. Enkelte sekvenser ble til dels radikalt endret eller fjernet helt som resultat av disse gjennomgangene. Deltakerne var godt informert på forhånd om hva innspillingen og publiseringen innebar, i den grad produksjonsstaben og NRK overskuet dette. Samtlige ga i forhåndsintervjuer uttrykk for sterk motivasjon for å delta, både for sin egen del og for å bidra til opplysning og åpenhet om psykiske vansker. Deltakerne i sesong 2 hadde også sett sesong 1 og mottakelsen av denne. Deltakerne var svært bevisst at de deltok i en TV-produksjon, og i flere av episodene snakker deltakerne nettopp om hva det kan innebære å vise arbeidet med vanskene sine offentlig.

TILBAKEHOLDEN

Artikkelen gjengir utsagn fra en deltaker som sier at hun bevisst valgte å holde tilbake informasjon om familieforhold, uten at dette ser

ut til å ha vært særlig vanskelig for henne. Dette tjener som et eksempel på at det naturligvis ikke var slik at deltakerne underkastet seg fullstendig og blottla alt, selv om det ble oppmuntret til åpenhet, under forutsetning om at det som var sagt kunne trekkes tilbake. Ifølge artikkelen tok deltakerne ulike valg om åpenhet, noe som i seg selv tilsier at de opplevde seg fri til å ta sitt eget valg. Flere utsagn i artikkelen understøtter at deltakere følte at de hadde god kontroll underveis og i den siste redigeringen, slik det var ment fra produksjonens side.

Som terapeut var jeg naturligvis tilbakeholden med å bruke intervensjoner som kunne ha bidratt til at deltakerne var mer åpne enn de i utgangspunktet ville ha vært. En slik forsiktighet er etter mitt syn nødvendig også i ordinær gruppeterapi, men i en TV-produksjon var den særlig aktuell, uansett mulighetene for å redigere i ettertid. Jeg hadde ingen ønsker om eller grunner til å presse deltakerne til å være mer åpne enn de selv ville eller å fortelle spesielt fargerike historier. Det var min uttalte overbevisning at deltakernes arbeid med vanskene sine, hver for seg, i gruppesamtalene og i sine egne miljøer, kom til å bli svært interessant og nyttig for publikum å se slik det framkom naturlig, helt uten noen dramatisering eller provokasjon. Mottakelsen av serien viser også at det nettopp var det gjenkjennelige, ikke dramatiske avsløringer, som gjorde at serien ble så viktig for så mange.

Ved publisering følte vi i produksjonsstaben at programmet ga en omforent framstilling. At noen av deltakerne likevel har opplevd prosessen som en vanskeligere forhandling enn vi forsto, eller har kommet til å angre på enkelte valg, er beklagelig, men innebærer etter mitt syn ikke at det ble begått etiske overtramp. Jeg vil mene at deltakerne var ansvarlig informert og hadde god mulighet til å påvirke det endelige resultatet. De fleste av

deltakerne har da også ifølge artikkelen opplevd situasjonen slik.

GRENSELAND

Som en siste foranstaltning hadde alle deltakerne et åpent tilbud om å snakke med meg, eller hvem de ville i produksjonsstaben i tiden rundt publiseringen, og når de enn måtte ønske seinere. Noen benyttet seg av dette, andre ikke. Tilbudet står fortsatt ved lag, selv om begge sesongene nå for lengst er fjernet fra NRKs nettspiller, i tråd med kontrakten.

Publiseringen av Jeg Mot Meg havner i et grenseland mellom fagetikk og presse-etikk. Et vesentlig moment i vurderingene rundt møtet mellom media og terapi var at TV-produksjonen var selve utgangspunktet for gruppeterapien, som altså ikke var beskyttet av det lukkede rommet som normalt omslutter en terapi. Kameraet blir ikke brakt inn i terapirommet – kameraet var der først, som en tydelig gitt forutsetning. Det kan her også bemerkes at Jeg Mot Meg kom i to sesonger, og at deltakerne i sesong 2 derfor var godt kjent med formatet og mottakelsen serien hadde fått.

I forbindelse med et intervju i bladet Psykisk Helse nevnte journalisten et forslag om at deltakerne kunne hatt en egen kontaktperson som ikke var knyttet til produksjonsselskapet, en form for deltakerombud som kunne ha støttet dem i dialogen med produksjonen. Dette synes jeg er et godt forslag som jeg håper at eventuelle framtidige lignende produksjoner vil ta i betraktning. Ikke fordi det fritar produksjonsstaben og involverte psykologer for ansvar, men fordi det vil bidra til å utjevne maktdifferensialen noe. ✖

I tråd med Vær varsom-plakatens punkt 4.14. har psykolog Peder Kjøs fått anledning til samtidig imøtegåelse av kritikken som fremkommer i Anne-Kari Torgalsbøens bidrag i månedens utgave av Etikkpanelet: «Jeg mot meg»: Hvor ble fagetikken av? Torgalsbøens tekst kan du lese på sidene 388–391.



Publiseringen av Jeg Mot Meg havner i et grenseland mellom fagetikk og presse-etikk

REFERANSE

Thorbjørnsrud, K. & Blehr Lånkan, K. (2022). "Someone should have looked after us": the boundary work of mental health disclosure on TV. *Media, Culture & Society*. <https://doi.org/10.1177/01634437211069970>

Lite spill er litt for mye

Selv om det er ubehagelig, er vi ikke bare medlemmer av Psykologforeningen, vi er også kunder. Kunder som bedriften er avhengig av.



TEKST Reidar Nævdal,
psykolog

SPESIALIST- UTDANNINGEN

OM JEG ELLER noen andre var i tvil, viser foreningens svar «Lite spill for galleriet» at de ønsker en spesialistutdannelse av høy kvalitet, og at de arbeider for å oppnå nettopp dette. Jeg venter selv på godkjenning som spesialist i samfunns- og allmennpsykologi, og ser frem til alle godene det vil gi meg. Takk til alle i foreningen som har jobbet og sikret dette for meg.

Selv om jeg og foreningen ønsker det samme, opplever jeg at min kronikk «Spesialistspill for galleriet» blir misforstått. Jeg har ikke foreslått regulering gjennom Helsedirektoratet, endring av kurs eller fremmet andre forbedringer. Istedenfor påpeker jeg at organiseringen og makten foreningen har, innebærer en fare for at foreningen ikke oppdager at kvaliteten på spesialistutdannelsen er lavere enn ønskelig. Av samme grunn er det også en fare for foreningens omdømme. Jeg ser ikke at foreningen reflekterer rundt dette.

TROVERDIGHET

I sitt svar avviser foreningen flere av eksemplene jeg gir på omdømmerisiko. Jeg påstår for eksempel at digitale kurs ble redusert med 50 kroner dagen sammenlignet med fysiske kurs. Foreningen avviser dette, og sier at kostnadene ble redusert med 400–500 kroner, altså det tidoble av det jeg påstår. På dagens dato

viser foreningens nettsider en kostnadsforskjell på nettopp dette. Da innlegget mitt ble skrevet, altså før nettsiden ble oppdatert, bekreftes imidlertid min påstand om 50 kroner dagen. Dette kan hvem som helst undersøke med verktøy som for eksempel waybackmachine.com. Denne feilen i pris er sikkert en misforståelse, og kanskje det ikke sier noe om kvaliteten på spesialistutdannelsen.

Foreningen står likevel i fare for å fremstå som om de tidligere har tatt betalt mer for digitale kurs, men ikke ønsker å innrømme det offentlig. At generalsekretær og utdannings-sjefen i en fagforening offentlig avviser et av sine egne medlemmers opplevelse, på tross av at denne er dokumentert og offentlig tilgjengelig, innebærer også en risiko for omdømmetap. Dette omdømmetapet er til stede selv om det hele er en misforståelse. Hvordan dette skjer, beskriver jeg i forrige innlegg under «weak internal coordination» og «reality reputation gap». Foreningens svar forholder seg imidlertid ikke til dette.

SEMANTISK SPILL

Foreningen har kanskje rett i at det er tendensiøst å benytte begrepet «monopolmakt» for å beskrive dagens organisering. Jeg tar kanskje også feil i at foreningen «forvalter» spesialist-

tittelen. Uavhengig av hvilke ord vi velger, har jeg de siste ukene blitt kontaktet av mange psykologer som takker for innlegget og forteller at de selv ikke har turt å kritisere spesialistløpet før spesialisttittelen er sikret.

Mine kollegaer, studiekamerater, venner og familie ga meg den samme beskjeden – «vær forsiktig». Selv om det er urimelig å forvente at spesialistutdannelsen er perfekt, tror jeg det er et problem om fagforeningens medlemmer er redd fagforeningen selv. Jeg tror også at årsaken til dette problemet er nettopp de risikoene jeg beskriver i min kronikk. For foreningen er alle disse risikoene skjulte, og det er nettopp derfor jeg valgte å skrive innlegget. Det er derfor trist at jeg også i dette innlegget kan skrive at jeg savner refleksjoner eller tiltak rundt problemstillingen.

KUNDEBEHANDLING

Da jeg var student, arbeidet jeg i en fotobutikk. De siste ukene har jeg tenkt mye på opplæringen jeg fikk der. «En misfornøyd kunde er en potensielt lojal kunde.» Min sjef var ingen ordsmed, men noen dager etter en misfornøyd kunde hadde blitt møtt med ydmykhet og fått god hjelp, viste sjefen meg en kort notis i «Summetonen» i Bergensavisen. Ordlyden husker jeg ikke, men teksten berømmet kundeservicen vår og hjelpen med å håndtere vanskelige kunder hadde hatt. Det kan være at opplæringen jeg fikk som 23-åring i fotobutikk, ikke er relevant for foreningen.

Samtidig – kanskje foreningen trenger mer av denne typen kompetanse. Selv om det er en ubehagelighet, er vi nemlig ikke bare medlemmer, men også kunder. Kunder som bedriften er avhengig av. ✕

DEBATT OM SPESIALISTUTDANNINGEN

Tidligere innlegg:

Nr. 04 - 2022 Lite spill for galleriet
(Ole Tunold, Bjørnhild Stokvik)

Nr. 03 - 2022 Spesialistspill for galleriet
(Reidar Nevdal)



ILLUSTRASJON: MARIAMO SHUTTERSTOCK / NTB

NOTIS

Ny nettside med anbefalinger for oppfølging av barn som pårørende

For over 13 år siden kom det frem at barn som er pårørende ikke ble tilstrekkelig ivaretatt i helseapparatet. Ifølge regjeringen viste det seg for eksempel at de fleste institusjonene i psykisk helsevern for voksne, ikke hadde noe tilbud til barn som pårørende. Mange opplevde at rutinene med å oppdage og tilby hjelp til disse barna var tilfeldig, uforutsigbart og fragmentert.

I 2010 fikk barn som pårørende plass i helsepersonelloven. Nå skulle helsepersonell bidra til at barn og unge under 18 år fikk informasjon og oppfølging når foreldre var syke og fikk helsehjelp. Siden 2010 har også barn som er søsken eller etterlatte fått plass i loven.

Samtidig i 2010 fikk spesialisthelsetjenesten en egen lovparagraf som har hatt en viktig rolle i arbeidet for barn som pårørende. Med §3-7 a. ble helseinstitusjoner pålagt å ha barneansvarlig personell som en støttefunksjon for både helsepersonell og ledere når de skal sørge for at barna får den oppfølgingen de har behov for.

BarnsBeste, et nasjonalt kompetansenettverk for barn som pårørende, har undersøkt hvordan den barneansvarlige rollen og oppgaven ivaretas.

Barneansvarliges oppgave er å støtte helsepersonell og ledere når de skal sørge for at barn som pårørende får den informasjonen og oppfølgingen de trenger når foreldre eller søsken er syke eller dør.

BarnsBeste har nå, i samarbeid med helseforetakene, lansert anbefalinger for barneansvarlig personell i spesialisthelsetjenesten. Disse kan leses og lastes ned fra barnsbeste.no.

