

TIDSSKRIFT FOR NORSK PSYKOLOGFORENING



PSYKOLOGI

Vol.58 nr.01 2021

Mangler kommunene psykologer?

Aktuelt

KAOTISK TESTFELT

*Leder
Aktuelt
Rapport*

Multisystemisk terapi for utsatte familier

*Vitenskapelig artikkel
Meninger*

Kunnskapen til de pårørende

Fagessay

PSY KOL OGI

Vol. 58 nr. 01 2021

Sjefredaktør Katharine Cecilia Williams,

katharine@psykologtidsskriftet.no, tlf. 934 82 003

Redaksjonssjef og nettredektør Per Olav Solberg,

perolav@psykologtidsskriftet.no, tlf. 950 88 575

Desksjef Ida Holth, ida.holth@psykologtidsskriftet.no, tlf. 930 23 429

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

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

Redaksjonssekretær Nora Skjerdingsstad, nora@psykologtidsskriftet.no

Redaksjonen redaksjonen@psykologtidsskriftet.no

Debatt meninger@psykologtidsskriftet.no

Markedskordinator Unni Sandland, tlf. 23 10 31 33,

e-post tidsskrift@psykologtidsskriftet.no

Sentralbord 23 10 31 30

Redaksjonsråd Joar Halvorsen, Nidaros DPS

Åshild Skogerbø, Stavanger universitetssykehus

Astrid Weber, Psykisk helse- og rusklinikken, Tromsø

Denne utgaven ble godkjent til trykk 18.12.2020

Omslagsillustrasjon Bjørn Rune Lie

Form Bøk Oslo AS

Trykk 07 Gruppen AS

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

er et redaksjonelt uavhengig organ som redigeres etter Fagpressens redaktørplakat,

Tekstreklameplakaten og Vær varsom-plakaten, samt Lov om redaksjonell

fridom i media. Psykologtidsskriftet eies av Norsk psykologforening.

© Tidsskrift for Norsk psykologforening



Status på testfeltet

Tester utgjør et sentralt arbeidsverktøy for psykologer, men utvikling av kvalitetssikret testverktøy i et lite språksamfunn som Norge er like utfordrende som det er ressurskrevende. I denne utgaven av Psykologtidsskriftet går vi nærmere inn på problemstillingen.

Bakgrunnen er rapporten «Testkvalitetsprosjektet – del 1: Norske psykologers testholdninger og testbruk» på side 28, av leder for Testpolitisk utvalg i Norsk psykologforening Tanya Ryder. Der skriver hun at tester som ikke er tilstrekkelig kvalitetssikret, fortsatt er i utstrakt bruk, at retningslinjer for testbruk ikke følges konsekvent, og at det er svært vanskelig for testbrukere å finne god og pålitelig informasjon om de ulike testene.

Det siste er viktig. Psykologen har et selvstendig ansvar som testbruker (se International Test Commissions (ITC), internasjonale retningslinjer for testbruk på www.psykologforeningen.no), men dette er et felt som er svært uoversiktlig. I tillegg er kvalitetssikring av tester en så omfattende og økonomisk ressurskrevende oppgave at det er nødvendig at en overordnet instans tar et ansvar.

NPF har siden tidlig på nittitallet jobbet for kvalitetssikring av tester og testbrukere med blant annet gjentatte henvendelser til Helsedirektoratet. NPF ga i 2006 Anne Selvik i oppdrag å kartlegge testfeltet, og hun konkluderte blant annet med at «Gjennomgangen av testsituasjonen innen klinisk praksis i Norge så langt viser flere områder av uforsvarlig bruk» (Selvik, 2007). I 2010 og 2012 publiserte Vaskinn med flere i Psykologtidsskriftet resultater fra en undersøkelse av norske psykologers testbruk. Her fremkom det blant annet at testverktøy ble distribuert i strid med opphavsrett, samt en mangel på tester med kvalitetssikrede, norske normer.

Når vi leser Ryders rapport, ser ikke situasjonen ut til å ha endret seg vesentlig i årene som har gått. ✕



Katharine Cecilia Williams

Sjefredaktør
katharine@psykologtidsskriftet.no



Dette er et felt som er svært uoversiktlig



FOTO: ANDRÉ ASKELAND

UTFORDRER HELSEMYNDIGHETENE

Hvordan er norske psykologers testholdninger og testbruk? Psykologspesialist Tanya Ryder (bildet) vil ha helsemyndighetene på banen i etterkant av at hun har undersøkt testfeltet (s. 28).

*Aktuelt
Rapport*



ILLUSTRASJON: HILDE THOMSEN

KVA ER NORMALT?

Psykologspesialist Anita Helgeland undrar på om auken i autismediagnosar kan vere uttrykk for ei innsnevring av normalitetsomgrepet.

Debatt



FOTO: MAGNOLIA PICTURES / COURTESY: EVERETT COLLECTION

RADIKALE FORTELLINGER

Historien er full av eksempler på hvordan vanlige mennesker lar seg radikalisere. Psykolog Cathrine Moestue har lest seg opp på fortellingen om Patty Hearst for å besvare spørsmålet: Var hun ansvarlig for sine handlinger eller et offer som gjorde det hun trengte for å overleve?

Essay

Innhold

- 1 **Status på testfeltet**
Leder | Katharine Cecilia Williams
- 4 **Testråd til NAV**
NÅ: Charity van Delft | Øystein Helmikstøl
- 6 **Testfelt uten styring**
Aktuelt | Øystein Helmikstøl
- 11 **- Psykologforeningen sovnet på post**
Aktuelt | Øystein Helmikstøl
- 14 **Ber om statsstøtte til utdanningsstillinger**
Aktuelt | Per Halvorsen
- 16 **Strid om dekningen**
Aktuelt | Per Halvorsen
- 18 **En pilotstudie av MST-CAN i Norge**
Vitenskapelig artikkel | Ellisiv Thuve, Didrik Aamnes & Annika Melinder
- 28 **Testkvalitetsprosjektet - del 1: Norske psykologers testholdninger og testbruk**
Rapport | Tanya Ryder
- 38 **Pårørende som kunnskapskilde**
Fagessay | Kari Bøckmann & Alice Kjellevold
- 47 **MENINGER**
Psykologiske patruljevakt mellom normalitet og avvik | Anita Helgeland (s. 48)
Debat: Barnevern (s. 54), Skammens funksjon (s. 56) og Forsterkningsbegrepet (s. 60)
Kommentar: Strategiutvikling (s. 58)
Tilsvar: Kvalitetssikring av tester i NAV | Vivian Andersen (s. 57)
- 61 **INNTRYKK**
Essay: En fortelling om radikalisering | Cathrine Mostue (s. 62)
Bokanmeldelser: Klassisk psykologi oppdatert (s. 68), Variert om vold (s. 71)
- 72 **Annonser**
- 74 **Stillingsannonser**

Testråd til NAV

Endelig kan psykologspesialist Charity van Delft snakke fritt om test- og kartleggingsverktøy i NAV. – Mye bør gjøres, konstaterer hun.

TEKST Øystein Helmikstøl FOTO Nora Skjerdingsstad

– Vi skriver om test- og kartleggingsverktøy i denne utgaven. Det er rundt 80 statlig ansatte NAV-psykologer. Hvordan står det til på testfeltet i NAV?

– De aller fleste som jobber i NAV, er engasjerte og kompetente, så jeg vil ikke henge ut NAV. Men det er behov for høyere bevissthet rundt testkompetanse og hvordan psykologer i NAV kan og bør bidra til bedre og raskere avklaring av en brukers behov.

Situasjonen var enda verre for noen år siden. Det ble bedre etter at Arbeidsdirektoratet tok initiativ til å gjenopprette og forbedre det som kalles *Verktøykassen* for Arbeidsrådgivningskontorene (ARK). Psykologer, i kraft av sin psykologutdanning, er bevisste på testkvalitet, men også de har forbedringspotensial. Det er mangler i utdanningen, som de tar med seg videre. Og det er fortsatt mye som bør gjøres.

– Hva bør gjøres?

– Det er et stort problem at velmenende NAV-ansatte som ikke er psykologer, og dermed ikke har tilstrekkelig forståelse for psykologisk testing, sender brukere til nevropsykologer for testing. Ofte handler det ikke om nevropsykologiske problemer, men om klinisk psykologiske problemer, eller noe helt annet.

Unødvendig testing kan påføre mennesker en unødvendig ikke-mestringsopplevelse. Og resultatene kan hefte med mennesker resten av livet, også når resultatene egentlig var irrelevante eller invalide. Dessuten er det dårlig bruk av statens ressurser. Andre ganger burde slik testing vært gjort, men problemstillingen er ikke vurdert av psykolog fordi det er for få psykologer i NAV.

– Og noe må gjøres med psykologutdanningen, mener du?

– Ja, psykologstudentene trenger mer opplæring i hvordan de skal vurdere kvaliteten på

Hvorfor NÅ?

- Testfeltet er preget av manglende oversikt over verktøy, og manglende etterlevelse av internasjonale standarder og retningslinjer for testing, viser undersøkelser de siste årene.
- Psykologspesialist Charity van Delft har jobbet med test- og kartleggingsverktøy i NAV-systemet i seks år og hadde fra før mange års erfaring fra klinisk virksomhet.
- NAV svarer på kritikken fra van Delft på side 57

en test. Det er for mange som antar at alt er i orden med kvalitet og rettighetene når offentlige instanser sier at vi skal bruke de og de testene. Det er det nødvendigvis ikke. For noen år siden eksisterte det for eksempel tre ulike utgaver/oversettelser av SCL-90-R. Ingen av dem var kvalitetssikret, og de som eier rettighetene til SCL-90-R, var aldri blitt spurt. Testene var i omløp overalt. Mange psykologer antok at alt var i orden og brukte dem.

Et annet problem er at psykologstudentene trenger mye bedre opplæring i psykologisk arbeid på tvers av kultur og språk generelt, og spesielt når det gjelder testing i slike situasjoner.

– I NAV er det flere yrkesgrupper med ulik utdanningsbakgrunn, ikke bare psykologer, som står for testing. Hvordan sikrer NAV seg at de som benytter testverktøy, har tilstrekkelig kompetanse?

– På overordnet nivå skal Verktøykassen gjøre nettopp det, men etterlevelsen ute i feltet må bli bedre. Det er ikke lenge siden en psykolog fortalte at hen ble presset til å gjøre verktøyene BDI og BAI tilgjengelig for kolleger som ikke oppfyller kompetansekravene for å bruke dem. Begge verktøyene er forbeholdt autoriserte psykologer, eller leger. Under Arbeidsrådgivningskontorene er det noe som heter Senter for jobbmestring (SFJ). De skal drive med korttids arbeidsrettet kognitiv terapi, og en del av opplegget er at man skal bruke BDI og BAI. Flere av dem som jobber i SFJ, er verken leger eller psykologer. Det er altså ansatte i NAV som driver med testing, som ikke har kompetansen som kreves for å gjøre det.

– Hvordan vet du at dette skjer?

– Jeg har selv blitt spurt om å skaffe BDI og BAI som ikke-psykologer skulle bruke. Hvis man

ikke oppfyller kravene til å bruke dem, får man heller ikke kjøpe dem. Derfor presses psykologer til å kjøpe dem, for å distribuere dem til kolleger som ikke har den riktige kompetansen.

Det har også skjedd en utglidning med evnetester. Norge er det eneste landet i verden der andre enn psykologer har fått lov å bruke Wechsler-testene, altså IQ-tester. Unntaket for Norge gjelder for spesialpedagoger med spesialisert kompetanse. De kan bruke Wechsler-testene kun med barn. Og kun i en skolekontekst. I NAV skled det mye ut slik at andre enn psykologer brukte Wechsler- og andre evnetester med voksne, og NAV er ikke et opplæringssted. Dette har man prøvd å korrigere med Verktøykassen, men de ikke er i mål ennå.

– Du vil ha flere psykologer inn i NAV. Dette kan høres ut som fagpolitikk?

– Dette handler ikke om profesjonskamp, men om å sikre rettighetene som NAVs brukere har. En utredning kan ha avgjørende betydning for hvilken stønad du får, om du får for eksempel uføretrygd, arbeidsavklaringspenger eller sosialstønad. Dine juridiske rettigheter står i fare hvis vedtaket bygger på opplysninger av dårlig kvalitet.

– Hvordan sikrer en stor organisasjon som NAV at testverktøyene som benyttes, holder tilfredsstillende kvalitet?

– Verktøyene som er godkjent, har god nok kvalitet, men de som bruker dem, har ikke nødvendig kompetanse. I ARK er det mer testing enn ellers. Det er der man har dette som kalles Verktøykassen. Det er et forsøk på å kvalitets sikre og kontrollere testbruk, og det er ganske bra. Problemet er å sikre at det brukes. Hvert fylke skal ha et Arbeidsrådgivningskontor, men det er ikke alltid nyansatte vet om Verktøykassen. På lokalplan kan det være et problem med innarbeidede sedvaner, der noen fortsetter å gjøre hva de vil.

– Kan du si noe om kvaliteten på testverktøyene?

– De er for så vidt gode nok. Hvis oversettelsene ikke var kvalitetssikret, eller rettighetene var uavklarte, kom de ikke i Verktøykassen. Akkurat på dette punktet ligger NAV foran flere i helsetjenestene. NAV har virkelig gått igjennom og kvalitetssikret alle testverktøyene som ligger inne i Verktøykassen.



FRITTALLENDE Velmenende NAV-ansatte som ikke er psykologer, sender ofte brukere til nevropsykologer for unødvendig testing, ifølge psykologspesialist Charity van Delft.

– Det er vel et problem, også i NAV, at mange tester er utviklet i en annen kultur og på et annet språk enn testtakerens?

– Ja. I min tid tok vi ut Ravens fra Verktøykassen, nettopp fordi det ikke engang fantes normer for nordmenn. For ikke å snakke om somaliere i Norge. De normene som fantes, var utdaterte.

Men det finnes også tester, som WAIS, som det er gjort et stort arbeid med for å tilpasses norske forhold. Likevel bruker man dem på folk som ikke er norske. Da kan testene få ulikt utslag. Som amerikaner ville jeg for eksempel skåret lavere enn en nordmann dersom du ga meg den norske versjonen av WAIS, og omvendt. Det trengs flere ressurser for å tilpasse testene til brukere fra andre kulturer, spesielt i NAV. Og NAV må jobbe med hvordan de skal utrede klienter fra andre kulturer. Både testforlagene, Helsedirektoratet og Arbeids- og velferdsdepartementet bør ta mer ansvar her. ❌

Testfelt uten styring

Testfeltet har i årevis hatt utfordringer. En fersk undersøkelse og sentrale psykologer beskriver et uoversiktlig felt med uklare ansvarsforhold.

TEKST

Øystein Helmiøstøl

PSYKOMETRI ER FAGFELTET som handler om måling av psykologiske fenomener. For eksempel psykologiske tester eller spørreskjemaer som kartlegger evner, holdninger, ferdigheter, personlighetstrekk, livskvalitet eller symptomer på psykiske lidelser, ifølge Store medisinske leksikon.

I spesialisthelsetjenesten er tester og kartleggingsverktøy spesielt viktig i forbindelse med utredning og diagnostisering av pasienter.

I en ny undersøkelse omtalt på side 28 i denne utgaven av Psykologtidsskriftet har 1400 norske psykologer rapportert om holdninger de selv har til testkvalitet, og de har også rapportert om sin egen testbruk. Ansvarlig for kartleggingen av testfeltet er psykologspesialist Tanya Ryder.

– Testfeltet er til dels uoversiktlig, sier hun.

NATURLIG Plass

Rudi Myrvang er psykologspesialist i arbeids- og organisasjonspsykologi. Han har over 20 års erfaring fra testbransjen og er med i Testpolitisk utvalg i Psykologforeningen.

Myrvang mener at tester og kartleggingsverktøy har en naturlig plass i mange psykologer arbeid, fordi instrumentene kan bidra til raskere å komme til kjernen i problematikken psykologen skal forholde seg til.

Men:

– Slik det er i dag, er det svært vanskelig for psykologer å orientere seg i mylderet av tilgjengelige kartleggingsinstrumenter, noe som skyldes manglende dokumentasjon, manglende nasjonale oversikter, kombinert med for lav testpsykologisk kompetanse hos mange psykologer, sier Myrvang.

TRE OMRÅDER

Det er flere som er bekymret for testfeltet.

Mikael Julius Sømhovd er spesialrådgiver og sekretær for Testpolitisk utvalg i Norsk psykologforening. Han har skrevet flere psykometriske artikler, og har blant annet gjort valideringsstudier på den danske versjonen av instrumentet SDQ (Strengths and Difficulties Questionnaire), en atferdsscreening for barn og unge i alderen 2 til 17 år.

– Hvis folk hadde visst hvor dårlig kvalitets-sikret psykologiske tester er, så hadde det vært mange flere klagesaker om dette, både til Fag-tisk råd i Norsk psykologforening og også til Helsetilsynet, sier Sømhovd.

Sømhovd mener at det arbeids- og organi-sasjonspsykologiske området skiller seg posi-tivt ut, der er det mer kvalitetskontroll av test-kvalitet og brukerkompetanse enn innenfor det pedagogiske og det kliniske området.

Han forteller at Psykologforeningen har fått signaler om at det på det arbeidspsykologiske området, særskilt NAV og det pedagogiske området, er flere med utilstrekkelig testbru-kerkompetanse som driver med testing. Dette gjelder yrkesgrupper som ikke har tilegnet seg tilstrekkelig kompetanse gjennom utdannel-sen sin, noe som ifølge Sømhovd ikke er greit.

Han er bekymret.

– Det er i det hele tatt veldig få som vet hvor dårlig det står til på testfeltet i Norge.

NY UNDERSØKELSE

Tanya Ryder sendte ut spørsmål om holdninger til testkvalitet og egen testbruk til rett i underkant av 5000 medlemmer i Norsk psykologforening, det er om lag halvparten av medlemsmassen.

Kartleggingen er et samarbeid mellom Norsk psykologforening, Helsedirektoratet og Folkehelseinstituttet (FHI).

Selv om svarprosenten på 29 prosent er rela-tivt lav, er den høyere enn i tilsvarende under-



UTFORDRER HELSEMYNDIGHETENE Helsemyndighetene må på banen og spille en aktiv rolle på testfeltet, mener leder Tanya Ryder i Testpolitisk utvalg i Norsk psykologforening. Foto: André Askeland

søkelse som ble gjort i 2009, og gir ifølge artikkelforfatter Tanya Ryder et illustrerende bilde av testbruk blant psykologer. Ryder er psykologspesialist ved Sykehuset i Vestfold, i tillegg til at hun leder Testpolitisk utvalg i Psykologforeningen.

Hun beskriver situasjonen på testfeltet slik:

– Hvilke tester psykologer bruker, er for ofte tilfeldig. Feltet er lite regulert. Det sirkulerer tester utviklet i andre land som ikke er tilstrekkelig tilpasset for bruk i en norsk kontekst. Dette gjelder manglende informasjon om oversettelse og kulturell tilpasning samt manglende norsk normering. Det blir brukt tester der rettigheter til distribusjon ikke er avklart. Kvaliteten på testene varierer, fra tester man kan stole på, til andre som er ganske tvilsomme.

Ryder får støtte fra faglig rådgiver Tore Willy Lie i Nasjonal kompetansetjeneste for samtidig rusmisbruk og psykisk lidelse (NKROP).

– Ja, kartleggingsverktøy i Norge har vært et litt grumsete felt i mange år, både med tanke på usikkerhet rundt faglig kvalitet på det enkelte verktøy og brudd på åndsverkloven. Men det er noe bedring de siste årene. Jeg har inntrykk av at flere klinikere i Norge, og forhåpentligvis forskere, har blitt mer bevisst på betydningen av juridisk status på kartleggingsverktøy, sier Lie.

Han viser til at Helsedirektoratet i nyere nasjonale faglige retningslinjer påpeker at klinikere og institusjoner må forholde seg til rettighetsrammene knyttet til kartleggingsverktøy.

– At de skriver det, kan kanskje over tid hjelpe på bevisstgjøringen rundt dette.

Mikael Sømhovd i Psykologforeningen er enig med Lie i at det er en viss bedring, særlig på rettighetssiden, særlig på grunn av systemer gjennomført for eksempel helseteknologiskapet CheckWare.

– Det er i det hele tatt veldig få som vet hvor dårlig det står til på testfeltet i Norge

*Mikael Sømhovd,
Norsk psykologforening*

»

– Men fellen her er at sånne elektroniske systemer ikke garanterer kvalitet og validitet på noen som helst måte, advarer Sømhovd.

VÆRT ET PROBLEM LENGE

Problemer knyttet til tester og psykologers testbruk er ikke nye, og psykologer har i en årrekke jevnlig slått alarm om situasjonen. I 2006 skrev blant annet Norsk psykologforening dette, etter at psykolog Anne Selvik hadde undersøkt testfeltet:

«Gjennomgangen av testsituasjonen innen klinisk praksis i Norge så langt viser flere områder av uforsvarlig bruk. Usikre testmetoder brukes av både psykologer, andre helsearbeidere og helseinstitusjoner.»

Tester er brukt i samme grad, men det er flere ulike tester i sirkulasjon. Det ser ifølge den nye undersøkelsen ut til at det er i overkant av 300 ulike tester i bruk, og Ryder vurderte de om lag 40 mest brukte testene innenfor rammene av prosjektet.

Ni av ti norske psykologer brukte tester for ti år siden, ifølge en forskningsartikkel av Anja Vaskinn og kolleger fra 2010. Ryders ferske undersøkelse viser akkurat det samme.

Det virker som forholdene på testfeltet har forverret seg på noen punkter, ifølge Ryders nye undersøkelse. Psykologer ser ut til å ta mindre selvstendig ansvar for vurderinger om testkvalitet nå enn for ti år siden, og de lener seg mer på arbeidsgivers vurderinger eller bestemmelser.

Psykologtidsskriftet har spurt hvordan dette fungerer i praksis, blant annet ved klinikk for psykisk helsevern ved Lovisenberg diakonale sykehus. Der har de ifølge avdelingsoverlege Rune Årskog pleid å ta utgangs-

punkt i de nasjonale faglige retningslinjene fra Helsedirektoratet, i tillegg til at de har testing og utredning som tema på interne psykologmøter og i veiledning.

– Vi har også laget et testarkiv med aktuelle testverktøy som oppdateres fortløpende. Innenfor disse rammene er det opp til den enkelte psykolog/kliniker å bestemme hva som er hensiktsmessig å bruke, forteller Årskog.

TESTRETTIGHETER

Åndsverkloven gir opphavspersonen eierskap til sine verk, og den forbyr uautorisert kopiering av andres åndsverk. Psykologtidsskriftet er kjent med at psykologer rapporterer om mange og stadige brudd på åndsverklov og opphavsrett knyttet til testmateriell. Blant annet ved at det benyttes kopier av testmateriell, i tillegg til at det benyttes uautoriserte oversettelser av internasjonale verktøy. Psykologer forteller at det foregår utstrakt ulovlig kopiering av papirbaserte tester innenfor det pedagogiske og kliniske feltet.

– Det øker sannsynligheten for at testingen skjer helt uten – eller med ikke-oppdaterede – manualer, skåringsmaler og normgrupper. Dette var tidligere også et problem innenfor det organisasjonspsykologiske feltet, men nå har internettbaserte testverktøy tatt over. Da er det selvsagt langt vanskeligere å kopiere. Samtidig reduseres faren for brukerfeil som følge av automatisk skåring, sier Myrvang.

I Tanya Ryders nye undersøkelse går det også fram at det er uavklarte spørsmål knyttet til opphavsrettigheter til noen av testene som er mye brukt i Norge. I tillegg peker undersøkelsen på at flere brukte tester ikke er tilstrekkelig kvalitetssikret.

Ryder omtaler to tester spesielt: SCID-II og M.I.N.I. Begge er strukturerte kliniske intervjuer basert på diagnosemanualen Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (American Psychiatric Association).

Rettighetsinnehavere er ifølge Ryder henholdsvis American Psychiatric Association (SCID-II) og David V. Sheehan (M.I.N.I.).

Hennes gjennomgang av testene viser at SCID-II ikke er autorisert for bruk i Norge, og at gamle versjoner av M.I.N.I. må erstattes av nye, med inngåelse av en bruksavtale med Sheehan.

– *I hvor stor grad vil du si at mangelen på oversikt i testfeltet handler om pasientsikkerhet, og ikke bare om uavklarte spørsmål rundt opphavsrett til ulike tester?*

Test- og kartleggingsverktøy

- I Norge utgis et økende antall psykologiske tester, spørreskjemaer, sjekklister, intervjuer og kartleggingsverktøy som brukes i utredninger innenfor helse, utdanning og yrkesliv, ifølge en ny rapport av psykologspesialist Tanya Ryder.
- Norsk psykologforening (NPF) har lenge vært bekymret for testfeltet, ifølge undersøkelsen.
- Testfeltet er preget av manglende oversikt over verktøy, og manglende etterlevelse av internasjonale standarder og retningslinjer for testing, viser undersøkelser de siste årene.
- Det er behov for økt bevissthet om internasjonale testretningslinjer, skriver Ryder.
- Testpolitisk utvalg (TPU) i Psykologforeningen har fått oversatt International Test Commissions (ITC) internasjonale retningslinjer for bruk av tester. Den norske versjonen ble nylig godkjent av sentralstyret i foreningen.
- TPU mener alle som befatter seg med tester, må kjenne de internasjonale retningslinjene.

– Opphavsrett og pasientsikkerhet henger sammen. Vi ser en del brudd på åndsverkloven, som også kan knyttes til klinisk nytte av testene. Hvis man ikke vet hvordan testen kom til landet, om kvaliteten på oversettelsen og om den kulturelle tilpasningen er tilfredsstillende, eller om det fins adekvate normer på norsk, hvordan skal vi da vite at vår tolkning av resultatene er valide? spør Ryder retorisk.

Ryder påpeker at det er en formidabel oppgave å kvalitetssikre tester.

– Mengden av tester er enorm. Det er vanskelig å ha oversikt og vite hvilke tester som er kvalitetssikret og som holder mål, og hvilke som ikke er det, fordi kvalitetsinformasjonen er så mangelfull.

Når testbrukere ikke har den informasjonen som kreves for å vurdere om testen er egnet til formålet, er det et pasientsikkerhetsproblem, understreker Ryder.

– Det er derfor helsemyndighetene må på banen og spille en aktiv rolle på testfeltet.

UKLARE ANSVARFORHOLD

For hvem har egentlig det overordnede ansvaret for kvalitetssikring av arbeids- og organisasjonspsykologiske, pedagogiske og kliniske tester i Norge?

«Vi kan ikke hjelpe med dette, men foreslår du sender en henvendelse til Helsedirektoratet», svarer Folkehelseinstituttets kommunikasjonsavdeling på spørsmålet fra Psykologtidsskriftet.

Fra Helsedirektoratet får vi dette svaret:

«Helsedirektoratet har per i dag ikke noe overordnet ansvar for kvalitetssikring av ulike tester. Helsedirektoratet har uttalt seg om dette i et brev til de regionale helseforetakene i 2016.»

I dette svarbrevet, som kom i etterkant av et varslingsbrev fra Psykologforeningen, kommer det fram at Helsedirektoratet hadde en lengre prosess om eierskap, oversettelse og godkjenning av ulike kartleggingsverktøy. Dette var knyttet til blant annet utredning og diagnostisering av psykiske lidelser og ruslidelser. Direktoratet hadde kontakt med det de omtaler som «sentrale aktører», og nevner «Kunnskapscenteret/Psyk-Test og Helsebiblioteket».

Helsedirektoratet legger ansvaret på helseforetakene og den enkelte testbruker selv, og brevet konkluderer slik:

«Helseforetakene og den enkelte helsearbeider som anvender et verktøy, må selv sørge for at bruken av verktøyet er innen rammen for «god klinisk praksis» og innenfor de rettighetsrammene som finnes.»

Psykologforeningen sendte nytt brev til direktoratet for rundt et år siden, og er ifølge Mikael Sømhovd i Psykologforeningen lovet dialog.

Holdningen fra Helsedirektoratet har bekymret Testpolitisk utvalg i Psykologforeningen helt siden brevet kom fra dem for fire år siden.

– Testfeltet må løftes til et høyere nivå, det må tas et nasjonalt grep. Myndighetene må ta en mer aktiv rolle i å veilede testbrukere, på et overordnet nivå, for det er en formidabel jobb for enhver testbruker å sette seg inn i hver enkelt test og sjekke alle forhold rundt den. Myndighetene har allerede en del systemer for det, som PsykTestBarn/FHI og Helsebiblioteket, sier Tanya Ryder.

Hun er i utgangspunktet positiv til arbeidet disse gjør på feltet. Helsebiblioteket er et offentlig finansiert nettsted drevet av FHI, og Ryder framhever at de tilbyr gratis tilgang til fagkunnskap, og publiserer ulike tester og lenker til tester.



– **GRUMSETE** Kartleggingsverktøy har vært et litt grumsete felt i mange år, mener faglig rådgiver Tore Willy Lie i Nasjonal kompetansetjeneste for samtidig rusmisbruk og psykisk lidelse. Foto: NKROP

– Det er derfor helsemyndighetene må på banen og spille en aktiv rolle på testfeltet

Tanya Ryder, psykologspesialist

»



BEKYMRET Hvis folk hadde visst hvor dårlig kvalitetssikret psykologiske tester er, hadde både Psykologforeningen og Helsetilsynet mottatt flere klager, mener spesialrådgiver Mikael Sømhovd i Norsk psykologforening. Foto: Nora Skjerdingsstad

– Men Helsebiblioteket har en del kvalitetsmangler, de lenker til foreldede tester og verktøy som det ikke er gitt distribusjonsrettigheter til, sier Ryder.

HELSEBIBLIOTEKETS ROLLE

Øystein Eiring, som er psykiater og fagansvarlig for Helsebibliotekets psykisk helsesider, sier at de på sine psykisk helsesider tilstreber å ha en så fullstendig oversikt som mulig over tester som er fritt tilgjengelige og på norsk. Han fremholder at testene biblioteket lenker til, er både oppdaterte og fritt tilgjengelige så langt dette er pragmatisk mulig.

– Ansvar for oppdatering av testene ligger i all hovedsak på de instanser som har testene på sine nettsider, sier Eiring til Psykologtidsskriftet.

– Har dere ikke et redaksjonelt ansvar for at informasjonen dere formidler på Helsebiblioteket, er oppdatert og korrekt?

– Helsebiblioteket er som navnet sier et bibliotek. Det har siden oppstarten levd i spenningsfeltet mellom streng vurdering av kvalitet på den ene siden og et ønske om pragmatisk å tilgjengeliggjøre innhold som oppleves som nyttig i fagfeltet i møtet med pasienter, på den andre. Testene vi formidler, gjennomgås årlig. Ettersom vi ikke har kapasitet til å sjekke tester daglig, er ikke metoden feilfri, men den har fungert godt. Helsebiblioteket verken ønsker eller har kapasitet til å være den instans som fortløpende gjennomgår validitet og en rekke andre kriterier per test.

– Kan helsearbeidere stole på at alt materiell dere legger ut, er til fri benyttelse og uten brudd på åndsverkloven?

– Psykisk helsesidene på Helsebiblioteket legger i regelen ikke ut materiell. Når vi lenker til en test, legger vi også stor vekt på hvilken instans som har lagt ut testen. Spørsmålet er dermed egentlig om helsearbeidere kan stole på om tester lagt ut av det vi vurderer som pålitelige helsenettsteder, holder mål. Gjennom de femten år sidene med skåringsverktøy for psykisk helse-feltet har eksistert, har dette vært både bærekraftig og holdbart.

Eiring nevner helsenettsteder som Aldring og helse, NHI (Norsk Helseinformatikk), nasjonale kompetansetjenester, Helsedirektoratet og universitetssykehusene som eksempler på helsenettsteder.

Helsebiblioteket gjennomgår ifølge Eiring testene jevnlig med tanke på oppdatering og har dialog med fagmiljøene.

– Hvis det likevel er tester som er foreldet blant de vi lenker til, vil vi svært gjerne ha tilbakemelding slik at vi kan holde sidene så oppdatert som mulig, sier Eiring.

Medlemmene i Testpolitisk utvalg i Psykologforeningen er psykologer som skal ha spisskompetanse på psykologiske tester og kartleggingsverktøy. Innenfor foreningens politiske og administrative rammer skal de fungere som faglige eksperter i arbeid med testrelaterte saker, ifølge Psykologforeningen.no.

– Tanya Ryder, hvilket ansvar har du selv som leder av Testpolitisk utvalg (TPU) for at testfeltet skal være mer oversiktlig og i tråd med norsk lov?

– Utvalget skal bistå Psykologforeningen med å fremme saker knyttet til testkvalitet. Testkvalitetsprosjektet ble satt i gang like etter at jeg begynte i TPU i 2017, det er et samarbeid mellom Psykologforeningen, FHI og Helsedirektoratet. Jeg mener det er viktig at prosjektets funn om utfordringer knyttet til testfeltet belyses, og tas på alvor, slik at relevante aktører kan sette i gang hensiktsmessige forbedringstiltak, svarer Ryder, og legger til at TPU vil jobbe for å øke bevisstheten om, og etterlevelsen av, internasjonale testretningslinjer.

TPU jobber også med å utarbeide en veileder for flerkulturell testing og å kartlegge testundervisning på norske universiteter.

Tanya Ryder understreker at testutviklere har ansvar for å tilpasse sine tester til bruk i Norge.

– Å ikke utvikle norske normer og vise hvordan tester fungerer med den populasjon reduserer tilliten til testresultatene, sier Ryder, som opplyser at blant annet dette vil være tema i hennes neste rapport.

HELSEDIREKTORATET

Rudi Myrvang er ikke imponert over Helsedirektoratets rolle på testfeltet. Han bruker kartleggingsverktøyet Global Assessment of Functioning

ning (GAF) som eksempel. GAF ble brukt av «alle», forteller han – helt til man innså at det var lovbrudd.

– Det er et kartleggingsverktøy for å måle effekt, som Helsedirektoratet påla helseforetakene å bruke, men testen fantes ikke i Norge. Den viste seg å foreligge kun i piratkopiert versjon. Så vi er der, sukker Myrvang.

I Tanya Ryders artikkel omtaler hun at Helsedirektoratet selv har anbefalt bruk av testen SCID-II i nasjonale retningslinjer, tross manglende tillatelse til å distribuere eller bruke norske utgaver av dette intervjuet. Faglig rådgiver i NKROP Tore Willy Lie forteller at i en rekke nasjonale faglige retningslinjer er det fortsatt anbefalt å bruke kartleggingsverktøy som bryter åndsverkloven. Han har flere eksempler, blant annet disse:

– GAF anbefales i psykoseretningslinjen. SCID-I anbefales i retningslinjene for psykose og bipolar lidelse. SCID-II henvises til i ADHD-retningslinjen. SCID-I og SCID-II var også anbefalt i ROP-retningslinjen, men det er endret til de nye gyldige og lovlige versjonene SCID-5-KV og SCID-5-PF i nettversjonen til retningslinjen. Et annet viktig poeng i denne sammenheng er at en oversatt test som bryter åndsverkloven, ikke nødvendigvis betyr at oversettelsen er dårlig. Samtidig er det uvesentlig om den er god, hvis det ikke er lov til å distribuere den, sier Lie.

Avdelingsdirektør Torunn Janbu i Helsedirektoratet, forteller at Helsedirektoratet er kjent med utfordringene om ulike test- og kartleggingsverktøy.

– Det vil være et omfattende arbeid å gjennomgå alle som er i bruk, skriver Janbu i en e-post via kommunikasjonsavdelingen.

– Når det gjelder ansvar for bruk i helsetjenesten, er det slik som vi tidligere har skrevet: «Helseforetakene og den enkelte helsearbeider som anvender et verktøy, må selv sørge for at bruken av verktøyet er innen rammen for «god klinisk praksis» og innenfor de rettighetsrammene som finnes.»

Janbu vedgår at Helsedirektoratet likevel er ansvarlig for det som står i direktoratets retningslinjer og andre normerende produkter.

– Vi vil gjennomgå og sikre at kartleggingsverktøy hvor vi allerede har trukket tilbake anbefalingen (for eksempel GAF), ikke anbefales i våre retningslinjer. ✘

- Psykologforeningen sovnet på post

Ny rapport om testfeltet kritiserer flere aktører.

TEKST Øystein Helmikstøl FOTO Nora Skjerdingsstad

DET HAR IFØLGE organisasjonspsykolog Rudi Myrvang vært «jevnlig murring» på testfeltet. Rundt årtusenskiftet var Psykologforeningen i kontakt med Det Norske Veritas, det som nå heter DNV GL. Målet var å etablere en sertifiseringsordning for det arbeids- og organisasjonspsykologiske testområdet.

- HELT GALIMATIAS

Fram til rundt 2005 var det ifølge Rudi Myrvang komplett kaos der.

– Det var helt galimatias. Det var utrolig mange dårlige tester som ble brukt.

Etter hvert ble man enige om å starte med å sertifisere testbrukere.

– Tanken var å ha testbrukere med kompetanse, som ville velge gode verktøy. Man fikk på plass en egen sertifiseringsordning, basert på europeiske retningslinjer, sier Myrvang.

Etter dette ble det også etablert en egen standard for tester og kartleggingsverktøy, med tilhørende sertifisering i regi av DNV GL.

I 2011 tok Psykologforeningen på papiret ansvar for å forvalte standardene som ligger til grunn for sertifisering av tester og testbrukere på det arbeids- og organisasjonspsykologiske feltet.

Myrvang mener at hans egen fagforening her ikke gjorde jobben sin godt nok.

– Psykologforeningen sovnet på post. De hadde ikke helt fått med seg at de hadde det ansvaret fra 2011, dessverre.

I 2019 ble det ny oppmerksomhet rundt testkvalitet, som startet med en kommentar av Eva Grinde i Dagens Næringsliv (DN), der hun spurte hvorfor Veritas setter kvalitetsstempel på omstridte personlighetstester.

– Man hadde vært ganske fornøyd med praksisen på det organisasjonspsykologiske feltet. Så kom Eva Grinde og pirket borti dette, sier Myrvang.

Grindes kommentar i DN ble et vendepunkt, forteller han. Den førte blant annet til at det ble satt ned en arbeidsgruppe i Psykologforeningen som skulle evaluere behovet for justeringer av gjeldende standarder som ligger til grunn for DNV GLs (eid av Stiftelsen Det Norske Veritas) sertifisering av test- og kartleggingsverktøy og testbrukere på det arbeids- og organisasjonspsykologiske feltet.

– Det er helt åpenbart at Psykologforeningen ved Testpolitisk utvalg må ta et ansvar for at tester som brukes i Norge, er av tilstrekkelig kvali- »

- DNV GLs roller er ikke alene å være ansvarlig for kvalitet, ei heller er vi øverste ansvarlig

*Kristin Morisbak,
DNV GL*

tet, og at alle som bruker dem, har tilstrekkelig kompetanse, sier Myrvang.

Han ledet arbeidsgruppen, og samtidig ble han med i Testpolitisk utvalg.

- Visjonen til TPU og Psykologforeningen bør helt klart være at alle som testes, skal være garantert tilstrekkelig testbrukerkompetanse og godt kvalitetssikrede og dokumenterte testverktøy, sier Myrvang.

NY RAPPORT

Arbeidsgruppen, som i tillegg til Myrvang har bestått av psykologene Andreas Kolstø og Ellen Barsett Magnus, er underlagt Testpolitisk utvalg i Psykologforeningen.

Gruppen leverte sin rapport først til TPU, som behandlet og stilte seg bak anbefalingene i et møte i september i fjor. Rapporten ble sendt videre til Arbeidsutvalget i Psykologforeningen, som i et møte 6. oktober i fjor også stilte seg bak, ifølge Myrvang. Rapporten er dermed Psykologforeningens offisielle politikk innenfor testfeltet i tiden som kommer.

I rapporten kommer arbeidsgruppen med sterk kritikk både av Psykologforeningen og DNV GL.

«Foreningen har som følge av at TPU (*Testpolitisk utvalg, red. anm.*) i liten grad har tatt rollen som forvalter av standardene heller ikke bidratt til å følge opp og videreutvikle standardene. Det har heller ikke blitt registrert aktivitet for å markedsføre standardene. Ei heller har TPU i tilstrekkelig grad vært en sparringspartner for DNV GL,» heter det blant annet i rapporten.

Arbeidsgruppens konklusjon er videre at «lav testpsykologisk kompetanse i DNV GL bidrar til at selskapet per i dag ikke klarer å innfri sine forpliktelser som øverste ansvarlig for kvalitet på en tilfredsstillende måte».

De foreslår blant annet at testsertifiseringsordningen bør utvides til også å gjelde pedagogiske og kliniske tester, i tillegg til de arbeids- og organisasjonspsykologiske.

- Testing er testing. Det er ikke mindre viktig om du skal utredes for lærevansker, eller om du skal testes som ny toppsjef i Equinor, sier Rudi Myrvang.

DNV GL ser ifølge leder for personsertifisering Kristin Morisbak positivt på arbeidsgruppens evaluering av standardene og sertifiseringsordningene.

- Vi har allerede klart gitt uttrykk for at vi selvfølgelig skal se nærmere på de mulige for-

bedringene som blir påpekt, og at vi - etter en grundig gjennomgang - skal implementere disse der forbedringer kan skapes.

Morisbak forteller at de allerede har bedt om en felles gjennomgang med arbeidsgruppen.

- Så snart Rudi Myrvang er klar for denne, er også vi klar.

Men det er ett forhold i de kritiske bemerkningene som fremmes i rapporten og i denne saken, som DNV GL vil tilbakevise.

- DNV GLs roller er ikke alene å være ansvarlig for kvalitet, ei heller er vi øverste ansvarlig.

Som sertifiseringsorgan er det blant annet vår rolle å gjennomføre den tekniske gjennomgangen, sikre all nødvendig dokumentasjon og alle nødvendige vurderinger. Vår rolle er å sertifisere i henhold til avklarte standarder. I dette tilfellet er det Norsk psykologforening som har satt standardene, basert på tilpasninger av retningslinjer for testevaluering fra EFPA (The European Federation of Psychologists' Associations). Det er naturlig nok også vår rolle å gi innspill til videreutvikling og forbedring av standarder, understreker Morisbak.

Hun forteller at som en del av dette arbeidet anvender de også uavhengige fagekspertes - eksempelvis psykologer.

- At disse er en del av et psykologisk fagmiljø og ikke nødvendigvis ansatt i DNV GL, er en styrke for den overordnede målsettingen: best mulige tester.

VISJONEN

Arbeidsgruppens rapport kommer etter hvert til å bli innspill til myndighetene, universitetene og helseforetakene, ifølge Myrvang.

- Ønsker du at DNV GL tar en rolle i sertifisering på det pedagogiske og det kliniske feltet også?