Fare for moralisme

Når vi etterlyser mer moralsk ansvar, er det alltid en fare for at det ender opp som moralisme overfor de mindre begunstigede.



TEKST Ole Jacob Madsen, professor
Psykologisk institutt,
UiO

BARN OG UNGE

«**VI MÅ TØRRE** å snakke om hvor mye ansvar ungdommen har for sin egen psykiske helse», skriver psykologstudent Ivar Wathne Oftedal i sitt svar til meg i *Psykologtidsskriftet*. I boken min *Livsmestring på timeplanen* har jeg et litt annet utgangspunkt. Mestringsperspektivets inntog i folkehelsearbeidet i Norge har som utgangspunkt at individet skal ta *mer* ansvar for egen helse. Et ansvar som så overføres på elevene med innføringen av det tverrgående emnet folkehelse og livsmestring.

Slik jeg leser Oftedal, er han imidlertid ikke udelt positiv til innføringen av dette i skolen heller, men mener at unge, eventuelt i samband med foreldrene deres, må gjøre mer selv: «Noe har skjedd med landets oppdragerpraksis.» Han viser også til Ungdata-undersøkelsen og undres om det kan være årsaker til økt rapportering av psykiske helseplager som er ukjente for oss. Og ja, jeg skal gi ham rett i det: Vi vet ikke helt hvorfor det skjer.

Jeg vet heller ikke om vi er så uenige akkurat her: Jeg har selv tatt til orde for at unge burde få en *Tragediens lesebok* i skolen der man får en innføring i eksistenstenkning, og der Schopenhauers «Livet svinger altså som en pendel frem og tilbake mellom smerte og kjedsomhet» skulle slått an tonen, og en tragisk livsanskuelse ideelt sett skulle virke som en demper mot for store forventninger til lykken. Eller at blivende psykologer måtte lese Irvin Yaloms store verk *Eksistensiell psykoterapi*, så man hadde en minimumsforståelse av livets grunnvilkår, som frihet, meningsløshet, isolasjon og død, i møte med mennesker i ulike livssituasjoner.

Men jeg er nok litt mer skeptisk til en tese om at unges problem i dag skyldes at de tar for lite ansvar, og forventer at skolen eller psykologene skal ordne opp i livet deres. Og en av grunnene er at det finnes nok av eksempler på overmodige ledende politikere som «tør» og setter opp velferdsavhengighet som en samfunnssykdom, slik som Margaret Thatcher: «Jeg tror vi har gått gjennom en periode hvor altfor mange barn og voksne har fått en forståelse av 'Jeg har et problem, det er regjeringens jobb å takle det!'» Nå påstår jeg ikke at Oftedal gjør dette, men når vi etterlyser mer moralsk ansvar, er det alltid en fare for at det ender opp som lite annet enn moralisme over de mindre begunstigede. ✕

DEBATT OM BARN OG UNGE

Tidligere innlegg:

- Nr. 04 - 2022 Ansvarsfordeling mellom barn og unge (Ivar Wathne Oftedal)
- Nr. 03 - 2022 Barn og unges ansvar for eget liv (Ole Jacob Madsen)
- Nr. 02 - 2022 Trenger livsutfordringer, ikke diagnoser (Ivar Wathne Oftedal)
- Nr. 01 - 2022 Psykologi uten psyke, psyke uten samfunn (Per Are Løkke)

«Medavhengighet» på tynn faglig bakgrunn?

I motsetning til hvordan Ane Ramm har opplevd medavhengighetsbegrepet, har andre opplevd at en bevisstgjøring om tematikken har potensial til å ta vekk skyldfølelse snarere enn det motsatte.

I SIN NYLIGE KRONIKK uttrykte Ramm at jeg var på tynn faglig grunn da jeg omtalte «medavhengighet» som et nyttig rammeverk i arbeidet med rusavhengiges familier (Ramm, 2022). Jeg kan selvsagt ikke bestride hennes personlige opplevelser og tolkninger, men vil gi et generelt tilsvarende svar.

I en skandinavisk kontekst skrev Gerdner en kritisk kronikk om «medberoende»-begrepet allerede på 90-tallet (Gerdner, 1999), og som det gikk frem av intervjuet med Tidsskriftet, er jeg klar over de mulige negative sidene som både Ramm og Gerdner nevner (Halvorsen, 2022). Jeg har derfor lenge oppfordret til en kritisk bruk av begrepet og til å være oppmerksom på de patologiserende assosiasjonene som kan vekkes.

Jeg har likevel blitt opptatt av de underliggende mekanismene som begrepet er ment å beskrive. Slike mekanismer er også omtalt i annen relevant teori om det å være pårørende til rusmiddelavhengige, for eksempel i Orfords stress- og mestringsteori (Orford et al., 2010). I en studie der vi sammenlignet familiemedlemmer til rusmiddelavhengige med en gruppe uten slik erfaring i familien, så vi at dette er reelle fenomener. Familiemedlemmene til rusmiddelavhengige undertrykte i større grad sine egne følelser og behov og hadde i større grad tro på at de ved å utøve kontroll kunne hjelpe andre til å løse sine problemer (Vederhus et al., 2019). Når det gjaldt ønsket om å strekke seg langt for å hjelpe noen i sin egen familie, var det liten forskjell mellom familiemedlemmer

til rusmiddelavhengige og andre: Vi ønsker alle å strekke oss langt for å hjelpe noen vi er glad i. I en praktisk behandlingshverdag tenker jeg at en bør formidle at det er naturlig å ønske å hjelpe, men at en som pårørende også har rett til å sette grenser for urimelige ønsker og ikke gå på akkord med seg selv. Det er ekstra viktig i debatten her siden pårørende ofte plages av skyldfølelse og de føler de ikke har gjort nok for å hjelpe den rusmiddelavhengige. All hjelp er heller ikke nødvendigvis konstruktiv hjelp. I motsetning til hvordan Ramm har opplevd medavhengighetsbegrepet, har andre opplevd at en bevisstgjøring om tematikken har potensial til å ta vekk skyldfølelse snarere enn det motsatte (Halvorsen, 2022).

I tillegg til refleksjoner om medavhengighet har Ramm mange kritiske synspunkter om 12-trinnstenkningen. Det er ikke rom for å gå mer inn på det her, og jeg henviser til tidligere drøftinger rundt problemene med å forstå 12-trinnfilosofien inn i en faglig kontekst, blant annet publisert i dette tidsskriftet (Vederhus et al., 2011; Vederhus et al., 2008). Det kan nevnes at medlemmene selv håndterer typisk religiøse begreper i 12-trinnprogrammet ganske så pragmatisk gjennom en destigmatisering og individualisert forståelse av religiøse begrep (Vederhus & Høie, 2018). Jeg er selvsagt klar over at 12-trinnstenkningen ikke passer for alle, som Ramm ganske tydelig gir uttrykk for. Det er derfor essensielt fra brukernes side at det finnes gode alternativer (Vederhus et al., 2020). Selv svært kritiske brukere i vår studie



TEKST John-Kåre Vederhus, forsker (ph.d.) Sørlandet sykehus

MEDAVHENGIGHET





pårørende (...) har rett til å sette grenser for urimelige ønsker og ikke gå på akkord med seg selv

DEBATT OM MEDAVHENGIGHET

Tidligere innlegg:

Nr. 03 - 2022 «Medavhengighet» på tynn faglig grunn (Ane Ramm)

Nr. 03 - 2022 Et frigjørende begrep (Brynhild Helle Bjordal)

«One size doesn't fit all» anerkjente at 12-trinnsgruppene hadde betydning mye for deres egen tilfriskning, og at slike grupper derfor kan være en nyttig del av det totale selvhjelpstilbudet som finnes. ✕

REFERANSER

- Gerdner, A. (1999). Problem kring begreppet "medberoende" – Kritisk granskning av ett omstritt begrep utifrån forskning och behandlingserfarenhet. *Sociomen(4)*, 53–63.
- Halvorsen, P. (2022). Nyttig psykologisk rammeverk for familiebehandling. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 59(3), 171–172.
- Orford, J., Velleman, R., Copello, A., Templeton, L. & Ibanga, A. (2010). The experiences of affected family members: A summary of two decades of qualitative research. *Drugs: Education, Prevention & Policy*, 17(S1), 44–62.
- Ramm, A. (2022). «Medavhengighet» på tynn faglig grunn. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 59(4), 290–293.
- Vederhus, J. K., Hjerkin, B. & Kristensen, Ø. (2011). Selvhjelpsgrupper for rusmiddelavhengige. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 131(12), 1204–1206.
- Vederhus, J. K., Høie, M. & Birkeland, B. (2020). One size doesn't fit all: a thematic analysis of interviews with people who have stopped participating in Narcotics Anonymous in Norway. *Addiction Science & Clinical Practice*, 15(1), 18.
- Vederhus, J. K. & Høie, M. M. (2018). The Pragmatic Believer – Faith Development and Personal Experiences of a 'Higher Power' in Seasoned Members of Narcotics Anonymous. I A. Village & R. W. Hood (Red.), *Research in the Social Scientific Study of Religion* (Vol. 29, s. 123–144). Brill.
- Vederhus, J. K., Kristensen, Ø. & Timko, C. (2019). How do psychological characteristics of family members affected by substance use influence quality of life? *Quality of Life Research*, 28(8), 2161–2170.
- Vederhus, J. K., Kristensen, Ø., Tveit, H. & Clausen, T. (2008). Tolvtrinnsbaserte selvhjelpsgrupper: En ressurs i rehabiliteringen av rusmiddelavhengige. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 45(10), 1268–1275.

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. Sett inn i Word-format. Sett referanser i tråd med APA-stilen.



Faksimile av aprilutgaven

Hvordan Norge etablerte en psykologprofesjon i verdensklasse

Psykologi er etablert som en klinisk profesjon i Norge. Hvilken betydning har så det for vår yrkesutøvelse og profesjonsutvikling?

ANDREAS HØSTMÆLINGEN GIR en innsiktsfull og grundig beskrivelse av norsk psykologprofesjons røtter og utvikling. Han beskriver glimrende hva som legitimerer en profesjon, og hvordan dette så tydelig eksemplifiseres av den norske scientist/practitioner-modellen med praksis integrert i teori.

Høstmælingen reiser følgende spørsmål: «Hvordan endte en profesjon som i utgangspunktet ble ansett å forvalte psykologi som sådan, med å bli en spesialisert helseprofesjon?» Litt spissformulert kunne man returnere spørsmålet slik: *Psykologiprofesjonen i Norge ble ikke en reell profesjon før den ble en helseprofesjon.* Og forklaringen på det gir Høstmælingen forbillig selv: «Men den største anerkjennelsen inntreffer når myndigheter innrømmer profesjonen en særegen kompetanse ved å skape beskyttede titler for de gruppene som vurderes å kunne

utføre skjønnsbaserte arbeidsoppgaver på en tilfredsstillende måte.»

Høstmælingen mener at den norske psykologprofesjonen konsentrerer seg om et snevrere område av faget enn Europa for øvrig. Han viser til at det europeiske EuroPsy-sertifikatet definerer psykologi bredere. Men her blander han sammen profesjon og utdanningsstandard. EuroPsy gir ikke autorisasjon i noe europeisk land og kan derfor ikke definere en annen og bredere profesjon. Dessuten kan det hevdes at nettopp EuroPsy-kompetansen er mer fragmentert og mindre generalistorientert enn den norske cand.psychol. Som det påpekes, kan EuroPsy oppnås i ett av tre såkalte Fields of Practice (klinisk/helse, utdanning, arbeids- og organisasjonspsykologi). Det finnes også en fjerde kategori, «EuroPsy Other», som tar opp i seg alle andre femårige utdanningsløp (pluss



TEKST Ole Tunold, generalsekretær og Kim Edgar Karlsen, fagsjef, begge Norsk psykologforening

PROFESJONS-UTVIKLING





Ser man på reguleringen av psykologprofesjonen i Europa, er det nettopp hvor forskjellig dette gjøres fra land til land, som slår en

ett år veiledet praksis) i psykologi. Her finner vi for eksempel trafikkpsykologi og sportspsykologi.

PSYKOLOGER OG PSYKOTERAPEUTER

Ser man på reguleringen av psykologprofesjonen i Europa, er det nettopp hvor forskjellig dette gjøres fra land til land, som slår en. Utdanningen varierer fra fire til ti år, ikke de foreskrevne seks årene som kreves både for EuroPsy og for norsk autorisasjon. I Tyskland er ikke «psykolog» en regulert profesjon, men det er «psykoterapeut». Luxembourg mener at regulering av psykologprofesjonen er unødvendig siden forbrukerne selv er i stand til å ta informerte valg.

For de 37 regulerte generalistpsykolog-titlene i EUs database over regulerte profesjoner er det gjennomgående de kliniske oppgavene som dominerer. I EUs «Mutual Evaluation of Regulated Professions» fra 2016 uttrykkes det en klar skepsis til det som oppfattes som overdreven regulering: Medlemsstater som regulerer psykologer med aktiviteter *uten terapeutiske formål*, oppfordres til å vurdere mindre restriktive tiltak.

Ideen om en europeisk ikke-klinisk generalistprofesjon for psykologer har nok ikke rot i virkeligheten. Og i europeisk sammenheng står den norske psykologprofesjonen i en særstilling, nettopp fordi kompetansen den representerer, er så respektert og etterspurt.

Også utenfor terapirommet.

For selv om norske psykologer i flertall bemanner behandlerroller i helsevesenet, er vi også å finne i NAV, Barnevernet, på skoler, i kommuneadministrasjoner, i Forsvaret og på universitetene. For å nevne noe. Flere påtar seg lederansvar eller etablerer seg som selvstendig næringsdrivende.

Spør vi disse psykologene hvilke faglige kunnskaper og ferdigheter de benytter i sin yrkesutøvelse, sorterer svarene typisk under to overskrifter: *Breddekompetansen* (utviklingspsykologi, sosial- og gruppepsykologi, systemkunnskap og så videre) og *relasjonskompetansen* ervervet gjennom klinisk trening og erfaring. Snarere enn å virke til hinder for psykologenes faglige utfoldelse gir den integrerte akademiske og praktiske utdanningen her et fortrinn i møte med arenaer og systemer utenfor helsevesenet.

PSYKOLOGROLLEN I PPT

Et aktuelt eksempel er den nylig presenterte rapporten om psykologrollen i pedagogisk-psykologisk tjeneste (PPT) (<https://www.psykologforeningen.no/medlem/psykolog-i-kommunen/aktuelle-rapporter/psykologens-rolle-i-pedagogisk-psykologisk-tjeneste>). En arbeidsgruppe bestående av PPT-psykologer fra ulike deler av landet har på oppdrag fra Psykologforeningen formulert sine faglige bidrag og arbeidsmåter, med vekt på kompleksiteten som ligger i PP-tjenestens mandat: Bistå skolene i å sørge for at alle barn og unge er inkludert, trives, mestrer og lærer i tråd med egne forutsetninger.

Noen utdrag:

Psykologers utdanning og trening i allianse, relasjon og endringsarbeid bidrar til at voksne i skolen kan få hjelp til å bygge relasjon med alle elever, også de som er sårbare for utrygghet og mistrivsel. Psykologer kan hjelpe de voksne rundt barnet til å tolke barnets atferd på en måte som gjør det mulig for den voksne å fortsette å bidra til positiv utvikling for barnet og legge til rette for læring.

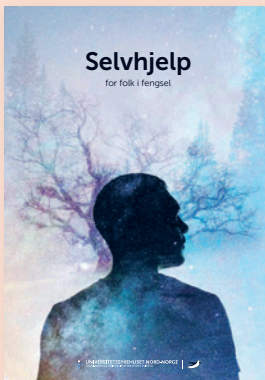
Mobbing er ikke et individ-problem, det er et fenomen som oppstår i samhandling med andre, i en kontekst. Forebygging og behandling av mobbing må derfor også håndteres kontekstuellet. I dette spennet mellom individ- og systemarbeid er det PPT-psykologen har sitt daglige virke og handlingsrom.

Arbeid og utdanning er Psykologforeningens hovedsatsingsområde i inneværende landsmøteperiode. Prosjektet innebærer å peke på forhold som fremmer eller hemmer inkludering, tilhørighet og mening, samt å sikre mer helhetlig hjelp (arbeid, utdanning og helse samtidig) for dem som på ulike måter faller utenfor. Erfaringen er så langt at psykologifaget er velegnet til å forstå og formulere løsninger på en av vår tids store samfunnsutfordringer. Psykologers kompetanse er etterspurt. I et nylig møte med Arbeids- og inkluderingsdepartementet uttalte en erfaren byråkrat følgende (uvitende om sin egen relevans i denne sammenhengen): «Jeg har veldig sansen for psykologer. Dere er jo helsepersonell, men samtidig ikke, på en måte. Dere skjønner dere også på samfunnsmekanismene og tenker helhetlig.»

VIKTIG VALUTA

Tilbake i helsetjenesten er den samme mellomposisjonen eller integrasjonen av samfunnsvitenskap og helsefag psykologenes viktigste valuta. Det er ikke først og fremst våre uovertrufne diagnostiske og terapeutiske ferdigheter som skiller oss fra psykiateren eller annet erfarent helsepersonell. Det er den samtidige forankringen i normalpsykologien, utviklingspsykologien, evnen til å forstå et problem på ulike nivå, og til kritisk akademisk tenkning. Med andre ord er det nettopp bredden i faget som setter psykologer i stand til å forbedre helsetjenesten, og som har gjort psykologer etterspurt som en sentral profesjon i tjenestene (den største faggruppen i psykisk helsevern).

Høstmålingens historiske analyse gir oss en viktig påminnelse om hvor hjelpeløse vi ville ha vært i vår yrkesutøvelse som rene akademikere eller som rene praktikere. Psykologprofesjonen oppsto i møtepunktet mellom de to og bør utvikles videre fra samme posisjon. En oppgave fremover er å kjenne vår besøkestid på flere arenaer og fortsatt bruke vår faglige og praktiske kraft til å løse relevante samfunnsutfordringer. ❌



SELVHJELP Nylig har psykologer vært med å utvikle et selvhjelpshefte for folk i fengsel.

Psykologisk selvhjelp for innsatte

Psykolog Nina Gundersen og psykologspesialist Line Elisabeth Solbakken, begge ansatt ved Nasjonalt kompetansesenternettverk i sikkerhets-, fengsels- og rettspsykiatri (SIFER), har ledet prosjektet om å utvikle et selvhjelpshefte for innsatte (SELFI). Utviklingen av heftet er et samarbeid mellom innsatte, kriminalomsorgen og fengselshelse-tjenesten.

I heftet tilbys selvhjelpsmateriell som er tilpasset innsattes leseferdigheter og deres hverdag i fengsel. Gjennom en rekke øvelser og psykoedukasjon er målet å kunne gi innsatte informasjon om psykiske helseutfordringer og hvordan de selv kan jobbe med å ivareta sin psykiske helse under soning. Tidligere utviklet selvhjelpsmateriell i fengsel har vært preget av at det krever bedre leseferdigheter enn de innsatte har, at stoffet oppleves som lite anvendbart. I tillegg er mye av det nåværende selvhjelpsmaterialet ikke tilgjengelig for de som har begrenset tilgang til internett og telefonapplikasjoner. Utviklerne av SELFI har derfor vært opptatt av å lage et lett tilgjengelig selvhjelpshefte for alle innsatte. Brukermedvirkning har stått sentralt i alle faser av prosjektet for å lage øvelser som er tilpasset målgruppen og den konteksten de befinner seg i.

Heftet spenner bredt fra informasjon om kosthold og fysisk aktivitet til traumer og sinnemestring, og inneholder mange konkrete øvelser som fengselsansatte kan benytte. Dette inkluderer avspenningsøvelser, problemløsning og dagsplanlegging.

SELFI-prosjektet er et unikt initiativ i både norsk og internasjonal sammenheng, og gjennomføres nå i nordnorske fengsel. Planen er at selvhjelpsheftet ruller ut nasjonalt fra 2023.

KILDE

Nasjonalt kompetansesenternettverk i sikkerhets-, fengsels- og rettspsykiatri (SIFER). (2021, 11. januar). Selvhjelp for innsatte. <https://sifer.no/selvhjelp-for-innsatte-selfi/>



ANMELDT: BOK

Fall i nedslaget

Skolevegringsmysteriet av Gaute Brochmann og Ole Jacob Madsen har fått en del eksponering i media, og forfatterne har selv omtalt den som en «debattbok». I det perspektivet er boken ganske så vellykket.



BOK *Skolevegringsmysteriet. Historien om hvorfor barn og unge sitter alene hjemme i stedet for å gå på skolen*

FORFATTER

Gaute Brochmann og Ole Jacob Madsen

ÅR 2022

FORLAG Cappelen Damm

SIDER 288

ANMELDT AV

Geir Pettersen

VI HAR FÅTT en debatt om «skolevegring» som vi kanskje ikke hadde fått, i hvert fall ikke på samme måte, uten denne boken. Boken er forfattet av etablerte fagpersoner som har trukket inn et stort antall kildehenvisninger. Som debattbok kan den sies å fungere, men som faglitterært verk er boken som et litt mislykket skihopp. *Skolevegringsmysteriet* kommer greit ut fra hoppkanten.

I starten redegjør forfatterne for fenomenet som de velger å kalle «skolevegring» – vel vitende om at begrepet er omdiskutert. De skriver godt og innsiktsfullt om skolens historie. Til tider er det svært interessant. Det er alltid temaer man kunne ønske ble behandlet litt annerledes, men denne delen er generelt ganske ryddig.

URYDDIG SVEV

Verre blir det når forfatterne går over til å beskrive foreldreskapets utvikling. Denne delen er rik på selekterte anekdoter, uten at forfatterne blir nevneverdig forstyrret av verken forskning, fakta eller kritiske innvendinger mot egen kritikk. Som om ikke faren til Karl-Ove Knausgård alt har fått gjennomgå nok i sønnens *Min kamp*, blir han jaggju en viktig figur også her. Referering til Valpeskolen, Jul i Svingen og Live Nelvik er muligens interessante lit-

terære grep, men disse kan neppe karakteriseres som tunge, faglige autoriteter. Noen steder henviser forfatterne til seriøs forskning, men disse drukner i fortellinger og forfatternes egne assosiasjoner. Et eksempel på resonnement uten forankring til andre kilder enn forfatterens private betraktninger:

Hangen til å tenke det verste om skolen kombineres ikke sjelden med å tenke det beste om egne barn. Vi er her over i det farvannet der mødre og fedre betegnes med det nedsettende uttrykket curlingforeldre, altså foreldre som ikke yter ungene sine skikkelig motstand, men som koster vekk den minste friksjon for dem, og som vil gi dem tilgang på de samme materielt rike liv som de selv har uten at barna skal behøve å yte nevneverdig for å oppnå det.

Hvor henter de dette fra?

Og hvilken gyldighet har egentlig betegnelser som «curlingforeldre»? Jo, forfatterne mener at beskrivelsen er gyldig fordi den finnes, og fordi den har oppnådd en viss popularitet. Et annet sted i boka skriver de nemlig at:

Vi kan likevel tenke på disse enkle begrepene som relevante siden så mange kjenner seg igjen i dem. Om begrepene ikke er helt presise, så

dukker de opp rundt årtusenskiftet og vinner momentum nettopp fordi foreldrestilen er i endring.

At forfatterne resonnerer at noe må være sant fordi mange tror på det, er en interessant – og litt skummel – tenkemåte i vår konspirasjons-teoretiske samtid.

Det finnes både forskning og fakta som kan kaste lys over hva som øker barns resiliens, men denne forskningen ser det ikke ut til at forfatterne er spesielt opptatt av. Men det skal sies at de gir et nikk til Willy-Tore Mørch og hans innvendinger (*Endelig er det bevist! Dagens foreldre er tidenes beste.*), samt at de i ettertid har skrevet en kronikk der de utdyper sitt syn med tittelen: *Skolevegring skyldes ikke foreldre som syr puter under armene på barna*. Slik jeg ser det, er de både tydeligere og ryddigere i kronikken enn i boken.