- Det kan være en god løsning. Selv om arbeidsgruppen fremmer kritikk overfor DNV GL, betyr ikke det at ikke DNV GL også har gjort mye bra. Om DNV GL er interessert i å diskutere en rolle som sertifiseringsinstans, også for kliniske og pedagogiske testverktøy og de som bruker disse, er det veldig bra. Men det er nok et stykke tid til vi er der. Nå gjelder det i første omgang å få opp bevisstheten rundt behovet for økt kontroll med kvalitet på test- og kartleggingsverktøy og - ikke minst - brukerkompetansen hos de som gjennomfører testing, svarer Myrvang.



KRITIKK I NY RAPPORT Psykologene Rudi Myrvang og Ellen Barsett Magnus kritiserer flere aktører på testfeltet i en ny rapport. Rapporten er laget av en arbeidsgruppe ut fra Testpolitisk utvalg i Psykologforeningen.

Han håper at det om fem år finnes en testsertifiseringsordning også på det kliniske og pedagogiske feltet.

– Ja. Målet er at myndighetene tar ansvar for testkvalitet. De må ikke slippe unna med å si at det er den enkelte brukers ansvar. Det bør bli en kvalitetssikringsordning av testverktøy.

Den andre delen av visjonen er at alle som skal bruke tester, skal ha demonstrert at de har både tilstrekkelig grunnkompetanse og spesifikk kompetanse på verktøyene de bruker. Noe Psykologforeningen nå stiller seg bak.

– Men psykologer kan vel dette? spør du vel om, sier Myrvang.

– Ja, nettopp. Det spør jeg deg om.

– Da sier jeg bare: Tja.

– Er det et problem at både samfunnet og pasientene tror at psykologer kan dette?

– Selvfølgelig. ❌

Les mer på psykologtidsskriftet.no

NESTE MÅNED PÅ NETT OG PAPIR:

Vil politikerne gjøre noe med testfeltet?

Ber om statsstøtte til utdanningsstillinger

Kommuner i Nordhordland sliter med å rekruttere kommunepsykologer og vil ha statlig støtte til utdanningsstillinger. Senterpartiet vil ta saken til Stortinget.

TEKST Per Halvorsen



- PERMISJON MÅ TIL

Kommuneeverlege Rolf Martin Tande mener permisjon til spesialisering og videreutdanning må til for å få fart på rekruttering av kommunepsykologer. Foto: Haukeland Universitetssjukehus



ØKER - Det er langt flere søkere til stillinger i regionen etter at det ble lagt til rette for utdanningsløp, opplyser prosjektleder i ALIS Vest Anja Mørch-Rasmussen. Foto: Privat

- SITUASJONEN ER UHOLDBAR hvis vi skal ha håp om å realisere intensjonen med lovkravet om at kommunene skal tilby psykologkompetanse.

Det sier helse- og omsorgsleder Oddvin Neset i Nordhordlands-kommunen Masfjorden. Han kjenner seg godt igjen i SINTEF-rapporten, som beskriver kommunenes problemer med å rekruttere psykologer til psykisk helse- og rusfeltet. I rapporten, som ble publisert 25. november 2020 (se faktaboks), er kommunene tydelige på at psykologer er en av faggruppene de sliter mest med å lokke til seg.

ENSOM RYTTER

Masfjorden, med 1700 innbyggere, fikk i 2014 innvilget rekrutteringstilskudd fra Helsedirektoratet til én psykologstilling som skulle deles med to av nabokommunene. Det resulterte i en ansettelse som strakte seg til sommeren 2018. De siste to og et halvt årene har kommunene vært uten psykolog i psykisk helsefeltet. Situasjonen er ikke enestående. Seks av ni kommuner i regionen har slitt med å rekruttere og holde på kommunepsykologer. Tre av kommunene er nå slått sammen.

- En psykolog alene blir en ensom rytter. Vi oppnår antageligvis ikke noe mer enn kortvarige ansettelsesforhold før vi klarer å tilby et robust fagmiljø, sier Neset til Psykologtidsskriftet.

Kommuneeverlege Rolf Martin Tande mener muligheten for å gjennomføre spesialisingsløp og inngå i større fagmiljøer, vil være en suksessfaktor for at kommunepsykologerformen i det hele tatt skal la seg realisere.

- Mange kommuner mangler ordninger for å tilby permisjon til spesialisering og videreut-

danning for psykologer. Tilbakemeldingene vi får, tyder imidlertid på at dette er et av de viktigste rekrutteringstiltakene. Men da trenger vi statlig drahjelp, sier han.

SPONSET SPESIALISERINGSLØP

Sammen med kommunene i regionen har han utviklet den såkalte KOMPIS-modellen (kommunepsykologer i spesialisering) inspirert av legenes kamp for å fylle opp fastlegehjemlene i distriktene. Kjernen i legenes prosjekt (ALIS=allmennleger i spesialisering) er et statsstøttet spesialisingsløp i allmennmedisin samtidig som man jobber som allmennlege i en kommune. Det er dette Tande og co nå ønsker å kopiere og benytte for å trekke til seg kommunepsykologer. Prosjektleder i ALIS Vest Anja Mørch-Rasmussen sier prosjektet har bidratt til at flere fastleger søker stilling i regionen.

- Det er i dag langt flere søkere til fastlegehjemlene i distriktet, og søkerne er godt kvalifiserte. Før kunne det like gjerne være null søkere, opplyser hun.

En rapport fra Nasjonalt senter for distriktsmedisin (NSDM) som forsker på effekter av ALIS, viser at det er høy stabilitet i 10 av 16 stillinger.

(Kilde: Utdanningsstillinger i allmennmedisin: ALIS Vest Delrapport 3 2020)

Mørch-Rasmussen sier ALIS-legene blant annet trekker fram fordelene ved å være en del av en veiledningsgruppe mens de er under spesialisering.

- Det legger grunnlag for å bygge det faglige nettverket mange fastleger oppgir at de har savnet, sier Mørch-Rasmussen.



SKRINT Seks av ni kommuner i Nordhordaland har slitt med å rekruttere og holde på kommunepsykologer. Foto: Øyvind Senneset

NY RAPPORT

- Psykologer er blant faggruppene kommunene sliter aller mest med å rekruttere til psykisk helse- og rusarbeid. Det fremgår av SINTEF-rapporten *Kommunalt psykisk helse- og rusarbeid 2020: Årsverk, kompetanse og innhold i tjenestene*. Over halvparten av kommunene (54 prosent) oppgir at det er utfordrende å rekruttere psykologer, 35 prosent at det er vanskelig å rekruttere psykologspesialister.
- Prosjektleder Solveig Osborg Ose forteller til *Psykologtidsskriftet* at 140 kommuner ikke har psykologårsverk i kommunalt psykisk helse- og rusarbeid i det hele tatt. Dersom de har 0,1 årsverk eller mer, regnes dette som psykologårsverk.
 - 34 kommuner har kun psykologårsverk rettet mot voksne, og ikke mot barn og unge.
 - 58 kommuner har kun psykologårsverk rettet mot barn og unge, og ikke mot voksne.
 - 123 kommuner har psykologårsverk som er rettet både mot barn/unge og mot voksne.
- På grunn av belastninger som følge av korona-pandemien, kan det være hull i rapporteringen. Drøye 60 kommuner har unnlatt å rapportere tall inn til undersøkelsen. For disse er det brukt tall for 2019.

SINTEF-rapporten er tidligere omtalt på psykologforeningen.no

ALIS ble startet i 2017 og har også et søsterprosjekt i Nord-Norge. Prosjektet innebærer et årlig statlig øremerket tilskudd på 200 000 kroner for hver utdanningsstilling. Resten av fastlegens lønnsutgifter dekker kommunene selv.

– *Hva skjer når legen er ferdig spesialist?*

– Mange har etablert seg i kommunen og vil bli værende. De har vært ett sted i de fem årene det tar å spesialisere seg. For mange kommuner vil det være et betydelig framskritt sammenliknet med det å leie inn en kostbar vikarlege hver tredje måned for å dekke legebehovet i kommunen, sier Mørch-Rasmussen.

SAMLOKALISERING

Klinikkdirektør ved Bjørgvin DPS (Helse Bergen) Fredrik Hiis Bergh mener det må tenkes helt nytt om hvordan kommunepsykologtjenesten skal organiseres i distriktene, og er klar på at helseforetakene må yte sin skjerv.

– Helseforetakene bør kunne garantere praksisplasser slik at kommunepsykologer i spesialisering ikke trenger å reise fra regionen for å få nødvendig praksis. Det kan også være et godt grep å samlokalisere kommunepsykologene »



FORESLÅR Kjersti Toppe (SP) vil fremme forslag i Stortinget om utdanningsstillinger for kommunepsykologer. Foto: Senterpartiet.

med deler av spesialisthelsetjenesten for å legge til rette for god fagstøtte, sier han.

President i Psykologforeningen, Håkon Kongsrud Skard, mener det åpenbart trengs tiltak for å bedre tilgangen på psykologer i distriktene.

– Meldingene fra våre medlemmer er entydige: I mindre kommuner er det en stor utfordring å etterleve lovkravet om psykologkompetanse. Å få lagt til rette for spesialisering og fagmiljøer er noe av det de etterlyser aller mest. Begge disse behovene svares godt ut av Nordhordlandprosjektet, sier han.

FREMMER FORSLAG I STORTINGET

Senterpartiet fremmer nå et forslag i Stortinget om finansiering av utdanningsstillinger for kommunepsykologer. Første nestleder i helse- og omsorgskomiteen Kjersti Toppe (SP) viser til erfaringene fra arbeidet med å rekruttere fastleger på Vestlandet.

– Jeg tror erfaringene lar seg overføre til kommunepsykologfeltet, sier hun til Psykologtidsskriftet.

På nyåret vil hun fremme et dokument 8-for-slag om støtte til pilotprosjektet i Nordhordland. ✕

Strid om dekkningen

Helse- og omsorgsdepartementet tror flere kommuner har tilsatt psykolog enn det SINTEF vil ha det til.

TEKST Per Halvorsen **FOTO** Nora Skjerdingsstad

«**140 KOMMUNER** har ikke psykologårsverk i kommunalt psykisk helse- og rusarbeid i det hele tatt.» Det fremgikk av et intervju med forsker Solveig Osborg Ose på psykologtidsskriftet.no 25. november. Bakgrunnen var publisering av SINTEF-rapporten «Kommunalt psykisk helse- og rusarbeid 2020 Årsverk, kompetanse og innhold i tjenestene.» Tallmaterialet som ligger til grunn for rapporten (se faktaboks, s. 15), kan tyde på at mer enn hver tredje kommune mangler psykolog i psykisk helse- og rusfeltet.

TVILER PÅ TALLENE

Statssekretær Maria Jahrman Bjerke i Helse- og omsorgsdepartementet tviler på at SINTEF-tallene gir et korrekt bilde av den kommunale psykologdekkningen.

– Våre data tyder på at andelen kommuner som ikke har psykologkompetanse, er langt lavere enn det SINTEF oppgir, sier hun.

Statssekretæren baserer seg på data fra en annen rapport: Helsedirektoratets oversikt over kommuner som hadde mottatt tilskudd til rekruttering av kommunepsykolog før tilskuddsordningen ble avvirket fra 2020. Denne oversikten viser ifølge Jahrman Bjerke at over 90 prosent av kommunene kunne tilby psykologkompetanse ved årsskiftet 2019/2020.

– *Hvordan forklarer du spriket?*

– Det kan være at ekstrabelastninger på grunn av pandemien har gjort det ekstra krevende for kommunene å rapportere på en tilfredsstillende måte. Dette er SINTEF-forskerne selv inne på når de oppgir at over 60 kommuner har unnlatt å rapportere psykologdekkningen inn til undersøkelsen, påpeker hun.

– *Kan det være at SINTEF har klart å fange opp at en stor andel kommunepsykologer ansatt på tilskuddsmidler rett og slett har sluttet i løpet av 2020?*

– Det er vanskelig å svare på. Men avstanden mellom våre tall og SINTEFs tall virker stor. Vi jobber nå med å få fram kvalitetssikrede tall gjennom Helsedirektoratet, sier Jahrman Bjerke.

– *Ble tilskuddsordningen avvirket for tidlig da den opphørte ved forrige årsskifte?*

– Nei. Vi mener at kommunene har hatt god tid til å forberede seg på lovkravet som gjelder fra 2020. Rekrutteringstilskuddet var basert på



KOMMUNENES ANSVAR Statssekretær Maria Jahrmann Bjerke (H) i Helse- og omsorgsdepartementet mener at kommunene har hatt god anledning til å rydde plass på sine budsjetter for å sikre seg at de kan tilby psykologkompetanse.

at over halvparten av lønnsutgiftene til kommunepsykologene skulle finansieres av kommunene selv. Kommunene har derfor hatt god anledning til å rydde plass på sine budsjetter for å sikre seg at de kan tilby psykologkompetanse.

– Det er en vanlig oppfatning at problemene med å rekruttere og beholde psykologer i mindre kommuner først og fremst skyldes mangel på fagmiljøer. Hva er ditt råd til små kommuner som sliter med rekrutteringen?

– Jeg er ikke overrasket over at noen sliter med å rekruttere fagkompetanse. Det kjenner vi til også fra andre faggrupper. Noe av bakgrunnen for kommunereformen var nettopp å legge til rette for å kunne etablere større fagmiljøer. Kommuner som fortsatt sliter, må samarbeide. Noen har jo klart det. Kommunene må lære av hverandre.

– Kommuner på Vestlandet har med hell rekruttert fastleger gjennom det såkalte ALIS-

prosjektet, der staten bidrar med tilskudd til egne utdanningsstillinger. Vil regjeringen kunne støtte et tilsvarende prosjekt for psykologer?

– Jeg vil ikke utelukke at legenes erfaringer har overføringsverdi til kommuner som sliter med rekruttering. Det vil vi se nærmere på om et slikt forslag blir spilt inn til oss, sier Jahrmann Bjerke.

I en e-post til Psykologtidsskriftet kommenterer SINTEF-forsker Solveig Osborg Ose de ulike tallene for psykologdekning på følgende måte: «Det er ikke uvanlig at to tallgrunnlag gir noe ulike svar, og jeg har ikke oversikt over rekrutteringstilskudd – kun det kommunene har rapportert i IS-24/8. De ulike datakildene bør ses i sammenheng. Og som presisert: Det er fullt mulig at noen av de 65 kommunene som ikke rapporterte i 2020, har skaffet psykolog, dette vet vi ikke.» ✕

– Kommuner som fortsatt sliter, må samarbeide. Noen har jo klart det

Maria Jahrmann Bjerke

VITENSKAPELIG ARTIKKEL

TIDSSKRIFT FOR NORSK PSYKOLOGFORENING 2021 S. 18-27 FAGFELLEVDERT

ELLISIV THUVE¹, DIDRIK AAMNES² og ANNIKA MELINDER³¹ MST-CAN Bærum, Bærum kommune, ² TFCO Sandvika, ³ Psykologisk institutt, Universitetet i Oslo

KONTAKT a.m.d.melinder@psykologi.uio.no

EN PILOTSTUDIE AV MST-CAN I NORGE

Tiltakene som tilbys familier hvor barn utsettes for vold og omsorgssvikt bør være evidensbaserte. Første skritt i å sikre evidens er ofte å gjennomføre pilotstudier av tiltak, for å bane vei for større forskningsprosjekter.

Forskning viser at risikoen for vold mot barn forhøyes av flere faktorer ved foreldre, ved barnet og i økologien rundt barnet (Black, Heyman, & Slep, 2001; Jewkes, 2002; Mossige & Stefansen, 2016; Mulder, Kuiper, Van Der Put, Stams, & Assink, 2018). Blant risikofaktorer som gjentar seg i forskningslitteraturen om vold mot barn, er foreldrenes nivå av psykiske vansker og grad av opplevd stress (Black et al., 2001). Ettersom denne målgruppen representerer en sammensatt gruppe med komplekse behov, er det viktig at tiltak som settes inn, både har en viss intensitet og et stort nok omfang til å fange opp disse behovene. En litteraturgjennomgang av randomiserte kontrollerte studier (randomized controlled trial, heretter: RCT) av behandlingstiltak i forbindelse med vold og omsorgssvikt mot barn avdekket at få av tiltakene har dokumentert effekt for å forebygge nye tilfeller av vold og omsorgssvikt (Levey, Gelaye, Bain, Rondon, Borba, Henderson, & Williams, 2017).

I Norge har det kommunale barnevernet ansvar for å følge opp familier der det forekommer vold og/eller omsorgssvikt. Dersom hjelpetiltak i barnevernet ikke bidrar til å skape en tilfredsstillende omsorgssituasjon, er alternativet at barna plasseres utenfor hjemmet. I undersøkelser kommer det imidlertid frem at barn som er eller som har vært plassert utenfor hjemmet, har uforholdsmessig mange problemer og er dårligere stilt på tvers av ulike utfallsmål, som for eksempel utdanning, arbeid, kriminalitet og psykiske lidelser (Vinnerljung & Sallnäs, 2008). Videre viser undersøkelser at plasseringer utenfor hjemmet ofte ender i util-

ABSTRACT

A pilot study of MST-CAN in Norway

Aims: Multisystemic Treatment - Child Abuse and Neglect (MST-CAN) is an evidence-based treatment which offers a comprehensive approach to reducing child maltreatment by addressing both parental and child psychological and psychosocial problems. This study pilots for randomized control trials (RCT) of this treatment in Norway.

Method: A longitudinal examination of validated and standardized inner group measures of psychological and psychosocial problems in 21 families before, after and six months after treatment. The study examines the team members adherence to MST-CAN and maps statistical strength for future research in a Norwegian municipality.

Results: Positive effects were found for both parents' and children's psychological and psychosocial problems and an adequate adherence to MST-CAN among the team members.

Implications: Findings from this pilot study indicate that future RCT studies are feasible in a Norwegian context. Future studies would need a minimum of 60 families in their sample to reach desired statistical power. A close collaboration with the MST-CAN teams are an important prerequisite for successful studies.

Keywords: child maltreatment, multisystemic therapy, MST-CAN, pilot study, inter-agency collaboration

»

siktet flytting, noe som er en ytterligere risikofaktor for sårbare unge (Backe-Hansen, Christiansen & Havik, 2013; Backe-Hansen, Egelund & Havik, 2010). Kunnskapen som kommer frem i undersøkelsene, indikerer viktigheten av å finne virksomme alternativer til plassering av barn som lever under skadelige forhold hjemmet.

Multisystemic Therapy – Child Abuse and Neglect (MST-CAN) er et evidensbasert behandlingstiltak for familier der det forekommer vold og/eller omsorgssvikt mot ett eller flere av barna. MST-CAN er en tilpasning av standard MST og ble implementert i Norge av Bærum barneverntjeneste i samarbeid med Nasjonalt utviklingssenter for barn og unge (NUBU).

I behandlingstiltaket benyttes evidensbaserte intervensjoner som forskning har vist bidrar til lavere risiko for vold og omsorgssvikt (Swenson & Schaeffer, 2018). Det er hovedsakelig foreldrene som mottar behandling. Blant annet benyttes kognitiv atferdsterapi for sinnemestring og behandling av traumesymptomer, og forsterkningsbasert behandling ved rusmisbruk, der disse risikofaktorene er ansett som viktige opprettholdende faktorer for vold og omsorgssvikt mot ett eller flere barn i familien (Swenson & Schaeffer, 2014). Behandlingen er intensiv og hel-

hetlig, arenafleksibel, og behandlingsteamet er tilgjengelig for familiene hele døgnet. MST-CAN-teamet samarbeider også med instanser rundt familiene.

Ni prinsipper (tabell 1) sikrer at intervensjoner er målrettet og har et økologisk fokus, mens en analyseprosess identifiserer hva som opprettholder eller «driver» volden og omsorgssvikten mot barna i hver enkelt familie (Swenson & Schaeffer, 2018).

Tidligere RCT-forskning på bruk av MST og MST-CAN for familier der det forekommer vold og omsorgssvikt, har gitt gode resultater i å redusere vold og omsorgssvikt mot barn, sammenlignet med kontrollbehandling. Dette innebærer reduksjon av risikofaktorer forbundet med vold i hjemmet: bedring av foreldreferdigheter, redusert psykisk symptombelastning hos barn og foreldre og økning av familiens naturlige sosiale støtte (Brunk, Henggeler, & Whelan, 1987; Swenson, Schaeffer, Henggeler, Faldowski, & Mayhew, 2010). I tillegg er tiltaket funnet å være samfunnsøkonomisk kostnadsbesparende sammenlignet med alternative behandlingstiltak, blant annet som følge av færre plasseringer utenfor hjemmet (Dopp, Schaeffer, Swenson, & Powell, 2018). I etterkant av de nevnte amerikanske studiene har studier blitt gjort for å undersøke gjennomførbarheten i Australia (Hebert, Bor, Swenson, & Boyle, 2014; Stallman, Walmsley, Bor, Collerson, Swenson, & McDermott, 2010) og Sveits (Hefti, Pérez, Fürstenau, Rhiner, Swenson, & Schmid, 2020), med positive resultater.

Høsten 2016 implementerte barneverntjenesten i Bærum dette behandlingstiltaket, som første og foreløpig eneste kommune i Norge. Vi samarbeidet med MST-CAN-teamet i Bærum, som ga oss tilgang til data de samlet inn om hver enkelt familie. Studiens hovedformål er å pilotere for fremtidig RCT-forskning gjennom å vurdere gjennomførbarheten av slike studier i Norge. Dette gjorde vi ved å se om instrumentene indikerte endring på viktige utfallsmål, terapeutenes etterlevelse av behandlingstiltaket og frafall av deltakere i utvalget. Ved bruk av effektstørrelser, korrelasjoner og frafall i denne piloteringen har vi beregnet anbefalt utvalgsstørrelse for fremtidig forskning på tiltaket.