KNALL OG FALL

Det er vrient å bli klok på hva slags sjanger denne boken egentlig hører hjemme i. Selv har som nevnt forfatterne omtalt den som en «debattpok». Den starter imidlertid som en klassisk fagbok, før stilen dreier mer over mot det essayistiske. Boken ender nærmest som et leserbrev der kreti og pleti av meninger blandes sammen, uten forsøk på å begrunne meningene med forskning, fakta, kunnskap eller empirisk resonnering, som her:

Den eneste grunnen til at det er skolen som må endre seg, er at det er skolen, ikke foreldre, som på et strukturelt nivå har kapasitet til å gjøre noe for å bedre situasjonen – og det er viktig å understreke at et logisk utfall er at skolens autoritet styrkes. Som ved at den berømte §9a-paragrafen omformuleres slik at den ikke kan misbrukes av indignerte foreldre som ikke har noen berettiget grunn til å klage inn skolen.

For det første er forfatternes logiske resonnering så mangelfull her at jeg regner med at Arne Næss' gjenferd har hjemsøkt dem begge jevnlig i etterkant – spesielt filosofen blant dem. Verre er det at denne typen lettbeint behandling av et så alvorlig tema som mobbing – en problematikk som antagelig tar liv i Norge hvert år – grenser til uansvarlig. Det går godt an å diskutere dagens lovgivning, men det krever i det



Forfatterne melder seg med det på i konkurransen om norgesrekord i innsparking av vidåpne dører

minste at man setter seg inn i og behandler temaet med den respekten det åpenbart fortjener.

Det er i dette leserbrevformatet forfatterne går på trynet og leseropplevelsen bikker over i det pinlige.

Hva presenterer forfatterne som løsningen på «skolevegringsmysteriet»? Jo, bedre tilpasset opplæring og god relasjon til de voksne. Forfatterne melder seg med det på i konkurransen om norgesrekord i innsparking av vidåpne dører. Tilpasset opplæring er ikke noe nytt som Brochmann og Madsen har oppdaget nå nettopp. Det er det bærende prinsippet i den gjeldende opplæringsloven som har virket siden 1998, og røttene kan spores mye lenger tilbake. Selv Normalplanen fra 1939 inneholdt en kime til tilpasset opplæring. Pedagoger trekker endog linjene helt tilbake til Comenius' verk *Didactica Magna* fra 1657. Antagelig har både behovet for å tilpasse opplæringen og relasjonens betydning vært kjent siden skolens spede begynnelse.

Det som starter med et mysterium, ender opp via anekdoter, til dels lemfeldig omgang med fakta, logikk og forskning, samt en god dose gamle sanger som synges om igjen (om digitalisering og livsmestring) i en grøt som forblir mystisk.

ETTERTANKE

Mye av det som presenteres i boken, er både riktig gjengitt, interessant og tankevekkende. Et eksempel på det sistnevnte er påpekingen av den økte eksponeringen av elever på skolen f.eks. i form av presentasjoner elevene skal ha foran hele klassen. Dessverre skjemmes helhetsinntrykket av en lettvin og lite faglig beskrivelse av foreldreskapet gjennom tidene, og teksten løser seg opp i ren, ubegrunnet syning – f.eks. om §9a i opplæringsloven. «Løsningen» på skolevegringsmysteriet er også et skuffende antiklimaks. Det virker som forfatterne gikk lei av skriveingen og alt slitet med å være seriøse og bare ga opp. Det ble leserbrev i stedet. Hadde hele boken vært skrevet i denne stilen, kunne forfatterne godt ha benyttet pseudonymene Forarget (43) og Indignert (41). Det minner om en skihopper som plutselig angre idet hen passerer kulen. Angeren preger både svevet og nedslaget.

Alt i alt er det vanskelig å gi en varm anbefaling av denne boken. Selv om boken ikke er uinteressant, bør du heller lese noe annet hvis du ønsker å forstå *Skolevegringsmysteriet* bedre. ❌

Nordmand i Danmark og dansker i Norge

Litteraturforsker Jørgen Haugan har udgivet sin akademiske selvbiografi. Jeg fandt en nyttig kilde til forståelse af mine oplevelser, som dansk kommunepsykolog i norske distrikter.



BOK *Hvorfor Henrik Ibsen ikke bliver forstået i Norge. Mit litterære liv - og mine kampe - i den dansk-norske fælleskultur*

FORFATTER

Jørgen Haugan

ÅR 2021

FORLAG Forlaget

Spring

SIDER 272

PÅ DEICHMAN BJØRVIKA faldt jeg sidste år over bogen *400-årsnatten. Norsk selvforståelse ved en korsvei* fra 1991. Som dansk kommunepsykolog i norske distriktskommuner, viste bogen sig at indeholde en guldgrube af viden, som i min optik blev til et socialantropologisk observationsprisme. Jeg var fascineret af den ferskhed og aktualitet, jeg oplevede bogen havde 30 år efter udgivelsen, så jeg spurgte forfatteren, om der var en nyere udgave af publikationen. Svaret var nej. Jeg blev i stedet anbefalet at læse *Hvorfor Henrik Ibsen ikke bliver forstået i Norge. Mit litterære liv - og mine kampe - i den dansk-norske fælleskultur*, så det gjorde jeg.

Litteraturforskeren Haugan er født i 1941 og opvokset i Trondheim. Han studerede norsk og litteratur på universitetet i Oslo, hvorefter han kom til Danmark og fortsatte et videnskabeligt virke ved universitetet i København. Bogen beskriver en nordmands tilværelse i Danmark og møde med dansk academia og dansk kultur. Som årene går, bliver den norske baggrund og den danske tilværelse hinandens gensidige analyseredskaber og -objekter. Haugan handsker livet igennem med forskellene, som gav ham inspirationen til at udarbejde forfatterbiografiske værker: flere om Henrik Ibsen, et om Martin Andersen Nexø og et om Knut Hamsun. Der præsenteres også udvalg fra disse biografiske værker i den nærværende bog, som er opdelt i fem dele. De fire første dele låner overskrifter fra dannelsesromanens lingo: *Hjemme*, *Ude*, *Hjemløs* og *Hjem*. Bogens femte og sidste del bærer overskriften *En ny guide til Ibsen*.

Forfatteren fortæller via sine bøger og ansættelser, om sin historie og får derigennem også beskrevet forskelle mellem norsk og dansk kultur. For denne danske psykolog har dette været svært nyttigt. Flere gange er jeg gået hjem fra

arbejde og har tænkt «ååh nej, hvad var det dog, jeg fik sagt», med tanke på en ironisk kommentar sagt i kantinen eller i mødet med en kollega over kopimaskinen. Nu forstår jeg, hvorfor jeg har tænkt det: Ironi er et karaktertræk ved danskhed. Hvor nordmænd har patos og tager udsagn for pålydende, har danskere ironi og dobbeltbetydninger, som fremherskende karaktertræk. Det beskriver forfatteren via udførlige analyser af udvalgte passager i Ludvig Holbergs og Henrik Ibsens forfatterskaber. Det hænger alt sammen med tiden inden 1814, frem til 1905 og videre efter Norges fuldstændige selvstændighed. Bogen indeholder et væld af oplysninger til analyse og forståelse af det norske, og af den fælles dansk-norske litterære kulturarv. Eksempelvis om forlagsbranchens betydning for opbygningen af den norske nationalstat, af nynorsks betydning og besvær, og af store norske forfatters funktion og betydning for Norge og opbygningen af en norsk nationalstat. Haugan er kritisk til norske forskningsmiljøers læsning af Henrik Ibsen, det er åbenbart. Han mener, at norske forskningsmiljøer ikke forstår Ibsen, og at litteraturanalytiske paradigmeskift ikke har ført til tilstrækkelige ændringer i analyser af Ibsens forfatterskab. Det er en kras påstand, som han fremfører et grundigt og velargumenteret belæg for. Essensen er, at man ikke forstår teksterne i Ibsens forfatterskab gennem det litteraturteoretiske begreb 'dobbeltmotiverede udsagn'. Om et sådant udsagn skriver Haugan definitivt eksempelvis: «Det kan findes i enhver annoncetekst, der er skrevet i sælgerens interesse, men kun nævner køberens fordel.» (side 52)

I tredje del af bogen – *Hjemløs* – kommer forfatteren ind på baggrunden for 1991-publikationen *400-årsnatten. Norsk selvforståelse ved en korsvei*. Nu løfter forfatteren pointer fra bogen

ANMELDT AV

Henrik Eriksen



IBSEN I MØRKET

Haugan mener at norske forskningsmiljøer ikke forstår Henrik Ibsen. Bilde: Edvard Munch / Art Institute of Chicago

frem, her i en mere koncentreret form, end i den oprindelige publikation. Det er fortsat uddybende og spændende at genlæse og giver stadig anledning til refleksion. Jeg arbejdede gennem godt ti år som psykolog i kommunal kontekst i Danmark, i en forvaltningspendant til norske pedagogisk-psykologisk tjeneste (PPT). Her var der jævnligt blæst i møde med forældre samt ledelse og personale i børnehaver og på skoler, da vurderinger fra psykologen ikke altid kunne tilfredsstille alles ønsker og håb. Jeg havde en konstruktiv kritisk tilgang til at arbejde som psykolog i PPT. Det betød, at jeg med afsæt i blandt andet systemisk metode, forsøgte på at give tilpasse forstyrrelser for at kunne imødekomme barnets behov bedst muligt. I nogle faser af samarbejdet, kunne et forsøg på at give en tilpas forstyrrelse, blive oplevet som en utilpas forstyrrelse. Dette var en accepteret konsekvens af en konstruktiv kritisk tilgang. I Norge har kombinationen af tilgangen og en dansk ironisk væremåde, indledningsvist givet anled-

ning til misforståelser. Med tanke på Haugans *Hjemløs*, hvor han beskriver hvordan modernistiske strømninger har haft dårligere kår i Norge end i Danmark (s. 92), og at «Nordmænd frygter uenighed, også faglig uenighed, fordi uenighed betyder fjendskab» (s. 94), begyndte jeg at forstå et muligt perspektiv på forholdet 'konstruktiv kritisk' og 'i Norge'. Tillige fortæller Haugan i afsnittet *Norsk patos og dansk ironi*, hvordan patos er et særligt kendetegn ved norsk identitet og ironi ved dansk identitet. Her kommer han ind på at Norge er en ung nation, og at nordmænd oplever en stærkere nationalfølelse og patos end danskere oplever. I Danmark har Ludvig Holbergs komedier med intriger, ironiske karikaturer og latterliggørelse af mennesker, som puster sig op, stået stærkt. Med dette kunne jeg nuancere analysen af kombinationen 'konstruktiv kritisk', 'dansk ironi' og 'i Norge'. Nordmænd er dog ikke alene om at misforstå den danske ironi: «... nordmænd og svenskere står i samme position over for danskerne. Ironien skaber kommunikationsproblemer på nordisk basis.» (s. 111)

Jeg har efterhånden fået skruet ned for ironien og op for forståelsen af Norge, det norske, nynorsk og af Kari & Ola Nordmann, og er således vældig fornøjet med at arbejde som kommunepsykolog i Norge. Med bogen i bagagen bliver det lettere at forstå de mindre og større kulturelle forskelle mellem det norske og det danske. Det var en fornøjelse at læse bogen, og så fik jeg i tillæg en flot og fornem gennemgang af flere af Ibsens værker. ✖

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

KATRIN KOCH

1953–2022



KATRIN KOCH ble født i Berlin i 1953. Hun kom til Norge 13 år gammel med sin mor, som arbeidet ved Goethe-instituttet i Oslo. Da hun var 16 år gammel, valgte hun å bli igjen i Norge da moren flyttet til Toronto.

Katrin var som person uavhengig, modig, med glede over å mestre, målrettet, løsningsorientert og med utpreget evne til analytisk og helhetlig tenkning.