METODE

Deltakere

I januar 2020 hadde MST-CAN-teamet i Bærum kommune totalt 35 familier som del-

TABELL 1 Behandlingsprinsipper i MST-CAN

1.	Vurdere sammenhengen mellom de identifiserte problemene som ledet familien til behandling og deres større systemiske kontekst.
2.	Holde et styrkebasert fokus og arbeide med personer i familiens økologi som kan bidra til endring.
3.	Iverksette intervensjoner som fremmer ansvarlig atferd mellom familiemedlemmene.
4.	Iverksette intervensjoner med et her og nå-fokus, som retter seg mot veldefinerte problemer der det er mulig å måle endring.
5.	Iverksette intervensjoner som retter fokus mot atferdssekvenser eller konflikter som er med på å opprettholde problemene som familien ble henvist for.
6.	Iverksette intervensjoner som er tilpasset utviklingsnivået til barna og som er rettet mot familiens behov.
7.	Samarbeide med familien om å finne intervensjoner som krever daglig eller ukentlig innsats.
8.	Evaluere effekten av intervensjonene fortløpende fra flere perspektiver. Når intervensjonene ikke har ønsket effekt, tar behandlingsteamet ansvaret for å finne ut hvordan man kan overkomme slike barrierer.
9.	Iverksette intervensjoner som styrker omsorgsgivernes evne til å tilfredsstille familiemedlemmenes behov på egen hånd, og på den måte skape endringer som vil vedvare etter endt behandling.

Oversatt fra Swenson og Schaeffer, 2018.

tok i behandlingstiltaket siden oppstart 2016, hvorav fem familier ikke lenger deltok i behandlingen. Av de 30 familiene som gjensto, og som var aktuelle for prosjektet, var det én familie som ikke ble invitert til å delta i studien av helsemessige årsaker, og én familie som ikke ble invitert da de bare nylig var inkludert i behandling. De resterende 28 familiene ble kontaktet med informasjon og invitasjon fra prosjektgjennomførere til å benytte monitoreringsdata kommunen hadde samlet inn om familien i dette prosjektet. 21 av familiene ga skriftlig samtykke til å delta i studien, 17 mødre, 10 fedre og 40 barn. I 81 % av familiene var det en eneforsørger (10 mødre og 3 fedre). Det var i gjennomsnitt 2,1 barn per familie, og 31,6 % av barna i utvalget hadde vært plassert utenfor hjemmet tidligere.

Instrumenter

Symptom Checklist 90-R (SCL-90-R, Derogatis, 1994) måler antall og alvorlighetsgrad av personers selvrapporterte symptomer på psykiske plager. En autorisert utgave av SCL-90 ble utgitt i Norge i 2010, av NCS Pearson, Inc. (Derogatis, 2010). I denne studien er instrumentet brukt som mål på foreldrenes symptombelastning.

Brief Problem Monitor-Parent (BPM-P) (Achenbach, McConaughy, Ivanova, & Rescorla, 2011) er en kortversjon av CBCL (Child Behaviour Checklist, Achenbach System of Empirical Based Assessment (ASEBA)). BPM-P kartlegger foreldrenes vurdering av egne barns grad av eksterne problemer, internaliserende problemer og oppmerksomhetsproblemer. I denne studien er den brukt som et mål på barnas psykososiale problembelastning.

MST-CAN Therapist Adherence Measure Revised (CAN-TAM-R) er en tilpasning av *MST Therapist Adherence Measure Revised (TAM-R)* og måler i hvilken grad terapeuten følger behandlingsprinsippene i MST-CAN i sitt arbeid med hver enkelt familie. Gjennomsnittet av familiens månedlige svar gir utgangspunkt for en samlet skåre mellom 0 og 1. Grenseverdien for om terapeuten følger behandlingsprinsippene, er .61, der alt over dette regnes som adekvat behandlingsintegritet (Henggeler & Borduin, 1992).

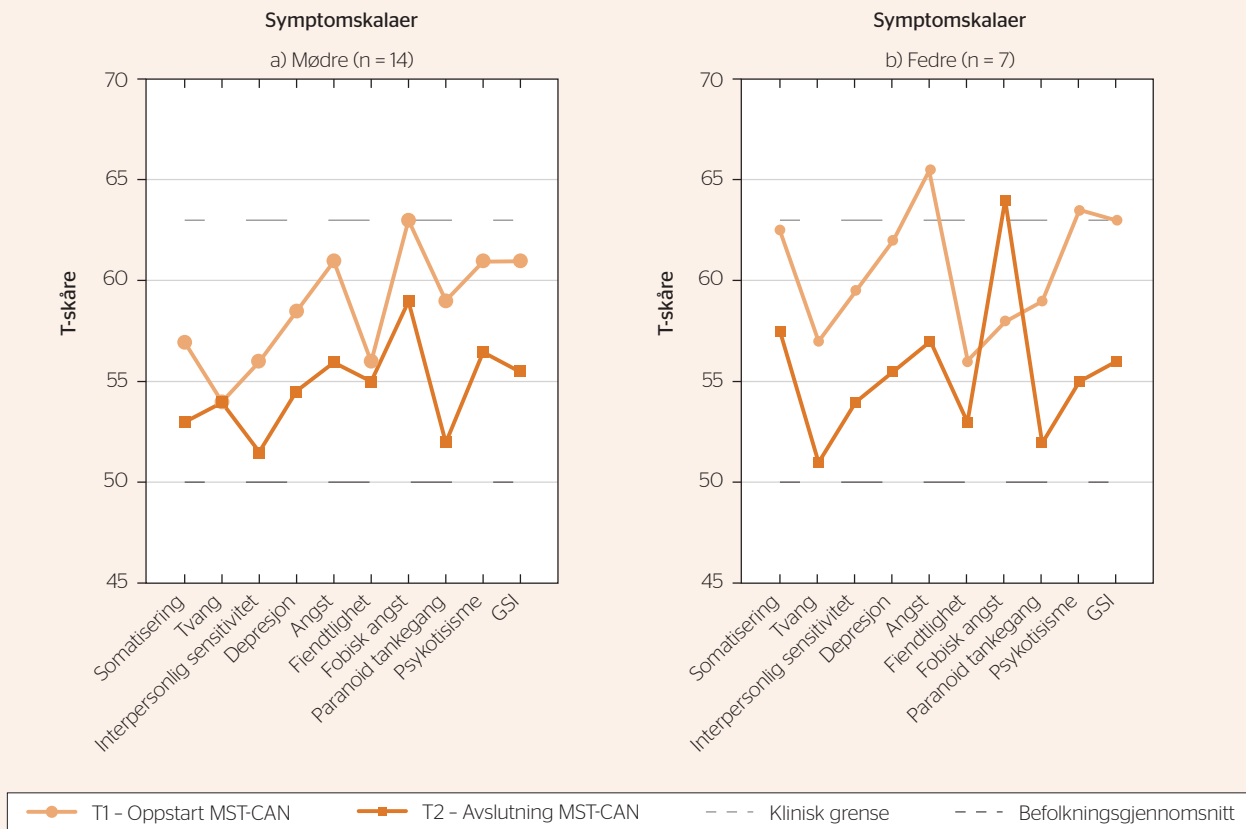
Prosedyre

Som en del av prosedyren til MST-CAN innhenter teamet monitoreringsdata om familiene og terapeutene ved bruk av standardiserte og validerte verktøy. Datamaterialet inkluderer foreldrenes skåre på SCL-90 og foreldrerapporterte skåre av barna på CBCL ved oppstart av behandling og ved avslutning av behandling. CBCL-skåre blir også innhentet som oppfølgingsmål seks, tolv og atten måneder etter behandling. CBCL-skåre fra foreldrene fylles inn i BPM-skjemaer av MST-CAN-teamet. En datainnsamler i kommunen som ikke er tilknyttet MST-CAN-teamet, innhenter månedlig fra foreldrene i behandling deres vurdering av terapeutens skåre på CAN-TAM-R på telefon.

Potensielle deltakere til prosjektet ble kontaktet av veileder i MST-CAN i Bærum kommune på telefon i løpet av januar og februar måned i 2020, og undertegnet et skriftlig samtykke om at monitoreringsdataene kunne bli benyttet i vårt forskningsprosjekt. Barn mellom 12 og 16 år fikk et eget informasjonsbrev om prosjektet, mens barn over 16 år fikk et eget samtykkeskjema med informasjon om deltakelse. Barn under 16 år og foreldre ble rekruttert gjennom skriftlig samtykke fra foreldrene. Data ble anonymisert av veileder i MST-CAN og punchet inn i databehand-



I MST-CAN benyttes evidensbaserte intervensjoner som bidrar til lavere risiko for vold og omsorgssvikt

FIGUR 1 Grafisk fremstilling av foreldrenes endring i skalerte skårer på SCL-90 fra T1 til T2

lingsprogrammet IBM SPSS Statistics (2019, versjon 26), på sikkerhetsplattformen Tjenester for sensitive data (TSD) av prosjektgjennomførerne.

Et longitudinelt innengruppedesign med repeterte målinger ble benyttet for å se på gjennomsnittlig forandring i monitoreringsdataene fra inntak til avslutning av behandling for foreldre og barn, samt ved oppfølging seks måneder etter for barna i utvalget (mødrenes rapportering er benyttet i familier med to forsørgere). Oppfølgingsmål fra 12 og 18 måneder på BPM ble ikke benyttet da de fleste av familiene i behandling ikke hadde nådd måletidspunktene. Gjennomsnittet av foreldrenes månedlige vurdering av terapeutenes skårer på CAN-TAM-R ble benyttet til å vurdere behandlingsintegritet.

Etikk

Prosjektet ble godkjent av Regional etisk komite (REK) for medisinsk og helsefaglig forskning, region øst, høsten 2019 (referansenummer 50947). Norsk senter for forskningsdata (NSD) godkjente prosjektet i starten av vårsemesteret 2020 (referansenummer 823339). Ingen av forfatterne i prosjektet hadde interessekonflikter, arbeidet i MST-CAN eller hadde tilknytning til NUBU da analyser ble gjennomført.

ANALYSER OG RESULTATER

I analysene er kun deltakere med mål på samtlige måletidspunkter inkludert, totalt 14 mødre, 7 fedre og 27 barn. Alfa nivået ble satt til .05. Det ble benyttet tohalede signifikanstester i analysene. Effektstørrelse for parett-test

ble angitt med koeffisienten Cohens d og ble tolket etter følgende retningslinjer: .20 = lav, .50 = medium, og .80 = høy (Cohen, 1988). I uavhengige t -tester ble eta squared (η^2) brukt som mål på effektstørrelse. Retningslinjer for tolkning ble benyttet for å avgjøre om effektstørrelsen skulle beskrives som .01 = lav, .06 = medium eller .14 = høy (Cohen, 1988). Tilsvarende retningslinjene for styrke ble benyttet for koeffisienten partial eta squared (Pallant, 2011). Foreldrenes skårer på SCL-90 ble tolket opp mot normgrunnlag med t -skårer, der klinisk grense er 63 (Derogatis, 2010).

Anbefalt utvalgsstørrelse for å kunne identifisere effekter med ønsket statistisk styrke for innengruppeendringer i en intervensjonsgruppe i fremtidige studier ble beregnet i programmet G*Power3, gjennom å benytte frafallsprosent, effektstørrelser og korrelasjonene mellom målingene i denne piloteringen (Faul, Erdfelder, Lang, & Buchner, 2007).

SCL-90

Det ble gjennomført en parett-test for å sammenligne foreldrenes gjennomsnittsskårer på

TABELL 2 Paret t-test: endring i mødrenes skårer på SCL-90 fra T1 til T2

SCL-90	n	Diff*	SD	SE	t	df	sig.	Cohens d
Somatisering	14	-0,25	0,71	0,19	-1,34	13	0,20	-0,36
Tvang	14	0,06	0,62	0,17	0,33	13	0,75	0,01
Interpersonlig sensitivitet	14	-0,30	0,41	0,11	-2,72	13	0,02**	-0,73**
Depresjon	14	-0,28	0,71	0,19	-1,47	13	0,17	-0,39
Angst	14	-0,33	0,81	0,22	-1,52	13	0,15	-0,41
Fiendtlighet	14	-0,14	0,42	0,11	-1,26	13	0,23	-0,34
Fobisk angst	14	-0,30	0,64	0,17	-1,78	13	0,10	-0,48
Paranoid tankegang	14	-0,43	0,49	0,13	-3,26	13	0,01**	-0,87**
Psykotisme	14	-0,22	0,38	0,10	-2,16	13	0,05**	-0,58**
GSI	14	-0,23	0,49	0,13	-1,76	13	0,10	-0,47

*Gjennomsnittlig endring (- for reduksjon, + for økning), **signifikant endring

TABELL 3 Paret t-test: endring i fedrenes skårer på SCL-90 fra T1 til T2

SCL-90	n	Diff*	SD	SE	t	df	sig.	Cohens d
Somatisering	7	-0,41	0,70	0,26	-1,55	6	0,17	-0,58
Tvang	7	-0,30	0,43	0,16	-1,85	6	0,11	-0,70
Interpersonlig sensitivitet	7	-0,37	0,48	0,18	-2,02	6	0,09	-0,76
Depresjon	7	-0,43	0,69	0,26	-1,64	6	0,15	-0,62
Angst	7	-0,61	0,73	0,28	-2,22	6	0,07	-0,84
Fiendtlighet	7	-0,09	0,42	0,16	-0,60	6	0,57	-0,23
Fobisk angst	7	0,27	0,50	0,19	1,41	6	0,21	0,53
Paranoid tankegang	7	-0,43	0,52	0,20	-2,15	6	0,08	-0,81
Psykotisme	7	-0,40	0,36	0,13	-2,97	6	0,03**	-1,12**
GSI	7	-0,39	0,45	0,17	-2,33	6	0,06	-0,88

*Gjennomsnittlig endring (- for reduksjon, + for økning), **signifikant endring

skalaer i SCL-90 ved oppstart av behandling (T1) og etter avsluttet behandling (T2). Analysene viste en statistisk signifikant reduksjon i gjennomsnittet av rapporterte symptomer hos mødrene på delskalaene *interpersonlig sensitivitet*, *paranoid tankegang* og *psykotisme* med medium til høy effektstørrelse (tabell 2). Mødrenes skalerte skårer på skalaene *GSI*, *angst*, *fobisk angst* og *psykotisme* befant seg nær eller lik klinisk grense ved T1, mens samtlige befant seg under klinisk grense ved T2 (figur 1a).

Videre viste analysene at fedrenes gjennomsnittlige skåre på delskalaen *psykotisme* hadde en statistisk signifikant reduksjon med høy effektstørrelse. Utviklingen i delskalaen *paranoid tankegang* var av høy effektstørrelse for både mødrene og fedrene i utvalget, mens samlemålet *GSI* og delskalaen *angst* viste en reduksjon med høy effektstørrelse hos fedrene (tabell 3). Fedrene hadde t-skårer over klinisk grense på skalaene *GSI*, *somatisering*, *depresjon*

og *angst* ved T1, som sank til t-skårer under klinisk grense ved T2 (figur 1b).

BPM

I forberedende analyser ble barna i utvalget delt i grupper ut fra kjønn og alder (A1 = 6–11 år og A2 = 11–18 år). Uavhengige t-tester ble utført for å sammenligne skårer på BPM i kjønns- og aldersgruppene. Testene viste ingen signifikante forskjeller på bakgrunn av kjønn eller alder, og det ble derfor ikke kontrollert for i de videre analysene.

Det ble gjennomført en enveis innengruppevariansanalyse med repeterte målinger for å sammenligne foreldrenes rapportering av barnas skårer på BPM ved T1 og T2, samt ved oppfølging seks måneder etter avsluttet behandling (T3). Variansanalysene indikerte en reduksjon i psykososial problembelastning med høy effektstørrelse for skalaene *total*, *oppmerksomhetsproblemer* og *eksternalisering*. Skalaen *inter-* »

TABELL 4 Variansanalyse: endring i barnas skårer (rapportert av foreldrene) på BPM fra T1, via T2 til T3

Variabler	n	T1	T2	T3	F	df	sig.	Effekt η^2
		M (SD)	M (SD)	M (SD)				
total	27	9,26 (7,47)	7,22 (6,51)	6,48 (7,73)	2,07	25	.15	.14
oppmerksomhetsproblemer	27	3,85 (3,69)	3,26 (3,42)	2,70 (3,45)	2,58	25	.10	.17
eksternalisering	27	3,81 (3,20)	2,74 (2,93)	2,48 (3,46)	2,53	25	.10	.17
internalisering	27	1,63 (1,88)	1,22 (1,28)	1,30 (2,22)	0,54	25	.59	.04

nalisering hadde en positiv utvikling med lav effektstørrelse (tabell 4).

Beregning av anbefalt utvalgsstørrelse i fremtidig forskning

Foreldregruppen ble benyttet som utgangspunkt i beregningen av anbefalt utvalgsstørrelse til en intervensjonsgruppe i en tenkt RCT-studie, ettersom det i gjennomsnitt var flere barn enn foreldre per familie i dette utvalget. Undersøkelser indikerte sterke korrelasjoner på samlemålet *GSI* ved måletidspunktene T1 og T2 både for mødrene: $r = .63$, $n = 14$, $p = .02$, og fedrene: $r = .75$, $n = 7$, $p = .05$, i dette datasettet. Resultatene fra foreldrenes endring på SCL-90 gjør at vi kan anta å finne medium til sterke effekter med bruk av samme endringsvariabler i fremtidige studier. Med utgangspunkt i korrelasjonene er det beregnet at det må rekrutteres 28 personer (28 mødre og 28 fedre) for kunne identifisere medium effektstørrelser med anbefalt statistisk styrke på .80 for innengruppeendringer (Pallant, 2010). 14 av 35 familier som har mottatt behandling, falt fra i rekrutteringsprosessen, noe som gir et samlet frafall på 40 %. Med tilsvarende frafall og kjønnsfordeling blant foreldrene i fremtidige studier vil man måtte rekruttere omtrent 60 familier for å oppnå ønsket statistisk styrke for mødrene og cirka 100 familier for å få ønsket statistisk styrke for fedre.

Terapeutenes etterlevelse av behandlingstiltaket

Undersøkelsen av terapeutenes skårer på CAN-TAM-R ga en gjennomsnittsskåre på 0,8. Dette er over grenseverdien på 0,61, og indikerer adekvat behandlingsintegritet. Denne skåren baserer seg på 18 av 21 familier, og de manglende skårene skyldes at enkelte familier ikke hadde fullført behandlingene da dataene ble innhen-

net. 16 av 18 familier rapporterer en skåre over grenseverdien på 0,61.

DISKUSJON

Foreldrene hadde reduksjon i symptomer fra før til etter behandling på ni av ti skalaer i SCL-90. Reduksjonen i symptomer i løpet av behandlingstiden var signifikant på flere av skalaene. I tillegg viser målinger på barnas psykososiale problembelastning at disse reduseres på samtlige skalaer i BPM. Dette indikerer at behandlingstiltaket kan bidra til endring i symptombelastning og psykososial problembelastning, og at instrumentene som er brukt, er sensitive for slike endringer. Flere av t-skårene i SCL-90 går fra over klinisk grense til under grense i løpet av behandlingstiden, og dette kan indikere en bedring av psykiske plager hos foreldrene. Dette ble også funnet i RCT-studien til Swenson og kolleger (2010). En slik tendens vil være av klinisk interesse ettersom foreldrenes mentale helse har vist seg å være en sentral risikofaktor for vold og omsorgssvikt i oppdragelsesøymed (se blant annet Black et al., 2001; Mossige & Stefansen, 2016). En reduksjon i symptombelastning er også funnet i andre studier av MST-CAN (Brunk et al., 1987; Hefti et al., 2020; Swenson et al., 2010).

Analyser viste signifikant reduksjon i gjennomsnittsskårer på delskalaen *psykosisisme* gjennom behandlingen for både mødrene og fedrene. Høye skårer på *psykosisisme* kan tenkes å representere symptomer som tilbaketrukkethet og isolasjon. Dette vil i så fall være i tråd med forskning som indikerer at familier der det forekommer vold og omsorgssvikt, har en tendens til å leve mer isolert enn andre familier, og at MST-CAN-behandling kan bidra til å styrke familiens sosiale nettverk (Gilbert et al., 2009; Swenson et al., 2010). I analysene så vi også en tydelig

reduksjon i delskalaene *paranoid tankegang* og *interpersonlig sensitivitet* gjennom behandlingen, av henholdsvis høy og medium effektstørrelse for begge kjønn. Ettersom enkelte av testleddene i disse delskalaene handler om mistenksomhet, samt følelser av utilstrekkelighet og underlegenhet, kan høye skårer tenkes å knytte seg til at foreldrene står i en alvorlig barnevernssak når de er i behandling, og det kan tenkes at foreldrene tviler på andres intensjoner og på egne foreldreferdigheter som følge av dette. Reduksjonen kan tenkes å representere en positiv utvikling i allianse og samarbeid med barnevernet og andre instanser i løpet av MST-CAN-behandlingen, slik tidligere studier påpeker (Hefti et al., 2020; Herbert et al., 2014).