Katrin ble cand.psychol. ved UiO i 1981. Hun skrev hovedoppgave om fosterbarn, og var i hele sin yrkeskarriere, i ulike posisjoner og roller, opptatt av å ivareta barn i barnevernet og barn i familier med foreldrekonflikter, og av at psykologisk kunnskap om barns behov skulle styre arbeidet på alle nivåer. Hun samarbeidet fortløpende med andre yrkesgrupper i ulike forvaltningsorgan og departement. Hun drev også en del forsknings- og utviklingsarbeid. Hun skrev godt og lett, blant annet to anerkjente fagbøker i samarbeid med kollegaer.

Katrin brant for en profesjonalisering av psykologers rolle i sakkyndigfeltet, og oppnådde posisjoner der hun fikk mulighet til å påvirke hvordan dette kunne skje. Hun var leder for Forum for sakkyndige psykologer i to perioder (1992–97 og 2012–16), og pådriver for opprettelsen av og koordinator for Barne- og likestillingsdepartementets / Psykologforeningens treårige utdanningsprogram for sakkyndige psykologer (1997–2008). Hun var også en dyktig underviser og en god veileder som på sin rolige måte kunne gjøre selv de mest uoverkommelige utfordringene håndterbare.

Fra 2000–2016 var hun en del av Psykologfelleskapet, som ble etablert i 1995 av psykologer som også spilte en viktig rolle og hadde spesi-

ell kompetanse i fagfeltet og sakkyndigarbeidet. I mange år arrangerte fellesskapet både faglige temakvelder og studieturer til utlandet.

Hun var leder for Barnesakkyndig kommisjon fra 2016 og fram til hun døde. Her ble hennes handlekraft og arbeidskapasitet godt synlig, og hun hadde mange visjoner om videreutvikling av arbeidet som hun dessverre ikke fikk realisert.

Katrin kjøpte etter hvert en leilighet i barnomsbyen Berlin. Denne ga ro til å skrive, og mulighet til å møte tyske kolleger i domstoler og ved universiteter. Hun tok gjerne med seg kolleger og venner dit.

Katrin var en lojal, kunnskapsrik, klok og spennende fagperson/kollega og venn. Hun vil bli dypt savnet.

Vår dypeste medfølelse går til barna, lille Elise på 4, samt til Bernd, hennes nære venn gjennom 16 år.

*Elisabeth Backe-Hansen, Olof Götestam,
Ragnhild Galtung Hodnekvam og
Monica Sarfi*

De viktige notatene om politikk, fag og samfunn

I prinsippklæringen for Psykologforeningen blir det tredelte mandatet for foreningen tydelig beskrevet helt fra starten av: Vi er en fagforening, en faglig forening og en samfunnspolitisk organisasjon. Dette tredelte mandatet er noe vi forholder oss til i alt vårt arbeid, og en av de mange måtene vi forsøker å gjøre dette på, er gjennom å utvikle policynotater. Policynotater omhandler som regel temaer hvor faget er sentralt, og hvor viktige samfunnspolitiske verdier står på spill, samtidig som både enkeltpsykologer og -tjenester kan være usikre på hva som er gode valg.

Denne perioden har sentralstyret vedtatt uvanlig mange policynotater, innenfor mange ulike områder. Alle står på Psykologforeningens nettsider, og vi anbefaler å sjekke dem ut.

Til av de siste notatene handler om kjønnsinkongruens og om digital behandling. Dette er veldig ulike temaer, men de deler likevel de viktige kjennetegnene for policynotater; de utfordrer oss faglig, og de berører sentrale samfunnspolitiske verdier.

Utgangspunktet for notatet om kjønnsinkongruens var at vi ble kontaktet av psykologer som opplevde utfordringer når de på den ene siden ønsket å gi støtte og god hjelp til personer i ekstremt sårbare og vanskelige livssituasjoner, samtidig som de var i tvil om hva den beste hjelpen egentlig var – på kort og lang sikt, og særlig når det gjaldt barn. Policynotatet gir ikke, og kan ikke gi, svar på hva det er riktig å gjøre i alle konkrete situasjoner, men det sier en del om hva vi vet per i dag, hva vi ikke vet, hvilke etiske prinsipper som er viktige, og hvilke forsiktighetsregler det er fornuftig å ta, og vi håper det kan gi noe støtte i vanskelige vurderinger.

Digital behandling er et tema som mange psykologer brått måtte forholde seg til under pandemien. Presidenten redegjorde for denne policyen i forrige utgave.

Når vi hører at enkelte foretak har målsettinger om at en viss prosentandel av konsultasjonene skal gjennomføres digitalt, blir det ekstra viktig at vi, gjennom policynotatet, kan støtte medlemmene i at ja, dette er en god og viktig behandlingsform for mange pasientgrupper, men den skal selvsagt ikke brukes ukritisk for populasjoner hvor vi ikke vet nok om sikkerhet og effekt.

Og dette er nettopp det viktige med policynotater – de skal oppsummere kunnskap, gjøre

oppmerksom på det vi fortsatt ikke vet nok om, og være en støtte for medlemmene i de vanskelige avgjørelsene vi står i hele tiden.

Samtidig er vi akademikere, og vi er en akademisk forening. Og det betyr at vi vet at kunnskap utvikler seg og forandres, og at vi ikke bare har lov til, men også plikt til å forandre mening når vi ser at vi ikke kan begrunne faglig det vi tidligere har ment. Derfor har SST ikke bare vedtatt nye policynotater denne perioden, men også trukket tilbake høringssvaret hvor vi støttet tredelt foreldrepermisjon med begrunnelse om at det var det beste for barns utvikling.

Vi mener selvsagt fortsatt at begge foreldre er viktig for barn, og som fagforening er vi også opptatt av likestilling, men som faglig forening innser vi at vi ikke har et sikkert nok faglig grunnlag for å uttale oss om sammenhengen mellom fordeling av foreldrepermisjonen og barns psykiske helse. Og da var det riktigst å trekke høringssvaret. På samme måte vil sannsynligvis både uttalelsene om digital behandling og om kjønnsinkongruens måtte endres om en stund, fordi vi har bedre og sikrere kunnskapsgrunnlag. Det er ikke noe problem, det er en naturlig og riktig del av god akademisk praksis. Våre policynotater er basert på god faglig forståelse, og når det faglige grunnlaget endres, eller vi ser at vi har uttalt oss på usikkert grunnlag, ja, da endres også policynotatene.

En annen viktig funksjon av policynotater er at det synliggjør foreningens politikk for medlemmene og gir etterprøvbarehet. Medlemmene skal vite hva vi sier i ulike fora hvor vi møter myndigheter og andre aktører. De skal også kunne gi innspill til vår politikk, uttrykke støtte eller uenighet. Det er slik faget utvikles, gjennom stadig oppdatert kunnskap og meningsbrytning i våre demokratiske fora.



FOTO: PSYKOLOGFORENINGEN

TEKST Arnhild Lauvang, Visepresident for fag og profesjon

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

Ting å huske på før ferien kommer!

Det er ennå litt tid igjen før fellesferien er her, men mange er nok allerede i planleggingsmodus, og noen har kanskje allerede bestilt billetter og overnatting for sommeren. Vi tenker at det i den forbindelse kan være lurt å gi en liten gjennomgang av hvilke rettigheter og plikter du som arbeidstaker har i forbindelse med ferie. Husk også at du selv er ansvarlig for å spare opp midler til ferie dersom du er selvstendig næringsdrivende.

FOTO: PSYKOLOGFORENINGEN



TEKST

The Van Pham,
Rådgiver i
Forhandlings-
avdelingen

DU HAR EN PLIKT TIL Å TA UT FERIE

Det kan kanskje høres rart ut at det er en plikt knyttet til noe som er en lovfestet rett. Samtidig som arbeidsgiver har plikt til å sørge for at du tar ut ferie hvert år, finnes det altså en tilsvarende plikt for deg å ta ut denne ferien. Slik forsøker ferieloven å forsikre din rett til årlig ferie. Dette betyr at selv om arbeidsgiver ikke mener det er kapasitet nok til at du tar ut ferie, eller om du selv ikke ønsker å ta ut ferie, så er både du og arbeidsgiveren din pålagt å sørge for at du har ferie. Som følge av dette er det også *ulovlig* å inngå avtaler om økonomisk kompensasjon mot at du som arbeidstaker ikke avvikler ferie. Ved siden av dette finnes det likevel noen unntak fraplikten du har til å ta ut ferie.

De vanligste unntakene er for arbeidstakere som ikke har full opptjening. Selv om alle har rett til full feriefritid hvert år, kan en arbeidstaker som ikke har fullt opptjente feriepengene til å dekke lønnsbortfallet i ferien, motsette seg å ta ut ferie. Dette gjelder likevel ikke dersom virksomheten for eksempel holder sommerstengt – i så fall kan du pålegges å ta ut ferie likevel.

Også ved sykdom kan du slippe å måtte ta ut ferie. I utgangspunktet gjelder dette dersom du blir syk før ferie, og dette varer inn i en allerede avtalt og planlagt ferie. I så fall kan du også kreve at ferien utsettes til senere på året. Dette gjelder også dersom du blir syk underveis i en ferie. I begge tilfeller må du kunne dokumentere sykdom med legeerklæring.

DINE RETTIGHETER

Ved siden av å sørge for at du som arbeidstaker tar ut ferie hvert år, har ferieloven også bestem-

melser som sier noe om når du har rett til å ta ut ferie. For eksempel kan du kreve tre uker ferie i perioden mellom 1. juni og 30. september, også kalt hovedferieperioden. Dette gjelder likevel ikke for deg som tiltrer stillingen etter 15. august i året ferien skal tas ut (altså dersom du tiltrer etter 15. august i år).

Dersom du har foreldrepermisjon med rett til foreldrepenger etter folketrygdloven i *hele* denne perioden, kan du motsette deg å avvikle hovedferien i løpet av dette året.

De fleste psykologer jobber i offentlige virksomheter, enten i kommune, stat eller helseforetak. For de som er ansatt i disse virksomhetene, vil det som hovedregel være tariffavtaler som gir én ekstra ferieuke i året. Det er likevel praksis på flere private arbeidsplasser at man også der gis mer ferietid enn lovens minstekrav. Med den ekstra ferieuken vil man ha krav på fem uker ferie totalt.

I ytterst få tilfeller kan det hende at arbeidsgiver ønsker å flytte på ferien din etter at den er fastsatt. Dette dreier seg om når det er «nødvendig på grunn av uforutsette hendinger». Kravet til nødvendighet i disse tilfellene er strengt. Ofte vil det måtte være snakk om at det blir store driftsproblemer eller stans i driften dersom arbeidstakerne tar ut ferie, og det ikke er mulig å skaffe vikarer.

Avslutningsvis kan det være verdt å nevne at det også er regler knyttet til ferie i oppsigelsestid, fravær knyttet til permisjoner og militærtjeneste, m.m. Ta gjerne kontakt med oss i Forhandlingsavdelingen om du har spørsmål om ferie og andre ting!



Nyhet!
Intervensjons-
guide på
norsk

ABAS-3

Adaptive Behavior
Assessment System,
Third Edition

Vårt tilbud!
1 000 kr i kombirabatt
ABAS-3 Komplette og
Intervensjonsguiden

Gjelder til og med 30. juni 2022

ABAS-3 er et standardisert vurderingsverktøy som kan brukes for vurdering av adaptiv funksjon hos barn, ungdom og voksne i alderen 0 til 89 år.

Vurdering av adaptiv funksjon inngår vanligvis i en utredning av intellektuell funksjonsnedsettelse. Det kan også være aktuelt å vurdere adaptiv funksjon ved andre utviklingsrelaterte diagnoser som ADHD og ASF, ved hjerneskader eller ved hjernesykdommer som Alzheimers, eller utvikling av adaptiv funksjon over tid som følge av tiltak.

Den nye norske **intervensjonsguiden** støtter valg og planlegging av tiltak etter kartlegging med ABAS-3. Utreder får konkrete forslag på tiltak som kan øke individets adaptive funksjon. Tiltakene er tilpasset personens alder og funksjonsnivå. Se eksempel på www.hogrefe.no.

www.hogrefe.no

 **hogrefe**



Norsk Karakteranalytisk Institutt
 utdanning i karakteranalyse og kropporientert psykoterapi

To-årig grunnseminar

Oppstart høstsemester 2022 i Oslo. Oppstart i Kristiansand, Bergen og Tromsø så snart det er nok søkere.

Videreutdanning i karakteranalyse og kropporientert psykoterapi

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

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

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

Søknadsskjema sendes til
kontor@karakteranalyse.no

Søknadsfrist: 31. mai 2022
 På grunn av begrenset plass anbefales det å søke tidlig.

Skal du flytte eller bytte arbeidssted?



Registrer ny adresse på
www.psykologforeningen.no
Min medlemsside

eller send e-post til
medlemsservice@psykologforeningen.no



NORSK
 PSYKOLOG
 FORENING

Visittkort

Ny selvbetjent løsning for bestilling av Visittkort med timekort.

Velg mellom løse kort eller visittkort i blokk, og med eller uten egen logo.

Bestilles via «min side» for medlemsrabatt.



Norsk psykologforening
 Pb 419 Sentrum, N-0103 Oslo

Billån fra:

2,45% nom.

*pr. 25.4.2022. Eff.rente 2,89 %, 300 000, o/5 år, Kostnad 22 261, Totalt 322 261.

Ta i bruk bankavtalen

Psykologforeningen har på vegne av alle medlemmene forhandlet frem en god bankavtale, som sikrer deg et godt tilbud i årene fremover. Du får blant annet svært gode betingelser på lån og sparing, rabatt på kundeprogram og tilgang til eget VIP kundesenter.

Som kunde i Danske Bank får du personlig rådgivning tilpasset dine individuelle behov, planer og ambisjoner – nå og i fremtiden. Når og hvordan du ønsker å møte banken, er opp til deg.

Les mer på danskebank.no/bil

Danske Bank



Valgfritt program i **Arbeidspsykologi**

Arbeidspsykologi handler om hvilke faktorer som påvirker befolkningens tilknytning til og fungering i arbeidslivet. Forholdet mellom individets forutsetninger og arbeidslivets krav, og kunnskap om hemmende og fremmende faktorer for tilpasning og deltakelse utgjør kunnskapsgrunnlaget for arbeidspsykologisk praksis.

Arbeidspsykologien har tradisjonelt et normalpsykologisk fokus med vekt på individets ressurser, motivasjon og utviklingsmuligheter i arbeidslivet.

Programmet vil gi psykologen kompetanse til å:

- Forebygge sykefravær og frafall fra arbeidslivet
- Bidra til at flest mulig kommer i arbeid og tilbakeføring til arbeidslivet for de som har falt ut

Det er bindende påmelding til hele programmet. Psykologspesialister kan søke om å på delta på hele, eller deler av det valgfrie programmet som vedlikeholdsaktivitet, da stilles ikke krav til praksis og veiledning.

1. samling: 15.-16. september 2022
2. samling: 2.-3. februar 2023
3. samling: 8.-9. juni 2023
4. samling: 14.-15. september 2023

Programmet godkjennes til følgende spesialiteter:

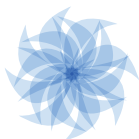
- Barne- og ungdomspsykologi
- Familiepsykologi
- Habiliteringspsykologi
- Rus- og avhengighetspsykologi
- Samfunns- og allmennpsykologi
- Voksenpsykologi

Sted og dato for 1. samling: Oslo, 15.-16. september 2022

Påmeldingsfrist (hele programmet): 11. august 2022

Medlemspris: kr 7 400 per samling

Kursnr.: 140-22



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

ALMAGROFORENINGEN PRESENTERER:
Seminar i Moral de Calatrava,
Spania 25.9–1.10.2022

Når terapeuter møter veggen.
Om å unngå å bli utslitt, muligheter
og utfordringer.

Vi vil se på stressende rammebetingelser, fremmedgjøring, «flinkhetssyndromet», personlige forhold, overføring og uttesting, samt negative sider ved empati, særlig ubevisst og somatisk empati. Videre hvordan forholde seg til dette på best mulig måte.

Seminaret og opphold holdes i et gammelt spansk palass.

Foredragsholdere:

psykologspesialistene: Hans Peter Broch, Inger Wangen
psykoanalytikere, Arne Vaagene, Tor Sletten,
bodydynamic analytiker, Geirmunn Sletten,
Udesh Anda og David Knutsen
Psicóloga Carmen Villalobos Salguero,
terapeuta gestalt
psykiater Dag Oulie og skuespiller Rhine Skaanes

Påmelding: Ved betaling av deltakeravgift på kr 6690,- til Almagroforeningen konto 5082 06 97348. Deltakeravgift er eksklusiv flyreise til Madrid og opphold på hotell i Moral (som vi reserverer). Inklusiv sen middag med vinsmaking, utflukt og buss Madrid-Moral. Smaksprøver av eksellente lokale viner dyrket på vulkansk jord.

Frist 1. juni 2022. (bekreft også påmelding ved e-post til almagroforeningen@gmail.com)

Informasjon: almagroforeningen.com (pittoresk landsby) og tlf. 0034 635157267

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

Ønsker du å annonsere
i Psykologtidsskriftet?

Neste utgivelse er **1. juni**, frist for å bestille
 annonse til juni-utgaven er **19. mai**

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

Følg Tidsskrift for
Norsk psykologforening på

facebook



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





Obligatoriske kurs til spesialiteten i **Voksenpsykologi**

Høsten 2022 - Bergen

Målgruppe

Målgruppen er psykologer som ønsker å arbeide med voksne pasienter i psykisk helsevern og andre tjenestesteder som yter spesialiserte psykologtjenester for voksne.

Spesifikk kompetanse

Psykologspesialisten i voksenpsykologi skal kunne beskrive, analysere og begrunne valg av metoder når det gjelder utredning, behandling og rehabilitering. Psykologspesialisten skal også kunne samarbeide med andre tjenesteytere. For å nå behandlingsmålene må spesialisten utarbeide behandlingsplan og bidra til utvikling av individuell plan ved langvarige og sammensatte lidelser. De spesifikke kompetansene, kunnskapene og ferdighetene utvikles gjennom praksis, veiledning, deltakelse på kurs, og ved skriftlig arbeid. Psykologene får også spesifikke kunnskaper gjennom å lese anbefalt litteratur.

- Kurs 1: Utredning og diagnostisering
- Kurs 2: Behandling: Affektive lidelser og angstlidelser
- Kurs 3: Akutte tilstander og traumer
- Kurs 4: Personlighetsproblematikk
- Kurs 5: Alvorlige psykiske lidelser
- Kurs 6: Specialistrollen

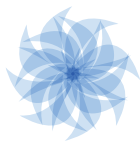
Du må selv melde deg på hvert av de 6 obligatoriske kursene til spesialiteten i voksenpsykologi.

Sted og dato for kurs 1: Bergen, 17.-18. november 2022

Påmeldingsfrist til kurs 1: 13. oktober 2022

Medlemspris: kr 7 400 per kurs

Kursnr.: 231-22



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

Psykolog/psykologspesialist 3. gangs utlysning PPT – Stavanger kommune



Stavanger
kommune

Pedagogisk psykologisk tjeneste (PPT) har et todelt mandat som er regulert i Opplæringsloven § 5-6 og Barnehageloven § 33. PPT har både system- og individrettede arbeidsoppgaver. PPT skal hjelpe barnehage og skole i arbeidet med kompetanse- og organisasjonsutvikling, for å kunne legge barnehagetilbudet eller opplæringen i skolen bedre til rette for barn med særlige behov. Tjenesten skal sørge for at det blir utarbeidet sakkyndige vurderinger der regelverket krever det. PP-tjenesten i Stavanger jobber i tråd med Meld. St.6 «Tett på-tidlig innsats og inkluderende fellesskap i barnehage, skole og SFO». PPT utreder enkeltbarns behov og gir veiledning til de voksne rundt barna og elever. I tillegg tilbyr tjenesten kurs, nettverk, konsultasjoner til ansatte i barnehage og skole. Hos oss er det ca 100 ansatte med fagbakgrunn som psykolog, spesialpedagog, pedagogisk psykologisk rådgiver, logoped og barnevernspedagog.

Vi søker deg som ønsker spennende utfordringer og gode kollegaer i et tverrfaglig miljø. I PPT jobber psykologene med barn og unges psykiske helse gjennom forebyggende arbeid, dette er i tråd med kommunes planer for psykisk helse. Stillingene innebærer arbeid med PPT sitt mandat, både sakkyndighetsarbeid og kompetanse- og organisasjonsutvikling. Det legges vekt på veiledning både eksternt og internt.

Vi har nå ledig: 4 stillinger, fast, 100 %, og vikarier tilsvarende 2,5 stilling. Stillingene gjelder de tre avdelingene førskole, skole Nord og skole Sør. Vennligst oppgi i søknaden stillingsstørrelse og avdeling du søker.

Søknadsfrist: **18.05.2022**

Arbeidsoppgaver

- Bistå med psykologfaglig kompetanse og veiledning internt
- Bistå skoler og barnehager i deres arbeid med kompetanse- og organisasjonsutvikling
- Bistå skoler og barnehager ved å heve kompetansen på barn og unges psykiske helse
- Veiledning av de voksne rundt elever/klasse-miljø og barn/avdelingen. Bidra med å arrangere og gjennomføre kurs, nettverk og annet systemrettet arbeid
- Bidra i tverrfaglig og tverretattlig samarbeid
- Utredning av barn/elever
- Utarbeide sakkyndig vurderinger der loven krever det

Kvalifikasjoner

- Psykolog/-spesialist med norsk autorisasjon og relevant erfaring
- Veiledningskompetanse
- Kjennskap til skole og barnehage som organisasjon vil være en fordel
- God skriftlig og muntlig fremstillingsevne på norsk og gode kommunikasjonsferdigheter er et krav
- Erfaring med utredningsarbeid og kjennskap til/erfaring med bruk av test- og kartleggingsverktøy
- God kompetanse på barns og unges utvikling

Personlige egenskaper

- Gode samarbeidsevner og en framoverlent holdning
- Ønske om å være en fleksibel ressurs ovenfor kolleger og våre samarbeidspartnere
- Interesse for utviklingsarbeid i team
- Fleksibilitet og evne til selvstendighet
- Løsningsorientert og strukturert
- God kapasitet til parallellitet i arbeidsoppgaver
- God rolleforståelse
- Personlig egnethet vektlegges

Vi tilbyr

- Vi kan tilby et godt faglig og sosialt arbeidsmiljø, varierte oppgaver og gode utviklingsmuligheter i et solid tverrfaglig team
- Vi kan tilrettelegge for spesialisering
- Gode pensjonsvilkår og lønn etter avtale

Kontaktinformasjon

Inger Sletta, avdelingsleder skole Nord, tlf. 945 02 707, e-post: inger.sletta@stavanger.kommune.no
Ingrid Solem, avdelingsleder skole Sør, tlf. 480 23 117, e-post: ingrid.solem@stavanger.kommune.no
Berit Refsland, avdelingsleder førskole, tlf. 916 76 319, e-post: berit.refsland@stavanger.kommune.no
Malin Smith, virksomhetsleder, e-post: malin.smith@stavanger.kommune.no

Stavanger skal være en god kommune å bo i for alle. Som ansatt i Stavanger kommune får du utgjøre en forskjell for kommunen vår og menneskene som bor her. Med 11 000 ansatte er vi en av regionens største arbeidsgivere.

Vår visjon: **Vi bygger fellesskap!**



KOMMUNEPSYKOLOG

– Heimtenesta Sula kommune

Søknadsfrist: 22.05.2022

Stillingsbrøk: 100 % heltid, fast

Stillinga inngår i psykisk helseteam for vaksne som ligg under heimtenestene.