Analyser av foreldrenes rapportering av barnas skårer på BPM totalt viste at de psykososiale vanskene ser ut til å reduseres i løpet av perioden familien var i behandling, og at tendensen vedvarer ved oppfølging etter seks måneder. Slike langtidseffekter ble avdekket i RCT-studien til Swenson et al. (2010). Ettersom mentale, fysiske og atferdsmessige problemer hos barn er funnet å være en risikofaktor for at barn utsettes for vold (se bl.a.: Black et al., 2001; Mulder et al., 2018), og at vold fra foreldre kan øke risikoen for at barn utvikler eksternaliserende eller internaliserende problemer (se bl.a.: Felitti, Anda, Nordenberg, Williamson, Spitz, Edwards & Marks, 1998), kan delskalaene i BPM fungere som sentrale kartleggingsmål i arbeidet med å forebygge nye tilfeller av vold i familier. Internaliserende vansker målt med BPM viste ikke noen klar reduksjon i våre analyser. Det kan tenkes at internaliserende vansker hos barna ikke oppdages av foreldrene fordi slike vansker ikke nødvendigvis er synlige for foreldrene. Det at foreldrene ofte står i en utfordrende situasjon ved inntak i MST-CAN-behandling, kan og gjøre at oppmerksomhet rundt barnas potensielle internaliserende vansker er redusert på dette tidspunktet. En reduksjon av internaliserende vansker er imidlertid funnet i tidligere studier av behandlingen (Swenson et al., 2010).

Tendensene til positive endringer hos foreldre og barn som samsvarer med tiden de er i MST-CAN-behandling, kan anses som lovende resultater for behandlingstiltaket. MST-CAN kan potensielt fylle et rom mellom hjelpetiltakene barnevernet allerede tilbyr, og plassering utenfor hjemmet, som skal være en siste nødløsning. Tilgjengeligheten, intensiteten og bredden i MST-CAN-behandling, samt muligheten for etterprøvbarehet av tiltaket og nåværende evidensgrunnlag, kan bidra til å tilby sårbare familier et evidensbasert tilbud (Brunk et al., 1987; Dopp et al., 2018; Swenson et al., 2010).

Begrensninger

Frafallet mellom de to måletidspunktene skyldes at enkelte familier ikke hadde deltatt i behandlingen lenge nok til å nå det andre måletidspunktet. Frafall fra utvalget som skyldes brudd i behandlingsdeltakelse eller manglende samtykke, kan potensielt ha påvirket utfallet i de statistiske analysene. Ettersom dette er en pilotstudie med liten utvalgsstørrelse, har vi ønsket å rette søkelyset mot mulige endringstendenser som kan undersøkes i senere studier. Derfor har vi i stor grad rapportert om effektmål også der endringene ikke er signifikante. Med flere deltakere ville det også i større grad vært mulig å identifisere systematiske forskjeller innad i utvalget.

Data fra familiene ble innhentet med selvrappoterings skjemaer. Det kan derfor ikke utelukkes at deltakerne har skjevheter i svartendensene eller tolker testleddene ulikt. På grunn av anonymiseringshensyn var det



Det er hovedsakelig foreldrene som mottar behandling





Vår pilotstudie gir holdepunkter for at en videre evaluering av behandlingstiltaket i norsk kontekst vil være gjennomførbar og meningsfull

ikke mulig å beregne skalerte skårer fra BPM, ettersom skåringsprogrammet krever enkelte opplysninger vi ikke hadde tilgang til. Komparentopplysninger fra for eksempel lærere og selvrappport fra de eldre barna i utvalget kunne potensielt bidratt til å gi et mer utfyllende bilde av barnas fungering målt med BPM.

Utfall fra variansanalyser utført i SPSS beregner effektstørrelse med koeffisienten partial eta squared. En mulig svakhet ved dette effektmålet er at det i et innengruppedesign kan overvurdere graden av forklart varians på grunn av høye korrelasjoner mellom målingene (Perugini, Gallucci, & Costantini, 2018). Dette kan ha ledet til overestimering av effektstørrelser knyttet til barnas utvikling i psykososiale vansker gjennom behandlingen, noe som må tas høyde for i fremtidige studier.

Fremtidig forskning

RCT er et nødvendig forskningsdesign for å kunne tilskrive utvikling på tvers av måletidspunktene til effekter ved behandlingen. Å tildele en kontrollgruppe en annen randomisert behandling kan imidlertid ha både etiske og praktiske utfordringer. En måte å løse denne problemstillingen på kunne være å sammenligne MST-CAN med tiltak som benyttes for samme målgruppe i kommuner som ikke har MST-CAN tilgjengelig, med sammenlignbare sosioøkonomiske forhold, ettersom ingen andre kommuner i Norge tilbyr MST-CAN-behandling per dags dato.

En norsk RCT-studie vil potensielt kunne bidra til å avdekke styrker og svakheter i behandlingen i en norsk kontekst, samt bidra til å bygge evidensgrunnlag for behandlingstiltak som imøtekommer behovene og utfordringene til den målgruppen MST-CAN retter seg mot. Både lovverk, fordeling av midler og ansvar for sårbare familier er ulikt i Norge sammenlignet med USA, der tidligere RCT-studier er utført (Brunk et al. 1987; Swenson et al., 2010). En norsk studie vil kunne peke på om tidligere studier av tiltaket lar seg generalisere til norsk kontekst eller ikke. At datainnsamling av monitoreringsdata gjøres som et ledd i MST-CAN-behandling, kan videre bidra til å forenkle forskningsprosedyren i fremtidige studier.

KONKLUSJON

Analysene i denne studien viser at symptombelastning og psykososial problembelastning reduseres med hovedsakelig moderate til høye effektstørrelser. Dette indikerer at behandlingstiltaket bidrar til endring, og at måleinstrumentene fanger opp dette. Beregninger av anbefalt utvalg basert på korrelasjoner, effektstørrelser og frafallsprosent i denne piloteringen viser at det bør rekrutteres minst 60 familier til intervensjonsgruppen i en fremtidig RCT for å oppnå ønsket statistisk styrke for innengruppeendringer. Videre indikerer etterlevelseshøyde en adekvat behandlingsintegritet. Resultatene fra vår pilotstudie gir holdepunkter for at en videre evaluering av behandlingstiltaket i norsk kontekst vil være gjennomførbar og meningsfull. ✕

REFERANSER

- Achenbach, T.M., McConaughy, S.H., Ivanova, M.Y., & Rescorla, L.A. (2011). Manual for the ASEBA brief problem monitor (BPM). Burlington, VT: ASEBA, 1–33.
- Backe-Hansen, E., Christiansen, Ø., og Havik, T. (2013). *Utilsiktet flytting fra fosterhjem. En litteratursammenstilling*. NOVA Notat nr. 2/13.
- Backe-Hansen, E., Egelund, T., & Havik, T. (2010). *Barn og unge i fosterhjem – en kunnskapsstatus*. Nettdokument. NOVA. http://www.nova.no/as-set/4330/3/4330_3.pdf
- Black, D.A., Heyman, R.E., & Slep, A.M.S. (2001). Risk factors for child physical abuse. *Aggression and Violent Behavior*, 6(2–3), 121–188. [https://doi.org/10.1016/S1359-1789\(00\)00021-5](https://doi.org/10.1016/S1359-1789(00)00021-5)
- Bronfenbrenner, U. (1979). *The ecology of human development*. Harvard university Press.
- Brunk, M.A., Henggeler, S.W., & Whelan, J.P. (1987). Comparison of multisystemic therapy and parent training in the brief treatment of child abuse and neglect. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 55(2), 171–178. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.55.2.171>
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2. utg.). Lawrence Earlbaum Associates.
- Derogatis, L.R. (1994). SCL-90-R: *Administration, scoring, and procedures manual*. National Computer Systems.
- Derogatis, L.R. (2010). *Symptom Checklist-90-R: Norsk versjon*. Pearson Assessment.
- Dopp, A.R., Schaeffer, C.M., Swenson, C.C., & Powell, J.S. (2018). Economic impact of multisystemic therapy for child abuse and neglect. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 45(6), 876–887. <https://doi.org/10.1007/s10488-018-0870-1>
- Faul, F., Erdfelder, E., Lang, A.-G., & Buchner, A. (2007). G*Power 3: A flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. *Behavior Research Methods*, 39, 175–191. <https://doi.org/10.3758/BF03193146>
- Felitti, V., Anda, R.F.M., Nordenberg, D., Williamson, D.F., Spitz, A.M., Edwards, V., & Marks J.S. (1998). Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults: the adverse childhood experiences (ACE) study. *American Journal of Preventive Medicine*, 14, 245–258. [https://doi.org/10.1016/S0749-3797\(98\)00017-8](https://doi.org/10.1016/S0749-3797(98)00017-8)
- Gilbert, R., Widom, C.S., Browne, K., Ferguson, D., Webb, E., & Janson, S. (2009). Burden and consequences of child maltreatment in high-income countries. *Lancet*, 373(9657), 68–81. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(08\)61706-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(08)61706-7)
- Hebert, S., Bor, W., Swenson C.C., & Boyle, C. (2014). Improving collaboration: a qualitative assessment of inter-agency collaboration between a pilot Multisystemic Therapy Child Abuse and Neglect (MST-CAN) program and a child protection team. *Australasian Psychiatry*, 22(4), 370–373. <https://doi.org/10.1177/1039856214539572>
- Hefti, S., Pérez, T., Fürstenau, U., Rhiner, B., Swenson, C.C., & Schmid, M. (2020). Multisystemic Therapy for Child Abuse and Neglect: Do Parents Show Improvement in Parental Mental Health Problems and Parental Stress? *Journal of Marital and Family Therapy*, 46, 95–109. <https://doi.org/10.1111/jmft.12367>
- Henggeler, S.W., & Borduin, C.M. (1992). *Multisystemic therapy adherence scales*. Unpublished instrument. Department of Psychiatry and Behavioral Sciences, Medical University of South Carolina.
- Jewkes, R. (2002). Intimate partner violence: causes and prevention. *The Lancet*, 359, 1423–29. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(02\)08357-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(02)08357-5)
- Levey, E.J., Gelaye, B., Bain, P., Rondon, M.B., Borba, C.P.C., Henderson, D.C., & Williams, M.A. (2017). A systematic review of randomized controlled trials of interventions designed to decrease child abuse in high-risk families. *Child Abuse and Neglect*, 65, 48–57. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2017.01.004>
- Mossige, S. & Stefansen, K. (2016). *Vold og overgrep mot barn og unge. Omfang og utviklingstrekk 2007–2015*. NOVA Rapport nr. 5/16. NOVA.
- Mulder, T.M., Kuiper, K.C., Van Der Put, C.E., Stams, G.-J. J., & Assink, M. (2018). Risk Factors for Child Neglect: A meta-analytic review. *Child Abuse and Neglect*, 77, 198–210. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2018.01.006>
- Pallant, J. (2011). *SPSS Survival Manual. A Step by Step Guide to Data Analysis Using SPSS* (4. utg.). Allan & Unwin.
- Perugini, M., Gallucci, M., & Costantini, G. (2018). A Practical Primer to Power Analysis for Simple Experimental Designs. *International Review of Social Psychology*, 31(1), 20. <http://doi.org/10.5334/irsp.181>
- Stallman, H.M., Walmsley, K.E., Bor, W., Collerson, M.E., Swenson, C.C., & McDermott, B. (2010). New directions in the treatment of child physical abuse and neglect in Australia: MST-CAN, a case study. *Advances in Mental Health*, 9(2), 148–161.
- Swenson, C.C., Schaeffer, C.M., Henggeler, S.W., Faldowski, R., & Mayhew, A.M. (2010). Multisystemic therapy for child abuse and neglect: A randomized effectiveness trial. *Journal of Family Psychology*, 24(4), 497–507. <https://doi.org/10.1037/a0020324>
- Swenson, C.C., & Schaeffer, C.M. (2014). MST-CAN: An Ecological Treatment for Families Experiencing Physical Abuse and Neglect. I: S.G. Timmer & A.J. Urquiza (2014), *Evidence-Based Approaches for the Treatment of Maltreated Children: Considering core components and treatment effectiveness*, s. 237–257. <https://doi.org/10.1007/978-94-007-7404-9>
- Swenson, C.C., & Schaeffer, C.M. (2018). A multisystemic approach to the prevention and treatment of child abuse and neglect. *International journal on child maltreatment: research, policy and practice*, 1(1), 97–120. <https://doi.org/10.1007/s42448-018-0002-2>
- Vinnerljung, B. & Sallnäs, M. (2008). Into adulthood: A follow-up study of 718 young people who were placed in out-of-home care during their teens. *Child and Family Social Work*, 13, 144–155. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2206.2007.00527.x>

TANYA MARIE RYDER, Barne- og ungdomspsykiatrisk avdeling, Sykehuset i Vestfold
Postboks 2168, 3103 Tønsberg, Norge
KONTAKT tanya.ryder@siv.no

Testkvalitetsprosjektet – del 1:

Norske psykologers testholdninger og testbruk

OPPSUMMERING

Norske studier det siste tiåret har vist kvalitetsproblemer med tester brukt i Norge, samt en praksis som bryter med internasjonale testretningslinjer. Hensikten med dette prosjektet var å gi en oppdatert oversikt over utfordringer i testfeltet og å identifisere hvilke tester som er mye brukt og samtidig har kvalitetsproblemer. I 2018 svarte 1400 norske psykologer på undersøkelsen om holdninger til testkvalitet, samt hvor ofte de bruker de ulike tester. Resultatene viser at psykologer er svært opptatt av psykometrisk testkvalitet, men mindre av lov om opphavsrett. De oppfatter ansvaret for testkvalitetssikring som likt delt mellom testutviklere, arbeidsgivere og testbrukere. Sammenlignet med en studie fra et tiår siden viser nåværende resultater at psykologer lener seg mer til arbeidsgivers vurderinger av testkvalitet og mindre til egne vurderinger. Noen tester der kvalitetsproblemer tidligere har blitt dokumentert, er fortsatt i hyppig bruk. Resultatene viser også at av systematiske testvurderinger publisert på PsykTestBarn.no/ FHI.no, var flere på tester som sjelden er i bruk. Denne studien viser behovet for større bevissthet om internasjonale testretningslinjer blant testutviklere og testbrukere. Det er også behov for lett tilgjengelig teknisk testdokumentasjon slik at testbrukere kan ta informerte valg og ha tillit til testresultatene.

Denne undersøkelsen viser behov for forbedrings-tiltak i testfeltet.

Testretningslinjer blir ikke fulgt opp tilstrekkelig, og det er vanskelig å finne informasjon om testenes psykometriske egenskaper.

Norsk psykologforening (NPF) har lenge vært bekymret for testfeltet og ment at flere aktører må bidra til å heve kvaliteten i et landskap som er preget av manglende oversikt over verktøy, og manglende etterlevelse av internasjonale standarder og retningslinjer for testing. Med bakgrunn i tidligere undersøkelser som viste kvalitetsproblemer i testfeltet, inngikk NPF høsten 2017 et samarbeid med Helsedirektoratet og Folkehelseinstituttet (FHI) om en nyere kartlegging av testfeltet, der 1400 norske psykologer rapporterte om sine holdninger til testkvalitet og om sitt testbruk. Hensikten var å gi en oppdatert oversikt over utfordringer i testfeltet og å identifisere hvilke tester som var mye brukt og samtidig hadde problemer knyttet til opphavsrett, oversettelse, norsk normdata, reliabilitet eller validitet; for å kunne vurdere mulige korrigerende tiltak. Denne artikkelen

MERKNADER Forfatteren har avgitt signert interessekonflikterklæring og oppgir ingen interessekonflikter. Innhold i rapporten er utarbeidet av forfatteren uten påvirkning fra de økonomiske bidragsyterne. Denne rapporten er ikke fagfellevurdert.

beskriver prosjektets første del: undersøkelsens utforming, resultatene om psykologers holdninger til testkvalitet, hvilke tester de anvender, samt informasjon avdekket om testenes kvalitetsstatus på Helsebiblioteket, PsykTestBarn og FHI. Resultatene om de hyppigst anvendte testene med kvalitetsspørsmål blir presentert i Testkvalitetsprosjekt del 2 (Ryder, under utgivelse).

BAKGRUNN

I Norge utgis et økende antall psykologiske tester, spørreskjemaer, sjekklister, intervjuer og kartleggingsverktøy som brukes i utredninger innen helse, utdanning og yrkesliv. (Heretter omtales alle disse verktøyene som tester.) Testfeltet er uoversiktlig med mange tester tilgjengelig både via formelle og uformelle kanaler, som testforlag, bøker, forskningsartikler og gjennom kolleger. De fleste testene er utviklet i andre land og er ikke nødvendigvis tilpasset norske forhold.

Funn fra tidligere norske undersøkelser har vist klart problematisk virksomhet i testfeltet. I 2006 gjennomførte NPF (Selvik, 2007) en kvalitetsanalyse av 17 tester brukt innen psykisk helsevern. Konklusjonene avdekket uforsvarlig testbruk som gjaldt «oversettelse, avtale med rettighetshaver, manglende normering, økonomiske/administrative forhold og kopiering» (s. 22). I 2009 deltok 935 medlemmer av NPF i en testundersøkelse der det ble vist til utstrakt bruk av tester uten offisielle norske versjoner, og som ikke hadde gjennomgått undersøkelser av psykometriske egenskaper for norske testtakere (se Vaskinn et al., 2010 og Vaskinn et al., 2012). Også Kunnskapssenteret for helsetjenesten / FHI og RBUP Øst og Sør, i samarbeid med de regionale kunnskapssentrene for barn og unge (PsykTestBarn), har påvist i sine omfattende kartlegginger av kvaliteten på testverktøyene at det er utilstrekkelig informasjon om psykometriske egenskaper og manglende norsk tilpasning av tester hyppig brukt i Norge (Kornør et al., 2015). Disse funnene viste at testpraksis hos både psykologer og testutvikler stred mot internasjonale testretningslinjer.

I 2000 vedtok NPF å gjøre International Test Commissions (ITC) internasjonale retningslinjer for testbruk (ITC, 2001) gjeldende som standarder for norske psykologer. Retningslinjene beskriver testbrukerens ansvar

for etisk testbruk, inkludert respekt for opphavsrett. Videre står det at man skal velge «teknisk godt utformede tester som passer til situasjonen» (ITC, 2001, side 13). Dette innebærer at testbrukere skal ta stilling til om det finnes tilstrekkelig informasjon om testens reliabilitet, representativitet av normgruppen i forhold til den målgruppen testen skal benyttes for, samt validitet. Det spesifiseres at man skal «unngå bruk av tester som har inadekvat eller uklar støtte i teknisk dokumentasjon» (side 13).

ITC har også retningslinjer som gjelder oversettelse og tilpasning av tester (ITC, 2017, 2. utgave) som spesifiserer at testutviklere og testforlag skal ha fulgt en standardisert oversettelsesprotokoll og gjort tilgjengelig en manual der kulturell tilpasning av språk og kultur for målgruppen er redegjort for. Testen skal være psykometrisk kvalitetssikret med en undersøkelse av normer, reliabilitet og validitet som er beskrevet i manualen. Videre er European Federation of Psychologists' Associations (EFPA) Test Review Model (2013, v. 4.2.6) en gullstandard for testutvikling. Protokollen beskriver relevante kvalitetsaspekter ved tester og gir en detaljert redegjørelse av formelle krav som stilles til dokumentasjonen av testers psykometriske egenskaper og hvordan standardiseringen (inkludert normdatainnsamlingen) har blitt gjennomført. For å kunne være ansvarlige testbrukere etter ITCs internasjonale retningslinjer for testbruk (ITC, 2001) er norske psykologer avhengig av tilstrekkelig teknisk dokumentasjon for å kunne ta stilling til hvordan tester presterer i en norsk kontekst. For mange tester som er i bruk i Norge, er denne dokumentasjonen utilstrekkelig eller fraværende (Kornør et al., 2015). Dette skaper et dilemma for norske psykologer, som kan oppleve mangel på kvalitetssikrede tester. Situasjonen kan også utgjøre en pasientsikkerhetsrisiko når man tar i bruk verktøy som ikke fungerer som intendert.

Helsedirektoratet ga i 2008 Kunnskapssenteret for helsetjenesten / FHI og RBUP Øst og Sør, i samarbeid med de regionale kunnskapssentrene for barn og unge (PsykTestBarn), oppdraget med å gjennomføre grundige, systematiske vurderinger av norske versjoner av tester. FHI og PsykTestBarn gjør fortløpende vurderinger av tester i henhold til en tilpasset versjon »



Norsk psykologforening har lenge vært bekymret for testfeltet

av EFPAs Test Review Model (2013, v. 4.2.6). Det foretas en grundig undersøkelse av om norske eller skandinaviske studier og annen faginformatjon som testmanualer belyser: om opphavsrett til testen er avklart, om godkjente oversettelsesprosedyrer er fulgt, om norsk normering er gjennomført og for hvilke grupper, samt om funn rundt ulike typer validitet og reliabilitet. Arbeidet som FHI og PsykTestBarn gjennomfører, viser også at det er lite kvalitetssikrede data om tester i Norge, og at kulturelle faktorer ved tester gjør konklusjoner i litteraturen fra andre land usikre (FHI, personlig kommunikasjon, 29. september, 2017). Mens FHI/PsykTestBarns systematiske vurderinger av tester er et nyttig bidrag til testdatabasen, er det et krevende arbeid, og ressursene har ikke vært tilstrekkelig til å vurdere det antallet tester som behøves i et raskt voksende testfelt.

MÅLET FOR PROSJEKTET

Med bakgrunn i de tidligere undersøkelsene av norske psykologers testbruk (Selvik, 2007; Vaskinn et al., 2010 og Vaskinn et al., 2012) og kvalitetsundersøkelser utført av FHI og PsykTestBarn (se Kornør et al., 2015) så NPF behov for oppdatert informasjon om testbruk, slik at kvalitetsforbedringstiltak kunne fokuseres der det trengtes mest i samarbeid med aktuelle samarbeidspartnere. NPF tok derfor initiativ til å legge frem en prosjektskisse for Helsedirektoratet og FHI, som begge jobber med pasientsikkerhet, og som har vært pådrivere for testundersøkelserarbeid. Det ble så avtalt at Helsedirektoratet bidrar med prosjektmidler til en bred kartlegging, utført av NPF, av hvilke tester norske psykologer bruker, for å kunne identifisere hvilke tester som var mest brukt og samtidig hadde større problemer knyttet til opphavsrett, oversettelse, norsk normdata, reliabilitet eller validitet. I tillegg ble det lagt til spørsmål om psykologenes holdninger til testkvalitet. Hensikten var å gi Helsedirektoratet et grunnlag for å kunne identifisere mulige korrigerende tiltak og igangsette samarbeid for å støtte relevante aktører.