Kommunen ønskjer å gi eit godt og heilskapleg tilbod til personar/familiar som slit eller som står i fare for å utvikle helseproblem. Kommunepsykologen vil ha ei viktig rolle i å vidareutvikle tenestene gjennom klinisk arbeid, rettleiing og fagstøttefor tilsette, samt deltaking i planarbeid og utviklingsarbeid.

Kommunepsykologen vil ha eit nært samarbeid med fastlegane samt andre samarbeidspartnere i kommunen.

Kommunen har tilsett psykolog for barn og unge, og kommunepsykologen vil ha eit naturleg samarbeid med denne. Stillinga er pr. d. d. tenkt lokalisert ved Stadnesvegen 9b, der bl.a. heimtenesta ytre og psykologen for barn og unge held til.

Arbeidsoppgåver

- Helsefremjande og førebyggjande arbeid
- Klinisk arbeid: individ og grupper
- Tverrfagleg samarbeid
- Rettleiing til ulike profesjonsgrupper i kommunen
- Deltaking i system-, planarbeid og fagutvikling

Kvalifikasjonar

- Offentleg godkjent psykolog/psykologspesialist
- Brei klinisk erfaring og god rettleiingskompetanse vil bli vektlagd
- Gode norskkunnskapar både munnleg og skriftleg
- Må ha sertifikat klasse B og disponere bil
- Politiattest
- Referanse

Personlege eigenskapar

- Gode samarbeidsevner og evne til å jobbe sjølvstendig
- Strukturert
- Fleksibel og løysingsorientert
- Tar initiativ og bidrar til fagleg utvikling
- God kommunikasjonsevne og relasjonskompetanse

Vi tilbyr

- Løn etter avtale og gjeldande regelverk
- Ei stabil personalgruppe med gode fagkunnskapar og eit godt fagmiljø
- Tilsetjing etter avtale

Kontaktinformasjon:

Torunn Veddeng, einingsleiar, tlf. 701 99 100,
e-post torunn.veddeng@sula.kommune.no

Silje Standal, avdelingsleiar psykisk helse,
tlf. 701 99 100

e-post Silje.Johannessen.Standal@sula.kommune.no

Elektronisk søknad via webcruiter.

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.

Frist for bestilling av annonser: 19.05, 20.06, 18.07, 19.08, 19.09, 19.10, 18.11



PSY
KOL
OGI

SØKER DU JOBB?

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

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

Blå Kors Haugaland A-senter er et behandlings- og utredningscenter for rusmiddel-, livsstil- og avhengighetsproblemer. Institusjonen arbeider på oppdrag fra Helse Vest HF og inngår som integrert del av spesialisthelsetjenesten. Blå Kors Haugaland A-senter eies av Blå Kors Norge. Vi er i stadig vekst og har de senere årene utviklet nye og spennende behandlingstilbud i tråd med nasjonalfaglige føringer.



Psykolog/psykologspesialist

Vi søker etter psykolog/psykologspesialist til vårt behandlerteam med arbeids- og ansvarsområde spesielt tilknyttet vår familieenhet.

De kliniske tjenestene ved Blå Kors Haugaland A-senter/BKHAS er basert på en organiseringsmodell som vektlegger relasjon, fleksibilitet, kontinuitet og sømløse overganger som organiserende prinsipp. Dette innebærer at pasientene har samme behandler i hele sitt behandlingsforløp, uavhengig av omsorgsnivå og enhet for behandling. Dette blir ivarettatt av et tverrfaglig behandlerteam, hvor også psykologene med eget ansvar for familieenheten, har sin tilhørighet. Mange behandlingsforløp er rent polikliniske. Andre er sekvensielle, og utformet som ulike kombinasjoner av døgn-, dag- og poliklinisk tilbud. Det er i tillegg et eget poliklinisk tilbud til pårørende og til spilleavhengige. Stillingen inngår i behandlerteam som består av psykologspesialister, psykologer, fagkonsulenter, psykiater og LIS lege.

Behandlingstilbudene våre er organisert i tre hovedfunksjonsområder: Poliklinisk seksjon med ambulante tjenester, døgnenheter og dagenhet. Familieenheten er en av våre tre døgnenheter. Familieenheten gir et behandlingstilbud til småbarnsfamilier hvor en eller begge foreldre har rusmiddelrelaterte utfordringer og til gravide med rusmiddelproblem. Det legges til rette for individuell og langsiktig behandling med helhetlig innsats i familien. De ulike arenaene for behandling og arbeid med de ulike livsområdene knyttes sammen av et gjennomgående fokus på relasjon, tilknytning, mentalisering med mål om bl.a. varig rusmiddelmeistring.

De kliniske problemstillingene er varierte og dekker et bredt spekter av behandlingsmessige utfordringer, tilnærminger og metodevalg. Institusjonen har derfor et omfattende og bredspektret program for videre- og etterutdanning. Vi er for tiden spesielt opptatt av traumeforståelse- og behandling, tilknytningsperspektiv/COS, mentaliseringsbasert terapi, pårørende- og familiearbeid.

Vi har et utstrakt samarbeid med Helse Fonna. Dette omfatter felles behandlings- og tiltakskjeder, så vel som fortløpende gjensidig kompetanseutveksling.

Vi kan tilby:

- Et stabilt og særdeles godt arbeidsmiljø
- Tilhørighet i et tverrfaglig og høykompetent team
- Gode mulighet for videreutdanning og kompetanseutvikling
- Meningsfylte og berikende arbeidsoppgaver
- Konkurransedyktig lønn
- God pensjonsordning

Personlig egnethet og evne til samarbeid tillegges betydelig vekt.

Ønsket tiltredelse 1. oktober 2022 eller etter avtale.

For nærmere opplysninger:

Kontakt oss via sentralbord tlf. 52 73 30 00 eller sende e-post: faglig ansvarlig ved familieenheten: psykologspesialist Kjersti Strønstad, e-post kjersti.stroenstad@bk-vest.no eller leder for behandlerteam: psykologspesialist Kirsten Braatveit, e-post kirsten.johanne.braatveit@bk-vest.no eller klinikksjef: psykologspesialist Johanna Stueland Bjørkavåg, e-post johanna.stueland.bjorkavag@bk-vest.no

Søknadsfrist: **29.05.22**

For mer informasjon:

<https://www.blakors.no/haugaland-asenter/>

Søknad sendes via:

<https://www.jobbdirekte.no/haugaland-asenter/2703715/index.html>

Søknader som sendes utenfor søknadskjema vil ikke bli vurdert.



Barne- og
familiedepartementet

Barnesakkyndig kommisjon søker ny leiar og nye kommisjonsmedlemar til verv for perioden sommaren 2022 – 31.08.2024

Barnesakkyndig kommisjon (BSK) er ein uavhengig kommisjon som har som oppgåve å kvalitetsvurdere alle sakkyndigrapportar i barnevernssaker. Frå og med sommaren 2022 får BSK òg i oppgåve å vurdere sakkyndigrapportar i foreldretvistsaker etter barnelova. Departementet skal i samband med dette oppnemne nye kommisjonsmedlemar og ny leiar for kommisjonen.

BSK skal bidra til god fagleg standard på rapportar frå uavhengige sakkunnige. Først når ein rapport er vurdert av kommisjonen, kan den gi grunnlag for særlege tiltak etter barnevernslova eller leggjast til grunn i ein foreldretvistsak for domstolen etter barnelova.

BSK består i dag av ein kommisjonsleiar og 13 kommisjonsmedlemar. Kommisjonen skal i 2022 bli utvida med om lag 5-7 medlemar som følgje av dei nye oppgåvene. Det er positivt om nye kommisjonsmedlemar kan vurdere rapportar innan begge fagområde.

Arbeidet blir gjort elektronisk, og det blir forventa at kvart medlem handsamar rundt ein til tre rapportar per veke. Gjennomsnittleg saksbehandlingstid i kommisjonen er om lag to timar per rapport. Arbeidet blir betalt per time etter gjeldande salærsatsar. For leiar vil godtgjersle bli avtalt nærmare. Medlemene skal utføre arbeidet frå der dei bur, med oppfølging frå leiaren og sekretariatet. Det vil jamleg bli halde faglege samlingar.

Søknadsfrist: 19. mai 2022.

Les meir på: www.jobb.dep.no/bfd

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
6	19.05	01.06
7	20.06	01.07
8	18.07	01.08
9	19.08	01.09
10	19.09	03.10
11	19.10	01.11
12	18.11	01.12

ANNONSEFORMATER

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

PRISER STILLINGSANNONSER/PROFILANNONSER:

Format	4 farger	Sort
1/1 side	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.

Om Montgomery AS

Montgomery AS er en privat psykologklinikk eid av psykologene Hedvig Montgomery og Arne Jørgen Kjosbakken. Vi er i dag seks fast ansatte psykologer som i hovedsak jobber med terapi. Vi holder i tillegg kurs og foredrag, og driver konsulentvirksomhet for mediebransjen. Selskapet vektlegger faglig- og personlig utvikling, og er et tett og hyggelig arbeidsmiljø sentralt i Oslo.



Vi søker psykolog med fokus på barn og ungdom – 100 % fast stilling

Vi er på utkikk etter en psykolog/psykologspesialist med solid erfaring fra arbeid med barn, ungdom og deres familier. Erfaring fra systemarbeid, ledererfaring og arbeidserfaring fra andre felt / sektorer er en fordel. Det er også en fordel med erfaring fra, eller ønske om, å jobbe innen andre felt som par- og individualterapi. Vi ønsker en varm og allsidig kollega med stor arbeidskapasitet og sterk ryggrad.

Arbeid utenom vanlig arbeidstid (kveld og helg) og reiser forekommer. Søkere bør ha minimum 4 års arbeidserfaring som psykolog.

Vi tilbyr:

- Spennende arbeidshverdag med stor variasjon og fleksibel arbeidstid

- Mulighet til å jobbe med klienter over tid i et solid fagmiljø hvor vi både støtter og utfordrer hverandre
- Mulighet til å jobbe privat med trygge rammer, og en god pensjonsordning
- Lønn etter avtale
- Ønsket oppstart etter sommeren 2022

Søknadsfrist **20. mai**. Søknad og CV sendes digitalt til dilani@montgomery.no.

Ved spørsmål, ta kontakt med Dilani Vamapahan (daglig leder) på mobil **920 49 693** eller epost.



Montgomery as

Psykologspesialist/psykolog

Sola DPS poliklinikk, Helse Stavanger HF

Liker du å hovedsaklig drive med terapi på jobb – og samtidig jobbe poliklinisk i spesialisthelsetjenesten? Det gjør vi i Helse og Arbeid ved Sola DPS, og vi har en fast stilling ledig i vårt team. Helse og arbeid gir tilbud om jobbfokusert korttidsbehandling til personer i hele Helse Stavanger sitt opptaksområde. Vi har en ramme for dette arbeidet på 10–15 samtaler. Pasientene fremstår som gruppe som motiverte og tilgjengelig for terapeutiske tilnærminger. Vi behandler psykisk lidelse med mål om å kunne stå i jobb/ utdanning for å ha tilgang til det helsefremmende ved å være i arbeid/ utdanning. Helse og Arbeid er lokalisert og organisert inn i Sola DPS poliklinikk som en egen enhet med 5 behandlerstillinger og tilknyttet sekretær. I poliklinikken er vi 22 ansatte som deler lunsj, merkedager og faglig utvikling. Vi har det godt sammen, og legger vekt på trivsel! Vi tror at behandlere bør være like forskjellige som pasientene våre, og det gleder oss om du kan bidra med kunnskap eller erfaringer vi andre ikke har. Vi håper å høre fra deg! Kontakt leder Sonia Rotabakk tlf. 941 68 055 eller se Finn.no, psykologtidsskriftet.no eller Webcruiter for utfyllende opplysninger.