METODE

I undersøkelsen ble 3 hovedkategorier av data samlet inn:

- 1) Bakgrunnsinformasjon. I tillegg til demografiske data ble det samlet inn opplysning

ger om psykologenes utdanningsår, spesialiststatus, hovedarbeidssted og fagfelt.

- 2) Informantenes holdninger og praksis relatert til testkvalitet. Vi inkluderte spørsmål fra en av de tidligere undersøkelsene av norske psykologers testbruk og testholdninger utarbeidet av European Federation of Psychologists' Associations (EFPA) i samarbeid med NPF (Vaskinn et al., 2010 og Vaskinn et al., 2012).
- 3) Informasjon om de mest anvendte testene. Vi utarbeidet en liste med over 350 tester som er tilgjengelige eller i bruk i Norge, ved å innhente informasjon fra ulike kilder: ni helseforetak/behandlingsenheter, NAV sentralt, Pedagogisk-Psykologisk Tjeneste Bærum, DNV GL, Selviks rapport fra 2007, EFPA/Psykologforeningens undersøkelse fra 2009 (Vaskinn et al., 2012), ulike lokale og nasjonale retningslinjer for utredning og ulike internettkilder (som blant andre Helsebiblioteket.no, R-BUP.no, Psyktestbarn.no, Folkehelseinstituttet.no, Pearson.no, Hogrefe.no og Statped.no). Resultatet ble en liste som inkluderer utviklingstester, evnetester, kognitive funksjonstester / nevropsykologiske tester, diagnostiske verktøy, kartleggingsskalaer, kliniske intervjuer samt arbeids- og organisasjonstester. Hovedvekten av testene på listen er kliniske tester brukt i helsetjenesten. Noen tester ble vurdert som mindre relevante for prosjektets fokusområde og ble derfor utelatt fra listen for å redusere trettheten ved utfylling av undersøkelsen. Eksempler på dette er forholdsvis enkle symptomscreener (som GAD-7), subjektive setningsutfyllingsskjemaer (som Rotter Incomplete Sentences Blank), tester som ikke fantes på norsk (som Minnesota Multiphasic Personality Inventory-Adolescent), tester brukt hovedsakelig av pedagoger fremfor psykologer (som Dansk Impressiv Morfologisk Test) og tester med rimelig begrenset målgrupper (som Asperger Syndrome Workplace Interview).

Informanter

NPF sendte ut den elektroniske undersøkelsen til 4915 av sine medlemmer i februar 2018. Vi ekskludert studenter og pensjonister samt psykologer som nylig hadde mottatt en annen undersøkelse fra NPF. Psykologene ble bedt om

å indikere hvor ofte de brukte hver test: flere ganger i uken, flere ganger i måneden, flere ganger i kvartalet, sjeldnere enn hvert kvartal og sjeldnere enn hvert år. Vi analyserte 1406 svar, noe som ga en svarprosent på 29.

Analyser

Vi gjorde en beskrivende analyse av testenes samlede bruksfrekvens ved å summere antall svar i kategorier «flere ganger i uken», «flere ganger i måneden» og «flere ganger i kvartalet».

RESULTATER

Bakgrunnsinformasjon

Av de rundt 51 % av informantene som oppga informasjon om kjønn, alder og spesialiststatus var 72 % kvinner og 54 % spesialister. I utvalget var 68% 50 år eller yngre, og alderskategorien med flest psykologer var 31–35 år. Flere som hadde utdannet seg mer nylig, besvarte undersøkelsen.

Tabell 1 viser at flertallet av informantene jobbet i spesialisthelsetjenesten (62 %), med 48 % innenfor psykisk helsevern (29 % med voksne, 19 % med barn og unge). Alle unntatt 11 deltagere oppga sitt fagfelt. Den største enkeltgruppen jobbet med «barn og unge» (25 %). Til sammenlikning jobbet 18 % med voksne og 18 % med psykoterapi.

Informantenes holdninger og praksis relatert til testkvalitet

Totalt 715 besvarte spørsmålet «I hvor stor grad legger du vekt på at testene/kartleggingsverktøyene du bruker er kvalitetssikret i forhold til normering, reliabilitet og validitet?». Av disse svarte 68 % «i stor grad», 30 % svarte «i noen grad» og 2 % svarte «i liten grad». Til spørsmålet «I hvor stor grad legger du vekt på at testene/kartleggingsverktøyene du bruker er kvalitetssikret i forhold til opphavsrettigheter (copyright)?» svarte 37 % «i stor grad» og 41 % «i noen grad», mens 22 % var i liten grad opptatt av opphavsrettigheter.

Informantene ble gitt mulighet til å krysse av for alle de fire svaralternativene på spørsmålet «Hvordan forsikrer du deg om at testene/kartleggingsverktøyene du bruker er kvalitetssikret i forhold til opphavsrettigheter, normering, reliabilitet og validitet?». Svarene fordelte seg nokså jevnt mellom «Stoler på at leverandør har kvalitetssikret produktene sine» (n = 321), «Stoler på at arbeidsgiver

Tabell 1. **Respondenters hovedarbeidssted**

Hovedarbeidssted	Antall	Prosent
Psykisk helsevern for voksne	413	29,4
Psykisk helsevern for barn og unge	260	18,5
Privat praksis med driftsavtale	102	7,3
Tverrfaglig spesialisert rusbehandling	101	7,2
Primærhelsetjeneste/kommunehelsetjeneste	84	6,0
Somatisk helseavdeling	74	5,3
Privat praksis uten driftsavtale	68	4,8
Pedagogisk-psykologisk tjeneste	65	4,6
Kompetansetjeneste eller annen offentlig tjeneste	26	1,8
Privat næringsliv	25	1,8
NAV (Arbeids- og velferdsforvaltningen)	22	1,6
Privat stiftelse	22	1,6
Familievernkontor	19	1,4
Statlig barnevern	19	1,4
Kommunalt barnevern	10	0,7
Bedriftshelsetjeneste	4	0,3
Annet	90	6,4
Totalt antall svar	1404	99,9
Uteblitte svar	2	0,1

har kvalitetssikret de verktøyene som brukes på min arbeidsplass (n = 289) og «Sjekker personlig at verktøyene jeg bruker er kvalitetssikret» (n = 318). Svaralternativet «Har ikke noe bevisst forhold til dette» ble avkrysset av 35 av informantene. I fritekstfeltet ble det registrert 59 kommentarer som omhandlet alt fra at man ikke var opptatt av opphavsrett, til at man brukte ulike kilder som PsykTestBarn, Helsebiblioteket, testmanualer og vitenskapelige artikler for å finne informasjon om testkvalitet. Noen kommentarer refererte til arbeidsgivers og psykologers manglende oversikt over tester av god kvalitet.

Majoriteten av informantene oppga at de bruker tester i sitt arbeid (90 %, n = 1271). Av disse oppga 49 % at de bruker tester flere ganger i uken, 36 % flere ganger i måneden og 10 % flere ganger i kvartalet.

De 40 mest brukte testene (se Tabell 2) er beskrevet under i ulike testkategorier: »

Tabell 2. De 40 mest brukte testene

Test	Antall psykologer som bruker testen minst flere ganger i kvartalet (N = 1406)
1. Beck Depression Inventory-II (BDI-II)	299
2. Beck Anxiety Inventory (BAI)	223
3. Mini Internasjonalt Nevropsykiatrisk Intervju plus (M.I.N.I plus)	207
4. Wechsler Adult Intelligence Scale-Fourth edition (WAIS-IV)	198
5. Symptom Checklist 90-Revised (SCL-90-R)	197
6. Adult ADHD Self-Report Scale-v1.1 (ASRS-v1.1)	195
7. Mini Internasjonalt Nevropsykiatrisk Intervju (M.I.N.I.).	192
8. Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis II Personality Disorders (SCID-II)	159
9. Behavior Rating Inventory of Executive Function (BRIEF; parent and teacher version; 5-18 år)	147
10. Achenbach System of Empirically Based Assessment – Child Behavior Checklist (ASEBA – CBCL)	144
11. Montgomery Åsberg Depression Rating Scale (MADRS)	144
12. Alcohol Use Disorder Identification Test (AUDIT)	142
13. Achenbach System of Empirically Based Assessment – Teacher Report Form (ASEBA – TRF)	138
14. Conners Continuous Performance Test 3 (Conners CPT 3)	134
15. Kartlegging av traumeerfaringer-Barn/Foreldre (KATE-B/F)	130
16. Wechsler Intelligence Scale for Children-Fourth edition (WISC-IV)	119
17. Achenbach System of Empirically Based Assessment – Youth Self-Report (ASEBA – YSR)	118
18. Wechsler Intelligence Scale for Children-Fifth Edition (WISC-V)	117
19. Diagnostisk intervju for utredning av ADHD hos voksne (DIVA 2.0)	117
20. Behavior Rating Inventory of Executive Function-Self-Report Version (BRIEF-SR; 11-18 år)	111
21. Drug Use Disorders Identification Test (DUDIT)	110
22. Achenbach System of Empirically Based Assessment – Caregiver-Teacher Report Form (ASEBA – C-TRF)	105
23. Delis-Kaplan Executive Function System (D-KEFS)	101
24. Behavior Rating Inventory of Executive Function-Adult Version (BRIEF-A; 18–90 år)	99
25. Child and Adolescent Trauma Screen (CATS)	97
26. ADHD Rating Scale-IV: Hjemmeversjon (ADHD-RS-IV: Hjemme)	95
27. ADHD Rating Scale-IV: Skoleversjon (ADHD-RS-IV: Skole)	91
28. Rey Complex Figure Test and Recognition Trial (RCFT)	88
29. California Verbal Learning Test-II (CVLT-II)	83
30. Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School Aged Children (6–18 years): Present and Lifetime Version (Kiddie-SADS-PL)	78
31. Wisconsin Card Sorting Test (WCST)	70
32. Behavior Rating Inventory of Executive Function-Preschool Version (BRIEF-P; 2–5:11 år)	69
33. Vineland Adaptive Behavior Scales-Second edition (Vineland-II)	68
34. Wechsler Preschool and Primary Scale of Intelligence-Fourth edition (WPPSI-IV)	64
35. Norsk revidert Mini Mental Status Evaluering (MMSE-NR3)	61
36. Autism Diagnostic Interview-Revised (ADI-R)	61
37. Wechsler Memory Scale-III (WMS-III)	58
38. Impact of Event Scale-Revised (IES-R)	58
39. FAS test (COWAT; verbal flyt)	57
40. Autism Spectrum Screening Questionnaire (ASSQ)	56

De mest anvendte testene

Kartleggingsskjemaer. Mest brukt av alle tester i listen var Beck Depression Inventory (BDI-II; Beck & Steer, 2005) og Beck Anxiety Inventory (BAI; Beck, Steer & Brown, 2005), som brukes til kartlegging av symptomer en ser relativt ofte hos ungdom og voksne i psykisk helsevern. Blant kartleggingsskjemaer som brukes til å screene for et bredt spekter av problematikk, var Symptom Checklist 90-Revised (SCL-90-R; Derogatis, 2010) for voksne samt fire versjoner i Achenbach System of Empirically Based Assessment (ASEBA) for barn og unge (Achenbach et al., 2000, 2001).

Kartleggingsskjemaer som ofte anvendes i utredning av mulig ADHD-problematikk inkluderte Adult ADHD Self-Report Scale-v1.1 (ASRS-v1.1; Kessler et al., 2005), fire versjoner av Behavior Rating Inventory of Executive Function (BRIEF; Parent and Teacher Version, Gioia et al., 2000; Self-Report Version, Guy et al., 2004; Adult Version, Roth et al., 2005 og Preschool Version, Gioia et al., 2003) og hjemme- og skoleversjoner av ADHD Rating Scale-IV (ADHD-RS-IV; DuPaul et al., 1998). To kartleggingsskjemaer brukt til screening av rusproblematikk ble rapportert: Alcohol Use Disorder Identification Test (AUDIT; Babor et al., 2001) og Drug Use Disorders Identification Test (DUDIT; Berman et al., 2003). Videre ble det oppgitt tre skjemaer brukt i utredning av traumer: Kartlegging av traumeerfaringer-Barn/Foreldre (NKVTS, 2015a/2015b), Child and Adolescent Trauma Screen (Sachser et al., 2017) og Impact of Event Scale-Revised (Weiss et al., 1997). De andre kartleggingsskjemaene blant de 40 mest brukte var Montgomery Åsberg Depression Rating Scale (MADRS; Montgomery et al., 1979), utviklet for å følge symptomendringer ved bruk av antidepressiv medisin, og Autism Spectrum Screening Questionnaire (Ehlers et al., 1999).

Kliniske intervjuer. Mini Internasjonalt Nevropsykiatrisk Intervju, plus- og standardversjoner (M.I.N.I.; Sheehan et al. 1998), var de mest brukte kliniske intervjuene. Andre kliniske intervjuer for voksne inkluderte Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Personality Disorders (SCID-II; First & Gibbon et al., 1997) og Diagnostisk intervju for utredning av ADHD hos voksne 2.0 (Kooij et al., 2010). Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School Aged Children (6-18 years): Present

and Lifetime Version (Kiddie-SADS-PL; Kaufman, 1997) var det mest brukte kliniske intervju for barn/unge. De to andre hyppig brukte intervjuene var Vineland Adaptive Behavior Scales-Second edition (Sparrow et al., 2011) og Autism Diagnostic Interview-Revised (Rutter et al., 2003), som brukes i utredning av henholdsvis adaptive ferdigheter og autismespektervansker.

Intelligenstester. Blant de 40 mest brukte testene som fremkom i undersøkelsen, var det kun Wechsler-testene som ble anvendt til utredning av intelligens. Wechsler Adult Intelligence Scale-Fourth Edition (Wechsler, 2011) kom på fjerdeplass blant alle testene. For barn og unge var Wechsler Intelligence Scale for Children-Fourth Edition (WISC-IV; Wechsler, 2009) og den nyere WISC-V (Wechsler, 2017), som ble publisert på norsk året før undersøkelsen ble sendt ut, brukt i nesten like stor grad. Wechsler Preschool and Primary Scale of Intelligence-Fourth edition (Wechsler, 2015) til bruk hos barn opptil 7 år og 7 måneder var noe mindre brukt enn de andre, antagelig grunnet mindre målgruppe.

Nevropsykologiske tester. De mest utbredte nevropsykologiske testene brukes til å vurdere kognisjon, eksekutiv fungering, orientering, hukommelse, visuospatiale evner, oppmerksomhet, innlæring og verbal flyt. Flere av disse testene kan brukes både for barn/unge og voksne. Blant tester som kan anvendes i utredning av barn fra 6 års alder fant vi Rey Complex Figure Test and Recognition Trial (RCFT; Meyers et al., 2004) og Wisconsin Card Sorting Test (WCST; Heaton et al., 1993).

Innrapporterte tester som kan brukes fra 8 års alder var Conners Continuous Performance Test 3 (Conners CPT-3; Conners, 2014), Delis-Kaplan Executive Function System (D-KEFS; Delis et al., 2005) og FAS Test. FAS Test, opprinnelig utviklet av Benton et al. som Controlled Oral Word Association test (1989), kan brukes som en selvstendig test, men den finnes også som en del av D-KEFS nevropsykologisk batteri (D-KEFS Verbal Flyt – Ordflyt av Delis et al., 2005).

California Verbal Learning Test-II (CVLT-II; Delis et al., 2004) og Wechsler Memory Scale-III (WMS-III; Wechsler, 2008) kan anvendes i utredning av personer i alderen 16 år og over. Norsk revidert Mini Mental Status Evaluering

(MMSE-NR3; Strobel et al., 2008) brukes i vurdering av ulike typer kognitiv svikt, oftest hos voksne.

Ytterligere analyser. Flere av testene som var i utstrakt bruk i 2009 (Vaskinn et al., 2012), var det også i 2018: Wechsler tester, BDI-II, BAI, begge versjonene av M.I.N.I., SCL-90-R, ASRS-v1.1, SCID-II, BRIEF, ASEBA, MADRS, AUDIT, DUDIT, Conners CPT (nå i sin tredje utgave), begge versjoner av ADHD-RS-IV, RCFT, CVLT-II, Kiddie-SADS-PL, WCST, MMSE (nå i sin tredje versjon) og WMS (også i sin tredje versjon). Imidlertid ser det ut til at noen tester brukes langt mindre nå enn det som ble rapportert om i 2009. Blant disse er Ravens Matriser, hvor 38 % av informantene oppga å bruke dette i 2009 mot 7 % i 2018 (Raven, 1998). Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2 ble rapportert i bruk av 27 % i 2009 mot 9 % i 2018 (Butcher et al., 2004) og NEO Personality Inventory-R ble brukt av 12 % i 2009, mens NEO-PI-3/NEO-FFI-3 ble brukt av 3 % i 2018 (McCrae et al., 2017). Siden testundersøkelsen i 2009 har det kommet noen nye tester på norsk som i dag er i hyppig bruk, deriblant nyere versjoner av Wechsler intelligens tester, Kartlegging av traumeerfaringer-Barn/Foreldre (NKVTS, 2015a/2015b), Child and Adolescent Trauma Screen (Sachser et al., 2017) og Diagnostisk intervju for utredning av ADHD hos voksne (DIVA 2.0; Kooij et al., 2010).

FHI og PsykTestBarn har gjort tilgjengelig, frem til begynnelsen av juli 2020, 15 systematiske vurderinger blant de 40 mest brukte testene fra denne undersøkelsen. Samtidig ble det gjennomført 15 slike vurderinger av tester som ikke var i bruk i det hele tatt hos respondentene, og 14 vurderinger av tester brukt av kun 8 eller færre psykologer (minst flere ganger i kvartalet, tester på plass 170 eller lavere).

DISKUSJON

Mens denne undersøkelsen har en høyere svarprosent (29 %; N = 1406) enn Vaskinn og kollegas tilsvarende testundersøkelse fra 2009 (2010 og 2012; 15 %, N = 943), er den likevel å betrakte som relativt lav. Dette kan antyde et visst seleksjonsproblem hvor primært psykologer med særlig interesse for testing deltok i undersøkelsen. Lav svarprosent gjør det vanskelig å anslå hvorvidt funnene fra undersøkelsen er representative. Psykologer dekker en stor bredde når det gjelder spesifikke fagområder,

aktuelle pasient-/klientpopulasjoner og personlige erfaringsbakgrunner. Denne spennvidden i virkefelt vil nødvendigvis medføre en viss heterogenitet når det gjelder testbruk, og det kan således argumenteres at en full representativitet hverken er et mulig eller hensiktsmessig mål for en undersøkelse som denne. Materialet er imidlertid av en slik størrelse og samsvarer med data fra andre kilder i en slik grad at det gir et illustrerende bilde av testbruk blant psykologer.

Selv om de alle fleste av informantene oppga at de bruker tester i sitt arbeid, besvarte kun halvparten etterfølgende spørsmål om testholdninger. Av informantene som svarte på spørsmål om testholdninger, oppga 98 % at de i stor eller noen grad er opptatt av at testene de bruker er kvalitetssikret med hensyn til normering, reliabilitet og validitet. Færre i dette utvalget (78 %) ga tilsvarende rangering på spørsmålet om hvorvidt man er opptatt av om testene man bruker er avklart med hensyn til opphavsrettigheter. At færre av psykologene som deltok i undersøkelsen rangerer spørsmålet relatert til opphavsrett som viktig, fremstår som et paradoks, da opphavsrett er relatert til psykometriske kvaliteter ved tester. Bruk av verktøy der manualen mangler, for eksempel ved anvendelse av fotokopierte spørreskjemaer og intervjuer av ukjent opphav, medfører uunngåelig at psykologen ikke har noen mulighet for å kontrollere testens psykometriske kvaliteter. Manualer inneholder rettledning i testadministrasjon, normtabeller og beskrivelse av normdatagrunnlaget og som regel resultat fra validitets- og/eller reliabilitetsstudier. Uten manual har således ikke testbruker noe grunnlag for å vurdere om en test er tilpasset eller egnet for den populasjonen den aktuelle testtaker tilhører.

Problemer knyttet til opphavsrett har tidligere blitt omtalt i Tidsskriftet for Norsk Psykologforening (Vaskinn et al., 2012; Egeland et al., 2015), og våre funn viser at situasjonen ikke har bedret seg de siste årene. SCID-II (First & Gibbon et al., 1997) har i mange år vært, og er fortsatt, blant de hyppigst anvendte testene i Norge, til tross for at norske utgaver av dette intervjuet aldri har vært autorisert og ikke skal brukes eller distribueres (American Psychiatric Association Publishing, personlig kommunikasjon, 07. desember, 2020; Selvik, 2007; Ryder, under utgivelse). Å bruke SCID-II er i strid med ITCs internasjonale retningslinjer for testbruk som NPF har vedtatt som rettledende. At tester som SCID-II brukes av mange psykologer indikerer at det fortsatt eksisterer en problematisk avstand mellom testbrukeres praksis og etikk, lovverk og rettledende prinsipper for testsikkerhet.