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

Vil du være med og forme morgendagens psykologer? Institutt for psykologi søker

Universitetslektor i klinisk barne- og ungdomspsykologi

Vikariat 01.08.2022 til 30.06.2023

Arbeidssted: Trondheim
Søknadsfrist: 16.05.2022



Kunnskap for en bedre verden

TRONDHEIM – GJØVIK – ÅLESUND

jobbnorge.no

Se ntnu.no/ledige-stillinger



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

Tidsskrift for Norsk psykologforening søker

MANUSREDAKTØRER

2 x 25 % fast stilling

Tidsskrift for Norsk psykologforening har en veletablert forfatterbase blant norske psykologer og et månedlig opplag på over 10 000. I forbindelse med at vi ønsker å styrke vår redaksjonelle bredde og geografiske nedslagsfelt, søker vi nå etter manusredaktører.

Vår papirutgave blir hver måned sendt ut til medlemmer av Norsk psykologforening. I tillegg publiserer vi redaksjonelt stoff fortløpende i vår nettutgave, som er åpent tilgjengelig.

Tidsskrift for Norsk psykologforening eies av Norsk psykologforening og blir redigert fritt i henhold til redaktørplakaten. Psykologtidsskriftet omfatter flere redaksjonelle sjangere, som journalistikk, debattstoff og bokanmeldelser.

Vi søker nå to manusredaktører i 25 % fast stilling.

Vi søker psykologer med interesse for og erfaring med fagformidling. Den vi søker, har en bred interesse- og erfaringsbakgrunn innen psykologi. Erfaring med redaksjonelt arbeid, publisering eller fagformidling vil bli tillagt vekt. Manusredaktørens primære oppgave vil være å vurdere og følge opp manuskript som kommer inn til redaksjonen. Vi vektlegger at våre forfattere opplever at de får formidlet sin tekst på best mulig måte gjennom publisering hos oss.

I tillegg vil kontakt med ulike fagmiljøer og kommunikasjon med eksterne samarbeidspartnere være oppgaver som vil inngå i stillingen. Det er ønskelig at den som søker, har et godt nettverk i det psykologfaglige miljøet. I perioder vil det bli aktuelt med prosjektarbeid.

Stillingene kan slås sammen til en 50 % stilling. Oppgi i søknaden hvilken stillingsprosent du ønsker. Vi vil også vurdere søknader om å tilknyttes redaksjonen på konsulentbasis.

Vi ønsker søknader fra hele landet velkommen.

NØKKELKOMPETANSE:

- psykolog
- bred orientering og engasjement for faget
- bredt nettverk i fagmiljøet
- forståelse for redaksjonelt arbeid og teft for godt psykologfaglig stoff

VI TILBYR:

- unike oppgaver
- muligheten til å påvirke psykologenes fagtidsskrift
- spennende fagformidlingsmuligheter
- fleksibel arbeidstid
- hjemmekontor eller delvis hjemmekontor

SPØRSMÅL OM STILLINGEN:

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

Søknad og cv sendes på e-post til katharine@psykologtidsskriftet.no innen 20. mai



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

Tidsskrift for Norsk psykologforening søker

PSYKOLOGFAGLIG REDAKTØR

Tidsskrift for Norsk psykologforening har en veletablert forfatterbase blant norske psykologer og et månedlig opplag på over 10 000. Vi søker nå psykologfaglig redaktør som har lyst å bidra i vår videre utvikling.

Vår papirutgave blir hver måned sendt ut til medlemmer av Norsk psykologforening. I tillegg publiserer vi redaksjonelt stoff fortløpende i vår nettutgave, som er åpent tilgjengelig.

Tidsskrift for Norsk psykologforening eies av Norsk psykologforening og blir redigert fritt i henhold til redaktørplakaten. Psykologtidsskriftet omfatter flere redaksjonelle sjangere, som journalistikk, debattstoff og bokanmeldelser.

Redaksjonen skal styrke sin satsing på vitenskapelig publisering og søker i den forbindelse en psykologfaglig redaktør i 100 % fast stilling.

Sentrale oppgaver for psykologfaglig redaktør er å vurdere manuskript og følge aktuelle bidrag frem til publisering. Psykologtidsskriftet vektlegger at våre bidragsyttere opplever en faglig solid oppfølging. For redaksjonen er det viktig at forfatterne opplever at deres arbeid oppnår gjennomslagskraft ved publisering hos oss. Vi bestreber oss på å gi våre lesere tilgang til aktuell og relevant psykologfaglig stoff.

Psykologtidsskriftet publiserer i et vidt spekter av psykologfaglige temaer, og den vi søker, bør ha en bred interesse- og erfaringsbakgrunn innen psykologi. Psykologfaglig redaktør vil blant annet få ansvar for oppfølging av vitenskapelige artikler, og forskerkompetanse er derfor en fordel. Hvis du har erfaring fra redaksjonelt arbeid eller har publisert akademisk fagpsykologi (legg ved publikasjonsliste

til søknaden), kan det kompensere for manglende formell forskerkompetanse.

Autonomi, jobbkontroll og samarbeid er høyt holdte idealer på vår arbeidsplass. Hver utgave av Psykologtidsskriftet er resultatet av et teamarbeid der alle i teamet har ulike roller. Vi tror stillingen passer godt for deg som trives med en selvstendig rolle, samtidig som du liker å spille på lag.

Hvis du har en over gjennomsnittlig sterk interesse for fagstoff og fagformidling, kombinert med å være opptatt av faglig kvalitetssikring, ønsker vi deg velkommen til å søke på stillingen.

NØKKELKOMPETANSE:

- Psykolog
- Forskerkompetanse og/eller dokumentert kompetanse innen publisering / redaksjonelt arbeid
- Gode metodekunnskaper (innen kvalitative og/eller kvantitative metoder)
- Bred orientering innen faget
- Forståelse for redaksjonelt arbeid og teft for godt psykologfaglig stoff

VI TILBYR:

- Spennende og unike oppgaver
- Muligheten til å jobbe i et engasjert team
- Konkurransedyktige lønns- og pensjonsbetingelser
- Gode personalordninger
- Trivelige lokaler i Grev Wedels plass 4, 0103 Oslo
- Fleksibel arbeidstid, delvis hjemmekontor

SPØRSMÅL OM STILLINGEN:

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

Søknad og cv sendes på e-post til katharine@psykologtidsskriftet.no innen **20. mai**



Norsk psykologforening er en profesjonsforening for autoriserte psykologer i Norge med over 10 000 medlemmer. Som profesjonsforening ivaretar vi medlemmenes faglige og økonomiske interesser og driver en utstrakt videre- og etterutdanning. Psykologforeningen er tilsluttet Akademikerne. Sekretariatet har 47 medarbeidere og heltids president.

For snarlig tiltredelse søker vi:

KOMMUNIKASJONSSJEF

STILLINGEN

Psykologforeningens kommunikasjonstjeneste har ansvar for planlegging og gjennomføring av faglig informasjon og politiske kampanjer i tråd med vedtak fattet av foreningens politiske organer. Tjenesten inngår i generalsekretærens stab, ledes av kommunikasjonssjefen og har i tillegg nettrektør med ansvar for kommunikasjon gjennom foreningens nettside og sosiale media. Tjenesten skal snarlig styrkes med en kommunikasjonsrådgiver med særlig ansvar for innholdsproduksjon og markedsføring.

Kommunikasjonssjefen inngår i foreningens faglige og administrative ledelse, samarbeider tett med president og øvrig politisk ledelse og møter i Psykologforeningens arbeidsutvalg og sentralstyre. Stillingen er utadrettet og krever tett kontakt med det politiske miljø og embetsverk på nasjonalt nivå. Kontakt med media og håndtering av pressehenvendelser står sentralt.

Stillingen er en fast ansettelse og rapporterer til generalsekretær.

Arbeidssted er Kirkegata 2 i Oslo, i trivelige lokaler. Stillingen byr på spennende og unike oppgaver i et stimulerende fagmiljø. Vi tilbyr konkurransedyktige lønns- og pensjonsbetingelser. Noe reisevirksomhet må påregnes.

ARBEIDSOPPGAVER:

- Planlegge, initiere og gjennomføre kommunikasjon overfor samfunnsaktører, fagmiljø og medlemmene basert på foreningens politiske vedtak og prinsippprogram
- Etablere og utvikle kontakter med myndigheter, samarbeidende organer og media
- Motta, sortere og respondere på pressehenvendelser
- Skrive kronikker og debattinnlegg
- Rådgj politisk ledelse og fagavdelinger i utforming av strategiske og operative budskap
- Følge nyhetsbildet, trender, aktualiteter og samfunnsdebatten innen psykisk helse, fag- og interessepolitikk
- Koordinere foreningsinterne kommunikasjonsoppgaver

KVALIFIKASJONSKRAV:

- Høyere utdanning
- Innsikt i politiske beslutningsprosesser i nasjonale og regionale beslutningsorganer
- Erfaring fra gjennomføring av politisk kommunikasjon på operativt og strategisk nivå
- Solid kommunikasjonsfaglig erfaring
- Relevant erfaring fra komplekse virksomheter og nettverk i media, samfunnsliv og politikk, vil bli vektlagt
- Lederegenskaper og gode samarbeidsevner

Søknadsfrist **15. mai 2022**

Nærmere opplysninger ved generalsekretær Ole Tunold, e-post: ole@psykologforeningen.no, tlf. 23 10 31 30. Søknad med CV sendes snarest som e-post til: stillinger@psykologforeningen.no

**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**Julie Bjerkvik**

938 93 002

juliebjerkvik@gmail.com

Rikke Tjoflaa Bruusgaard

930 35 152

bruusgaard.r@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**Ragnhild Ese**

ragnhild.es@gmail.com

920 11 528

Nord-Trøndelag**Julie Valen**

psyk.valen@gmail.com

924 90 532

Nordland**Miriam Ryssdal**

miriam.ryssdal@gmail.com

926 53 473

Oppland**Iver Sørli Røhr**

iversr@gmail.com

916 35 382

Oslo**Birgit Aanderaa**

biraan@ous-hf.no

917 12 983

Rogaland**Marie Tonette Solhaug****Hansen**

marietsh@yahoo.no

977 34 812

Sogn og Fjordane**Solbjørg Torheim Hanitz**

solbjorg_89@hotmail.com

902 95 676

Sør-Trøndelag**Kjersti Sandnes**

sandneskjersti@gmail.com

916 72 756

Telemark**Birgitte Lindø**

libi@siv.no

473 83 123

Troms**Anne Sofie Bentzen**

annesofie.bentzen@

hotmail.com

404 61 116

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

abseikhom@gmail.com

971 29 052

Vestfold**Anne-Kristin Imenes**

anne.kristin.imenes@

gmail.com

907 55 410

Østfold**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

Hanne Indregard Lind,

nesteleder/KTV Helse Sør-

øst tlf. 948 05 153

Martin Øien Jenssen, KTV

Helse Nord, tlf. 909 96 159

Bjarte Bønes Bruntveit,

Spekter- helse, tlf. 909 98 052

Birgit Aanderaa, Spekter-

helse, tlf. 917 12 983

Kristin Haugholt, KS,

tlf. 951 72 032

Bjørn Arne Øvrebø, Stat,

tlf. 982 49 732

Henrik Riekeles Vik,

Privatpraksis, tlf. 408 45 848

Ingrid Grov Mannsverk,

Oslo kommune,

tlf. 959 90 503

Christina Holmen, Virke,

tlf. 414 68 428

Helén Ingrid Adreassen,

YPU, tlf. 402 89 796

Noah L. Skullestad, SPU,

tlf. 452 78 102

**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 RETTSPSYKOLOGI OG SAKKYNDIGHET

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

STUDENTPOLITISK UTVALG

Julie Solheim Bjerkvik,
leder, e-post juliebjerkvik@
gmail.com, tlf. 938 93 002

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

Rikke Pauline Sandvik,
leder, e-post rikkepsandvik@
gmail.com, tlf. 905 74 666

VALGKOMITEEN I NORSK PSYKOLOGFORENING

Ane Johnsen, leder,
e-post ane@millimtr.no,
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
E-post post@
psykologforeningen.no
Hjemmeside
www.psykologforeningen.no

For mer informasjon, se
www.psykologforeningen.no