Ved spørsmålet om «Hvordan forsikrer du deg om at testene/kartleggingsverktøyene du bruker er kvalitetssikret i forhold til opphavsrettigheter, normering, reliabilitet og validitet?» ser man en endring fra resultatene i Vaskinn og kollegas testbruksundersøkelse fra 2009, hvor 42 % av informantene oppga at de selv tok ansvar for å sjekke testkvalitet, og 20 % oppga at de stolte på at arbeidsgiver hadde kvalitetssikret testene (2010). I vår undersøkelse falt henholdsvis 33 % og 30 % av svarene på disse alternativene, noe som indikerer at psykologer tar mindre selvstendig ansvar enn for ti år siden og lener seg mer på arbeidsgivers vurderinger eller bestemmelser. Funnet kan imidlertid være uttrykk for ulike forhold, som at testfeltet oppfattes mer uoversiktlig, å foreta selvstendige kvalitetsvurderinger oppleves mer utfordrende, at det er mindre personlig engasjement eller bevissthet rundt valg av tester blant psykologer, eller økt tillit til arbeidsgivers faglige vurderinger. I tillegg kan tendensen knyttes til at det ved flere klinikker og institusjoner legges

føringer fra arbeidsgiver om hvilke tester som kan eller skal brukes.

Hvem som egentlig har ansvar for kvalitetssikring av tester fremstår som uklart og omstridt. Helsedirektoratet har i brev til Helse- og omsorgsdepartementet plassert ansvar for kvalitetssikring av tester hos helseforetak og den enkelte testbruker (Helsedirektoratet, 2016). Her presiseres det at «Helsedirektoratet/offentlig helseforvaltning skal ikke ha en godkjenningsrolle av verktøy i bruk i Norge» og videre at «Helseforetakene og den enkelte helsearbeider som anvender et verktøy, må selv sørge for at bruken av verktøyet er innen rammen for «god klinisk praksis» og innenfor de rettighetsrammene som finnes». Flere problemer er knyttet til disse formuleringene. NPF har ment at det ikke er holdbart å legge alt ansvar for testing over på den enkelte testbruker når informasjon om testkvalitet er så manglende, og når det som finnes er så uoversiktlig. I det åpne svarfeltet i vår undersøkelse bekrefter informantene at både psykologer og arbeidsgivere mangler oversikt over hvilke tester som har hvilke psykometriske kvaliteter. Det var også uttrykt et ønske om en kvalitets-sikret testbase. Helsebiblioteket.no, et offentlig finansiert nettsted drevet av FHI som tilbyr gratis tilgang til fagkunnskap, har påtatt seg oppgaven med å publisere ulike tester og lenker til tester. Helsebibliotekets tilknytning til FHI kommuniserer en kvalitetsgodkjenning fra offentlig helseforvaltning, ikke minst når det står at Helsebiblioteket «skal bidra til å heve kvaliteten på helsetjenestene og til å bedre pasientsikkerheten gjennom å gi enkel tilgang til oppdaterte og kvalitetsvurderte kilder på nett for alt helsepersonell i Norge». I vår undersøkelse ble Helsebiblioteket.no nevnt som en faglig kilde for testopplysninger. I den grad testbrukere benytter seg av denne nettressursen for å skaffe seg slik informasjon, er det avgjørende at den faktisk evner å tilby oppdatert og kvalitetssikret informasjon som ikke bryter med åndsverkloven. Dette prosjektet viser dessverre at dette ikke alltid er tilfellet, som ved Helsebibliotekets tidligere lenke til den aldri-godkjente SCID-II og nåværende lenker til M.I.N.I. versjoner som er både utdaterte og som eieren ikke har gitt lov til å offentliggjøre (David V. Sheehan, personlig kommunikasjon, 11. desember, 2020; Ryder, under utgivelse). Helsedirektoratet har

selv anbefalt bruk av SCID-II i nasjonale veiledere tross manglende tillatelse til å distribuere eller bruke norske utgaver av dette intervjuet (Helsedirektoratet, 2012 og 2013). Disse eksemplene viser at kvalitetssikring er en formidabel utfordring som krever enorme ressurser som den enkelte testbruker ikke har til rådighet. FHI og PsykTestBarn har i stor grad bidratt til tilgjengeliggjøring og økt forståelse for testers psykometriske egenskaper, slik at kvalifiserte testbrukere kan ta informerte valg om tester. Dessverre viser det seg at det brukes forskningsmidler på mange tester som ut fra informantenes svar viser seg å være, i beste fall, sjelden i bruk. Vår undersøkelse bidrar til informasjon om hvilke tester som bør prioriteres for slike systematiske kartlegginger.

Gjennom det siste tiåret kan det se ut som om utstrakt bruk av tester blant psykologgruppen har vært stabil, da 90 % av informantene oppga å bruke tester i sitt arbeid både i testbruksundersøkelsen fra 2009 (Vaskinn et al., 2010) og i 2018. Blant de 40 hyppigst anvendte testene i vår undersøkelse fant vi både spørreskjemaer, intervjuer og testleder-administrerte verktøy. Flertallet av instrumentene var kliniske tester, som er naturlig siden majoriteten av informantene jobbet i spesialisthelsetjenesten. Noen av testene brukes imidlertid også i skolevesenet. Kun 4 % av informantene i utvalget jobbet innenfor arbeids- og organisasjonspsykologi, og følgelig ble bruk av arbeidspsykologiske tester relativt sjelden rapportert om.

For nesten alle tester oppga en mindre andel av informantene i 2018 enn i 2009 at de brukte de ulike testene (Vaskinn et al., 2012). Noe av forklaringen på dette kan relateres til at det er flere tester tilgjengelig nå enn for 10 år siden, og en konsekvens av dette er at hver enkelt test blir brukt av færre psykologer. Vi fant også at enkelte tester i 2009 med kjente kvalitetsproblemer fortsatt ble profilert av Helsedirektoratet og Helsebiblioteket, og at de ble hyppig brukt av denne undersøkelsen informanter i 2018.

KONKLUSJON

Denne undersøkelsen viser behovet for økt bevissthet om internasjonale testretningslinjer, både hos testutviklere og hos testbrukere. Mange av de testene som brukes av norske psykologer, er ikke nødvendigvis kvalitetssikret med hensyn til formell oversettelsespro-



«Lav svarprosent gjør det vanskelig å anslå hvorvidt funnene fra undersøkelsen er representative»



tokoll, normeringsdata, reliabilitet og validitet (Ryder, under utgivelse). I tillegg gir det grunn til bekymring at det eksisterer en testbruksnorm som tillater omfattende misbruk av åndsverk, noe som bryter med internasjonale testretningslinjer. Videre kan resultatene tyde på at testfeltet er preget av manglende oversikt over kvalitetsinformasjon og utydighet rundt hvem som har ansvar for kvalitetssikring av tester. Denne undersøkelsen kan således tyde på at det er behov for tilgjengelig og oversiktlig teknisk testdokumentasjon fra testutviklere, slik at testbrukere kan ta informerte valg og ha tilitt til testresultater. Et annet spørsmål knytter seg til hvor stort kvalitetsproblem som kan være heftet ved de mest brukte testene. I del

2 av dette prosjektet er de 40 mest brukte testene gjennomgått for en belysning av de 10 testene med størst kvalitetsproblemer. Målet er å gi aktuelle aktører oversikt over hvilke tester som bør prioriteres for forbedringstiltak. ✖

Takk

Takk til Helsedirektoratet som bidro med midler som gjorde prosjektet mulig. Det takkes for skrive stipend fra Barne- og ungdomspsykiatrisk avdeling ved Sykehuset i Vestfold. Takk til Norsk psykologforening; TPU-medlemmer (2017–2019) for innspill til undersøkelsen og analysemetoder, Andreas Høstmælingen og Ole Tunold for bistand med forberedelse og utsendelse av undersøkelsen samt datainnsamling og databearbeidelse, sentralstyret for skrive stipend og Mikael J. Sømhovd for kommentarer til manuskriptet.

REFERANSER

- Achenbach, T. M., McConaughy, S., Ivanova, M. & Rescorla, L. (2011). *Manual for the ASEBA Brief Problem Monitor™ (BPM)*. Research Center for Children, Youth, and Families, University of Vermont.
- Achenbach, T. M. & Rescorla, L. A. (2000). *Manual for the ASEBA preschool forms & profiles*. Research Center for Children, Youth, and Families, University of Vermont.
- Achenbach, T. M. & Rescorla, L. A. (2001). *Manual for the ASEBA school-age forms & profiles*. Research Center for Children, Youth, and Families, University of Vermont.
- Babor, T. F., Higgins-Biddle, J. C., Saunders, A. B. & Monteiro, M. G. (2001). *The Alcohol Use Disorders Identification Test: Guidelines for use in primary care* (2. utg.). The World Health Organization (WHO).
- Beck, A. T. & Steer, R. A. (2005). *Beck Anxiety Inventory*. Pearson Assessment.
- Beck, A. T., Steer, R. A. & Brown, G. K. (2005). *Beck Depression Inventory-Second Edition*. Pearson Assessment.
- Benton, A. L. & Hamsher, K. (1989). *Multilingual Aphasia Examination* (2nd ed). AJA Associates.
- Berman, A. H., Bergman, H., Palmstierna, T. & Schlyter, F. (2003). *The Drug Use Disorders Identification Test: Manual*. Karolinska Institutet.
- Butcher J. N., Graham, J. R., Ben-Porath, Y. S., Tellegen, A., Dahlstrom, W. G. & Kaemmer, B. (2004). *Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2, norsk manual*. Hogrefe Psykologiförlaget AB.
- Conners, C.K. (2014). *Conners' Continuous Performance Test 3rd Edition*. Hogrefe Psykologiförlaget AB.
- Delis, D. C., Kaplan, E. & Kramer, J. H. (2005). *Delis-Kaplan Executive Function System, norsk versjon*. Pearson Assessment.
- Delis, D. C., Kramer, J. H., Kaplan, E. & Ober, B. A. (2004). *California Verbal Learning Test, Second Edition (CVLT-II), norsk versjon*. Pearson Assessment.
- Derogatis, L. R. (2010). *Symptom Checklist-90-R (SCL-90-R). Norsk versjon. Manual for administrering og skåring*. NCS Pearson, Inc.
- DuPaul, G. J., Power, T. J., Anastopoulos, A. D. & Reid, R. (1998). *ADHD Rating Scale-IV: Checklists, Norms, and Clinical Interpretation*. Guilford.
- Egeland, J., van Delft, C., Føllestad, H., Holen, A., Heland, S. & Engen Nilsen, D. Ø. (2015). *Det må være et myndighetsansvar å sette nødvendige prosesser i gang for å sikre tilgang på kvalitetssikrede verktøy*. <https://www.psykologforeningen.no/medlem/testbruk/uautoriserte-tester-og-kartleggingsverktoy>

- Ehlers, S., Gillberg, C. & Wing, L. (1999). A screening questionnaire for Asperger syndrome and other high-functioning autism spectrum disorders in school age children. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 29(2), 129–141.
- European Federation of Psychologists' Associations (EFPA). (2013). *EFPA Review Model for the Description and Evaluation of Psychological and Educational Tests: Test Review Form and Notes for Reviewers (v. 4.2.6)*.
- First, M. B., Gibbon, M., Spitzer, R. L., Williams, J. B. W. & Benjamin, L. S. (1997). *Structured clinical interview for DSM-IV axis I personality disorders, (SCID-I)*. American Psychiatric Association.
- Gioia, G. A., Espy, K. A. & Isquith, P. K. (2003). *BRIEF-P: Behavior Rating Inventory of Executive Function-Preschool Version*. Psychological Assessment Resources.
- Gioia, G. A., Isquith, P. K., Guy, S. C. & Kenworthy, L. (2000). *Behavior Rating Inventory of Executive Function*. Psychological Assessment Resources.
- Guy, S., Isquith, P. & Gioia, G. (2004). *BRIEF-SR: Behavior Rating Inventory of Executive Function-Self-Report Version*. Psychological Assessment Resources.
- Heaton, R. K., Chelune, G. J., Talley, J. L., Kay, G. G. & Curtiss, G. (1993). *Wisconsin card sorting test manual: Revised and expanded*. Psychological Assessment Resources.
- Helsedirektoratet. (2012). *Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse – ROP-lidelser*. <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/samtidig-ruslidelse-og-psykisk-lidelse-rop-lidelser>
- Helsedirektoratet. (2013). *Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med psykose-lidelser*. <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/psykoselidelser>
- Helsedirektoratet. (2016, 10. juni). *Helsedirektoratets rolle vedrørende ulike tester og verktøy innen psykisk helse og rus*. Brev med referanse 15/1915–5.
- International Test Commission. (2001). *International Guidelines for Test Use [ITC retningslinjer for testbruk]*. *International Journal of Testing*, 1(2), 93–114. <https://www.intestcom.org/page/17>
- International Test Commission. (2017). *The ITC Guidelines for Translating and Adapting Tests (Second edition)*. <https://www.intestcom.org/page/16>
- Kaufman, J., Birmaher, B., Brent, D., Rao, U. & Ryan, N. (1997). Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children-Present and Lifetime Version (K-SADS-PL): Initial Reliability and Validity Data. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36(7), 980–988.
- Kessler, R. C., Adler, L., Ames, M., Demler, O., Faraone, S., Hiripi, E., Howes, M. J., Jin, R., Secnik, K., Spencer, T., Ustun, T. B. & Walters, E. E. (2005). The World Health Organization Adult ADHD Self-Report Scale (ASRS): A short screening scale for use in the general population. *Psychological Medicine*, 35, 245–256.
- Kooij, J. J. S. & Francken, M. H. (2010). *Diagnostisk intervju for utredning av ADHD hos voksne*. DIVA Stiftelsen.
- Kornør, H., Jozefiak, T., Hanssen-Bauer, K. & Hysing, M. (2015). Forsvarlig testbruk. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 52(7), 600–601.
- McCrae, R. R. & Costa, P. T. (2017). *NEO Personality Inventory-3, norsk manual*. Hogrefe Psykologiförlaget AB.
- Meyers, J. E. & Meyers, K. R. (2004). *Rey Complex Figure Test and Recognition Trial, norsk versjon*. Hogrefe Psykologiförlaget AB.
- Montgomery, S. A. & Åsberg, M. (1979). A new depression scale designed to be sensitive to change. *British Journal of Psychiatry*, 134, 382–389.
- Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress (NKVTS). (2015a). *KATE-Barn: Kartlegging av traumatiske erfaringer*. Barnevernssjon.
- Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress (NKVTS). (2015b). *KATE-Foreldre: Kartlegging av traumatiske erfaringer*. Foreldreversjonen.
- Raven, J. C. (1998). *Raven's Matriser*. Pearson Assessment.
- Roth, R. M., Isquith, P. K. & Gioia, G. A. (2005). *BRIEF-A: Behavior Rating Inventory of Executive Function-Adult version*. Psychological Assessment Resources.
- Rutter, M., Le Couteur, A. & Lord, C. (2003). *Autism diagnostic interview-revised*. Western Psychological Services.
- Ryder, T. M., under utgivelse. Testkvalitetsprosjekt – del 2: Testene i behov av kvalitetstiltak. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*.
- Sachser, C., Berliner, L., Holt, T., Jensen, T. K., Jungbluth, N., Risch, E., Rosner, R. & Goldbeck, L. (2017). International development and psychometric properties of the Child and Adolescent Trauma Screen (CATS). *Journal of affective disorders*, 210, 189–195.
- Selvik, A. (2007). Forsvarlig bruk av tester, strukturerte intervjuer og spørreskjemaer – kvalitet og bruksrett i helsevesenet. Internrapport Psykologforeningen. https://ressursside.no/handbok-filer/forsvarlig_bruk_av_tester_npf.pdf
- Sheehan, D. V., Lecrubier, Y., Harnett-Sheehan, K., Amorim, P., Janavs, J., Weiller, E., Hergueta T., Baker, R., Dunbar, G. (1998). The Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.): The Development and Validation of a Structured Diagnostic Psychiatric Interview. *Journal of Clinical Psychiatry*, 59(20), 22–33.
- Sparrow, S. S., Cicchetti, D. V. & Balla, D. A. (2011). *Vineland Adaptive Behavior Scales-Second edition, norsk versjon*. Pearson Assessment.
- Strobel, C. & Engedal, K. (2008). *MMSE-NR. Norsk revidert Mini Mental Status Evaluering. Revidert og utvidet manual*.
- Vaskinn, A. & Egeland, J. (2012). Testbrukundersøkelsen: En oversikt over tester brukt av norske psykologer. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 49(7), 658–665.
- Vaskinn, A., Egeland, J., Nielsen, G. H. & Høstmælingen, A. (2010). Norwegian psychologists' use of and opinions on tests and testing. *Tidsskrift for Norsk psykologforening* 47(11), 1010–1016.
- Wechsler, D. (2008). *Wechsler Memory Scale-Third edition, norsk versjon*. Pearson Assessment.
- Wechsler, D. (2009). *Wechsler Intelligence Scale for Children-Fourth edition, norsk versjon*. Pearson Assessment.
- Wechsler, D. (2011). *Wechsler Adult Intelligence Scale-Fourth edition, norsk versjon*. Pearson Assessment.
- Wechsler, D. (2015). *Wechsler Preschool and Primary Scale of Intelligence-Fourth edition, norsk versjon*. Pearson Assessment.
- Wechsler, D. (2017). *Wechsler Intelligence Scale for Children-Fifth edition, norsk versjon*. Pearson Assessment.
- Weiss, D. S. & Marmar, C. R. (1997). The Impact of Event Scale-Revised. I J. P. Wilson & T. M. Keane (red.), *Assessing psychological trauma and PTSD* (s. 99–411). Guilford Press.

Pårørende som kunnskapskilde

Å hente inn kunnskap fra pårørende kan være nødvendig for at psykologen skal utøve anerkjent praksis som også er i tråd med lovverket.

TEKST

Kari Bøckmann
psykologspesialist,
rådgiver Helse
Nord RHF,
Alice Kjellevold
professor emerita
dr juris, Universitetet
i Stavanger

ILLUSTRASJON

Marianne Gretteberg
Engedal

HVA BIDRAR FORELDRENE MED i hverdagen til sin voksne sønn med tilbakevendende depresjon? Hvilke endringer har ektefellen lagt merke til etter at partneren begynte i kognitiv terapi mot angst? Hva tror foreldrene til datteren med psykose at hun ville ha ønsket om hun hadde kunnet samtykke? Svarene på disse spørsmålene vil ofte være nyttige for psykologen å ha kjennskap til. Psykologer behandler som regel sine pasienter i avgrensede perioder innenfor gitte rammer, mens pårørende lever med de som er syke, ofte hele døgnet, gjennom år.

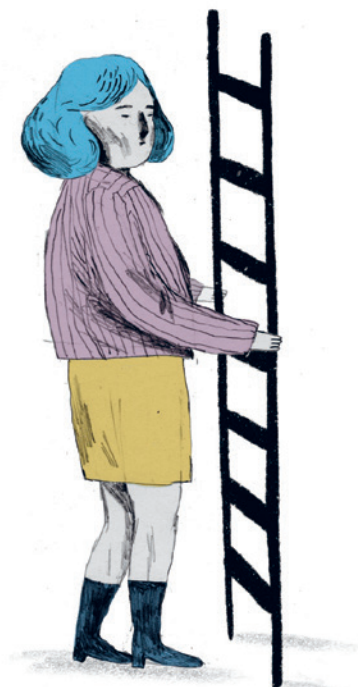
Vi vet at systematisk involvering av pårørende kan bidra til mange positive utfall for pasienten. Den systematiske litteraturgjennomgangen som ble gjennomført ved utarbeidelsen av nasjonal Pårørendeveileder (2017) samt literatursøk høsten 2019, viser at involveringen av pårørende kan føre til bedre sosial fungering (Magliano et al., 2006, West et al., 2014), redusere risiko for tilbakefall (Pharoah, 2006, D'Souza, Piskulic, & Sundram, 2010), gjøre det lettere å komme i arbeid (McFarlane, 2003) og påvirke pasientens tilpasning til sykdom og emosjonelle helse på positive måter (Fisher & Weihs, 2000). Positive utfall av det å involvere familiene er tydelig ved førstegangpsykose (Fuser-Poli, McGorry & Kane, 2017), bipolar lidelse (Miklowitz & Chung, 2016, Reinares et al., 2016), schizofreni (Chen et al., 2016, Okpokoro et al., 2014, Sin & Norman, 2013), alkoholavhengighet (Templeton et al., 2010), spiseforstyrrelser (Steiger, 2017), OCD (Yanagisawa et al., 2015) og alvorlige depresjoner (Brady, Kangas & McGill, 2016).

Systematisk involvering av pårørende har ikke bare positive konsekvenser for den som strever, det bidrar også til økt mestring av og kunnskap om lidelsen samt til å redusere stress

hos pårørende (Chien et al., 2016, Dahm, 2011, Pharoah, 2006, Reinares et al., 2016, Martin-Carrasco et al., 2016, Yesufu-Udechuke et al., 2015).

Helselovgivningen (pasient- og brukerrettighetsloven, psykisk helsevernloven og helsepersonelloven) har bestemmelser som åpner for å involvere pårørende, og bestemmelser om *plikt* til å involvere pårørende. I Nasjonal veileder om involvering av pårørende i helse- og omsorgstjenesten (2017) er det klare utgangspunktet at pårørende skal inkluderes, deres kunnskap skal etterspørres, og innsatsen deres skal anerkjennes (Helsedirektoratet, 2017). En annen nasjonal føring som i dag er styrende for mange psykologers yrkesutøvelse, er innføringen av normgivende pakkeforløp innenfor psykisk helse og rus (Helsedirektoratet, 2018).

Kontakt med pårørende nevnes en rekke steder. Henvisende instans skal blant annet, så langt som mulig, sørge for at pasient og eventuelt pårørende er delaktig, for å sikre god informasjonsutveksling og dialog. Henviser skal blant annet informere og drøfte bakgrunnen for henvisningen, innholdet i henvisningen og hva hen-



visningen innebærer. Det står videre at det i alle pasientforløp bør sikres samarbeid med pårørende og andre instanser, ut fra pasientens ønsker og behov. I avsluttende samtale forventes det at det skal gis mulighet for tilbake melding fra pasient og eventuelt pårørende om hvordan de har opplevd tilbudet de har fått. Pårørende omtales som en sentral støtteperson for den som er syk (Helsedirektoratet, 2018).

Samtidig som forskning om helseeffekten av pårørendeinvolvering er entydig og statlige føringer er klare, viser annen forskning at pårørende ikke involveres godt nok (Ruud, 2015; Weimand, 2012). I en stor undersøkelse av pasienters erfaringer med døgnopphold i psykisk helsevern svarte 29 prosent av pasientene at behandlerne ikke hadde samarbeidet godt med deres pårørende i det hele tatt, mens 27 prosent beskrev at personalet hadde samarbeidet med deres pårørende i noen grad (Danielsen et al., 2017). Enkeltsaker behandlet av tilsynsmyndighetene forteller også om pårørende som har opplevd å ikke bli hørt og anerkjent i helsetjenesten (Statens helse-tilsyn, 2005a, 2005b, 2014a og 2014b). Således tyder mye på at det i dag er et gap mellom

forskningen som støtter familieinvolvering, den rettslige reguleringen av pårørendeinvolvering og tilhørende retningslinjene fra helsemyndighetene på den ene siden og klinisk praksis på den andre siden. Dette samsvarer med vår egen erfaring gjennom praksis og gjennom kontakt med pårørendeorganisasjoner m.m. gjennom flere år. Det kan være mange grunner til dette. Mangel på tid og finansiering av dette arbeidet kan være en forklaring. Mangel på kunnskap og erfaring kan være en annen. En tredje forklaring kan være at psykisk helsevern for voksne noen steder har en kultur der betydningen av hvordan pasientens psykiske lidelse utspiller seg i samspill med pasientens nærmeste, tillegges mindre vekt i behandlingen. En fjerde faktor som bidrar





Et grunnleggende hensyn i vurderingen av om pårørende skal kontaktes, er *autonomihensynet*

til at pårørende involveres lite, kan være at psykologen ikke vurderer at involvering av pårørende er positivt for behandlingen, at behandlingen kompliseres, og at involveringen av pårørende kan skade behandlingsrelasjonen til pasienten. En femte forklaring kan være at psykologen ikke i tilstrekkelig grad er kjent med den rettslige reguleringen av taushetsplikt på den ene siden og adgang og noen ganger plikt til å involvere pårørende på den andre siden.

Systematisk involvering av pårørende kan foregå på mange måter: gjennom planlagte møter med et på forhånd definert innhold ved innkomst og utskrivning, gjennom telefonkontakt, ved deltagelse på ansvarsgruppemøter og undervisningsdager/-kvelder, ved kunnskapsbaserte flerfamiliegrupper (McFarlane, 2007) eller systematisk kunnskapsbasert familiesamarbeid (Fjell et al., 2013). Omfang av, innhold i og type tiltak rettet mot pårørende vil variere ut fra en rekke faktorer som alder, omfang av kontakt, familiehistorikk, type lidelse, bosituasjon og relasjon. I denne artikkelen tar vi for oss en avgrenset del av det å involvere pårørende: å innhente informasjon fra voksne pårørende til pasienter over 18 år i psykisk helsevern. Vi argumenterer for at psykologen må ha kunnskap om at innhenting av informasjon fra pårørende har en rettslig, en faglig og en etisk side. Psykologen må ha kunnskap om sin *adgang* til å innhente informasjon om pasienten fra pårørende for å gjøre denne vurderingen. Psykologen må også vite når det foreligger en lovpålagt *plikt* til å innhente informasjon fra pårørende.

I det følgende vil vi ta utgangspunkt i tre ulike situasjoner som omhandler innhenting av komparentopplysninger fra pårørende. Erfaringsmessig er disse situasjonene hyppig forekommende og kan kreve grundige vurderinger. Inndelingen baserer seg også på en hovedinndeling av rettslig regulering i helseretten.

1. Når pasienten er *samtykkekompetent* og samtykker eller ikke samtykker til at psykologen innhenter informasjon fra pårørende
2. Når komparentopplysninger er nødvendig for å kunne gjøre en faglig forsvarlig vurdering av pasientens helsetilstand
3. Når pasienten er *uten samtykkekompetanse* eller behandles med tvang

Før vi omtaler disse tre situasjonene, vil vi holde fram sentrale hensyn som psykologen bør være seg bevisst når det er aktuelt å innhente komparentopplysninger fra pårørende innen spesialisthelsetjenesten for voksne, uten at vi med dette mener at de hensynene som vi holder fram, er uttømmende oppregnet.

Å AVVEIE HENSYN

Et grunnleggende hensyn i vurderingen av om pårørende skal kontaktes, er *autonomihensynet*. Respekt for pasientens autonomi innebærer at psykologen så langt som mulig legger til rette for at pasienten selv kan treffe egne beslutninger, og handle i tråd med sine egne mål og vurderinger. Pasienten kan mene at hun eller han selv kan gi psykologen nødvendige opplysninger, og at pårørende derfor ikke skal kontaktes. Det kan også være et ønske fra pasienten at kunnskaper som pårørende sitter inne med, ikke skal tilflyte behandlingsapparatet, for eksempel bruk av rusmidler eller informasjon om hvordan pasienten fungerer i hverdagslivet. Men pasienten kan også ha et klart ønske om at pårørende skal medvirke.

Et annet forhold psykologen må vurdere, er hvorvidt det å innhente informasjon fra pårørende innebærer at pårørende får opplysninger om

pasientens sykdomsforhold eller andre personlige forhold de ikke har kjennskap til fra før. Dersom pårørende blir kontaktet av en psykolog som jobber i psykisk helsevern, gir det automatisk pårørende innblikk i at pasienten har en psykisk lidelse som gir rett til behandling. *Personvern hensynet* kan da tale imot at psykologen innhenter kunnskaper om pasienten i de tilfeller pasienten ikke samtykker til kontakt mellom pårørende og helsepersonell.

Et annet helt sentralt anliggende er *hensynet til faglig forsvarlig yrkesutøvelse*. I dette ligger en forventning om at psykologen utøver en god praksis. Og i alle tilfeller at yrkespraksisen oppfyller et krav om en faglig forsvarlig minstestandard.

Det er videre et viktig etisk prinsipp at pasienter, brukere og pårørende skal høres i spørsmål som angår dem. Særlig i tilfeller der pasienten ikke er samtykkekompetent (beslutningskompetent), tilsier *hensynet til brukermedvirkning* at nærmeste pårørende involveres i undersøkelser og behandling ut fra at den pårørende vil kunne formidle hva som sannsynligvis er pasientens ønsker og behov. I tillegg kan *hensynet til rettssikkerhet* tilsi at en utenforstående til en viss grad bør kunne «se helsetjenesten i kortene».

Pårørendes kunnskaper om pasienten kan være av betydning for undersøkelser og behandling av pasienten, men *behandlingshensynet* kan også tilsi at en i noen tilfeller likevel bør la være å innhente slike komparentopplysninger. I sin ytterste konsekvens kan en mulighet for å innhente personlige opplysninger om pasienten fra pårørende innebære at pasienten ikke oppsøker helsetjenesten ut fra en frykt for hva pårørende får kjennskap til, og hva helsepersonellet får vite fra pårørende. Hensynet til tillitsforhold mellom pasient og psykolog kan i slike tilfeller tilsi at det skal være minimal kontakt mellom pårørende og psykologen.

Videre er det nødvendig å vektlegge *hensynet til berørte barn* som pårørende. Barn som pårørende er en utsatt gruppe, og har behov for informasjon, inklusjon, støtte og tilstrekkelig omsorg. Det kan kreve at psykologen vurderer muligheten for å innhente informasjon fra andre voksne omsorgspersoner.

Et siste hensyn som må avveies når psykologen skal vurdere å innhente informasjon fra pårørende, er *hensynet til pårørende selv*. Særlig er behovet for å innhente kunnskap fra pårørende betydelig i situasjoner der den som er

alvorlig syk, bor sammen med sine pårørende. Mange pårørende utfører store omsorgsoppgaver og har mange belastninger som følge av rollen sin.

SKJØNNMESSIGE VURDERINGER

1. Når pasienten er samtykkekompetent og samtykker eller ikke samtykker til at psykologen innhenter informasjon fra pårørende

Den klare hovedregelen i psykisk helsevern er at pasientens ønsker er styrende for involvering av pårørende, her i spørsmålet om å innhente opplysninger fra pårørende. Når pasienten samtykker til at psykologen får nødvendig informasjon fra bestemte pårørende, er dette juridisk sett enkelt. Psykologen har en juridisk adgang til å innhente informasjon fra pårørende så langt samtykket rekker og opplysningene er av betydning for de vurderinger som skal gjøres. Spørsmålet for psykologen blir da om han eller hun skal benytte seg av denne adgangen. Så langt samtykket rekker, vil ikke argumenter som vektlegger hensynet til pasientens autonomi, integritet eller tillitsforholdet mellom pasienten og behandleren, være relevante. Men psykologen bør i slike tilfeller snakke med pasienten om hvilken informasjon som skal innhentes og hvorfor, og sikre seg at pasienten forstår formålet, rekkevidden og konsekvensene av å hente inn informasjonen (Helsedirektoratet, 2017). Vi erfarer at spørsmål som kan bidra til refleksjon, kan være:

- Snakker du sammen med dine nærmeste om det du går igjennom?
- Våre nærmeste er oftest de som kjenner oss best og ser endringer, noen ganger før vi ser dem selv. Jeg lurer på om jeg kan få lov til å snakke med dine nærmeste om hva de la merke til i perioden før du ble syk?
- Hvordan kan dine nærmeste støtte deg på en måte som er ok for deg? Hva trenger du hjelp til, og hva har de mulighet til å hjelpe deg med?
- Hvem kan fortelle oss om dine ønsker for behandling og oppfølging dersom du ikke klarer å formidle dette selv?

Psykologen bør være bevisst på at det å få samtykke til å innhente informasjon fra pårørende i mange tilfeller bør være en prosess, ikke en »

engangshendelse. Psykologen bør også være klar på at jo mer alvorlig situasjonen er for pasienten, jo mer bør han eller hun motiveres til å være åpen overfor sine nærmeste (Helsedirektoratet, 2017).

Gir ikke den samtykkekompetente pasienten samtykke til kontakt mellom psykolog og pårørende, må psykologen innrette seg etter dette. Her slår autonomihensynet klart gjennom. I slike tilfeller kan psykologen legge til rette for at pårørende får støtte og generell informasjon, ved å tilby dem å møte annet helsepersonell enn dem som er direkte involvert i behandlingen av pasienten. Dette er i mange tilfeller god praksis og kan bidra til å forebygge helsesvikt hos pårørende.

Psykologen kan også bidra til å støtte pårørende ved å gi tydelig uttrykk for at de ser at situasjonen er meget vanskelig, og gi dem informasjon om brukerorganisasjoner og relevante støttesenter.

En annen krevende situasjon kan oppstå når pårørende tar kontakt for å gi informasjon de mener psykologen bør ha, uten at pasienten har samtykket til slik kontakt. Det er aldri et brudd på taushetsplikten å lytte til pårørende, men dersom informasjonen vurderes som relevant for undersøkelsen og behandlingen av pasienten, må informasjonen journalføres. Psykologen må i slike tilfeller snakke med pårørende om at pasienten har innsynsrett i opplysningene som er gitt, og av hvem, med unntak av tilfeller der det er «påtrengende nødvendig for å hindre fare for liv eller alvorlig helseskade for pasienten eller brukeren selv, eller innsyn er klart utilrådelig av hensyn til personer som står vedkommende nær», jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 5-1.

Det kan være vanskelig å vurdere om man skal innhente informasjon fra pårørende når ulike hensyn må veies opp mot hverandre. Etter vår vurdering må det kunne sies at hensynet til pasientens autonomi og hensynet til tillit mellom psykolog og pasient vanskelig kan anføres som grunn til ikke å innhente informasjon når pasienten har samtykket til slik informasjonsinnhenting. Videre bør ikke hensynet til tidsbruk og økonomi ha gjennomslag satt opp mot kravet til faglig forsvarlighet. Når pasienten ikke har samtykket til informasjonsinnhenting, er det først og fremst hensynet til pasientens autonomi og integritet samt tillitsforholdet som begrunner at pasientens manglende samtykke må respekteres.

2. Når komparentopplysninger er nødvendig for å kunne gjøre en faglig forsvarlig vurdering

Pårørende vil i mange tilfeller ha informasjon som psykologen trenger for å gjøre gode vurderinger, både når det gjelder utredning og behandling. I den nasjonale pårørendeveilederen (Helsedirektoratet, 2017) står det følgende om det å innhente opplysninger fra nærmeste pårørende:

Pårørende som kjenner pasienten eller brukeren vil ofte ha nyttig, relevant og nødvendig informasjon om hans eller hennes sykdomshistorie og hjelpebehov. Kravet til faglig forsvarlig utredning vil ofte innebære en plikt til å innhente og bruke informasjon ved diagnostiske vurderinger og i utforming, gjennomføring og oppfølging av helsehjelpen eller tjenestetilbudet (s. 34–35).

Det følger ikke av noen konkret lovbestemmelse at helsepersonell generelt har en plikt til å innhente kunnskap fra pårørende. Kravet er knyttet til at yrkesutøvelsen skal være *faglig forsvarlig*, jf. helsepersonelloven § 4. En faglig forsvarlig vurdering vil i noen tilfeller innebære at det vil være behov for å hente inn informasjon utover det som innhentes ved observasjon, testing og undersøkelser innenfor institusjonen, eller i den direkte kontakten mellom pasienten og psykologen. Pårørende kan ha kunnskap om pasientens utviklingshistorie, symptomutforming, premorbide funksjon, ressurser og nettverk, som vil ha betydning for psykologens vurderinger knyttet til diagnostisering, behandling og oppfølging. De kan ha kunnskap om hvordan sykdommen utviklet seg, og hvordan den som er syk, fungerer når han eller hun er frisk. De kan også ha erfaring med hvilke tiltak som har hjulpet tidligere. Pårørende kan videre ha kunnskap om aktuelt funksjonsnivå og symptomer som ikke er synlig for psykologen. Det skal for eksempel som hovedregel ikke settes en ADHD-diagnose uten å ha innhentet opplysninger om pasientens utviklingshistorikk (WHO, 1999). Det bør heller ikke trekkes raske konklusjoner vedrørende pasienter man ikke kjenner, uten å ha innhentet og dokumentert komparentopplysninger.

Statens helsetilsyn har hatt saker til behandling der denne problemstillingen har vært sentral. I en konkret sak ble det uttalt: «Statens helsetilsyn er av den oppfatning at en korrekt

og utfyllende selvmordsrisiko i tillegg til den aktuelle kliniske tilstand også skal omfatte komparentopplysninger. Søsteren hadde tatt et ansvar for pasienten, hun besøkte ham under oppholdet og kunne sannsynligvis ha bidratt med utfyllende opplysninger» (Statens helsetilsyn, 15. juli 2005a, hentet fra Bøckmann & Kjellevoid, 2015).

Det er ikke nok å hente inn informasjon, den må også journalføres. Opplysninger fra pårørende må journalføres ut fra en vurdering av at opplysningene er relevante for den videre behandlingen. Statens helse- tilsyn uttaler i en konkret sak at

(...) lege A burde ha sørget for å journalføre pårørendes informasjon slik at den ble tilgjengelig for senere behandlere. Det vises til at de pårørende hadde viktige opplysninger om tidligere alvorlige hendelser, som de skal ha videreformidlet ved inntakssamtalen. Lege A journalførte kun lege- vaktens opplysninger og egne betraktninger. Dersom senere ansvarlig lege hadde hatt kjennskap til de opplysningene pårørende ga om disse alvorlige hendelsene, ville vurderingsgrunnlaget vært mer korrekt, og risikovurderingen kunne ha fått et annet utfall (Statens helsetilsyn, 13. april 2005b, hentet fra Bøckmann og Kjellevoid, 2015).

Å innhente opplysninger om pasienten fra pårørende, etter samtykke fra pasienten, er etter vår vurdering ofte god klinisk praksis. Å la være å innhente og journalføre kunnskap fra pårørende kan i en del tilfeller vurderes dit hen at psykologen ikke har utøvd en faglig forsvarlig praksis.

3. Når pasienten er uten samtykkekompetanse eller behandles med tvang

Når en pasient er vurdert å mangle samtykkekompetanse, og ikke kan formidle egne ønsker, er det grunnleggende at noen som kjenner pasienten, kan formidle hva de tror han eller hun ville ønsket. Det er også et viktig rettssikkerhetsprinsipp at noen utenfor tjenesten har innsyn i de avgjørelser som treffes, og dermed adgang til å reagere i form av klage når pasienten ikke kan gjøre det selv.

Når en pasient er over 18 år og mangler samtykkekompetanse, skal nærmeste pårørende så langt det er mulig høres når helsetjenesten vurderer et alvorlig inngrep. Det følger av pasient- og brukerrettighetsloven § 4–6. Videre følger det av pasient- og brukerrettighetsloven § 3–1 at nærmeste pårørende har rett til å medvirke sammen med pasienten når pasienten ikke er samtykkekompetent. Psykologen må legge til rette for at nærmeste pårørende får uttale seg om hva som er det beste for pasienten, og at vedkommende blir hørt på.

Når det skal fattes vedtak om tvangsobservasjon og tvangsinnleggelse, jf. psykisk helsevernloven § 3-2 og 3-3, har nærmeste pårørende en rett til å uttale seg, og psykologen har en plikt til å legge til rette for dette, jf. psykisk helsevernloven § 3–9. Uttaleretten gjelder uavhengig av pasientens samtykke, og innebærer at nærmeste pårørende må få tilstrekkelig informasjon, slik at hun eller han kan uttale seg og eventuelt klage på de vedtak som treffes (Kjellevoid, 2018; Syse, 2016). Det heter om pårørendes uttalerett, i kommentarene til psykisk helsevernloven § 3–9, at det «bør generelt settes av god tid til kommunikasjon med pårørende» (Helsedirektoratet, Rundskriv IS-1/2017). Opplysningene fra pårørende skal, så langt det er relevant for vurderingene, jour- »



Det er ikke nok å hente inn informasjon, den må også journalføres



I framtidens helsevesen er det å håpe at psykologer og annet helsepersonell i større grad anerkjenner pårørende som en nær samarbeidspartner og en viktig kunnskapskilde

nalføres og inngå i grunnlaget for avgjørelsen jf. psykisk helsevernloven § 3–9, andre avsnitt.

Nærmeste pårørendes uttalelser er etter vår vurdering nødvendig informasjon som må tas med i en faglig forsvarlig vurdering, men også i henhold til bestemmelser i pasient- og brukerrettighetsloven og psykisk helsevernloven. Å unnlate å høre på nærmeste pårørende i slike situasjoner vil bli vurdert som et pliktbrudd.

DISKUSJON

Forskning viser at pårørendeinvolvering kan være nyttig i behandlingen av psykiske lidelser. Lovverk og statlige føringer er tydelige på at pårørende bør involveres i helse- og omsorgstjenestene. Oppsummert kan vi si at hovedmålet med å innhente informasjon fra pårørende i de aller fleste tilfellene er å sikre at pasienten får best mulig helsehjelp og samtidig bevarer eller forbedrer relasjonene til sine nærmeste.

Psykologen må stille seg tre spørsmål:

Det første spørsmålet er: «Hvorfor skal jeg innhente denne informasjonen?» I noen tilfeller vil rettssikkerhetsprinsippet være den viktigste grunnen til å innhente informasjon. I andre tilfeller vil det være kravet til en faglig forsvarlig minstestandard som gjør at psykologen må innhente komparentopplysninger. I langt de fleste tilfellene vil imidlertid svaret på dette spørsmålet være at det å innhente kunnskap fra pårørende sikrer pasienten en best mulig behandling.

Det andre spørsmålet psykologen bør stille seg, er hvordan informasjonen bør innhentes, slik at det blir en god og nyttig erfaring for både pasienten og de pårørende. Psykologen må vurdere når, hvor, fra hvem og hvordan informasjonsinnhentingen bør foregå. Det er vesensforskjellig om informasjon gis med eller uten pasienten til stede, om pasienten har fått være med på å bestemme hvilken informasjon som skal innhentes, om det foregår over telefon eller i en samtale ansikt til ansikt, om det er en engangshendelse eller noe som strekker seg over flere samtaler. Psykologen må ha som mål at all kontakt med pårørende skal skje i nært samarbeid med pasienten og ut fra pasientens ønsker, dersom det ikke bryter med faglig forsvarlighetsprinsippet eller er i situasjoner der pasienten ikke er vurdert å være samtykkekompetent.

Innhenting av informasjon er bare en del av det å involvere pårørende. Et tredje spørsmål bør derfor være hvilken plan en skal ha for videre dialog og samarbeid med pårørende. Erfaringsmessig vet vi at åpenhet kan gjøre det lettere å snakke sammen, forstå og mestre situasjonen i det viktige fellesskapet pasienten har med sine nærmeste. Når pasienten samtykker, kan psykologen snakke åpent med både pasienten og pårørende om det som har skjedd. Hvordan pårørende kan bistå pasienten på en måte som er hensiktsmessig for hele familien, kan også konkretiseres.

Samtidig er det viktig at psykologen har klart for seg at det å innhente informasjon fra pårørende kan innebære en rekke dilemma og vanskelige situasjoner. Pårørende møter aldri helsetjenesten som nøytrale informanter. Det er krevende når informasjonen fra de pårørende og pasienten ikke samsvarer, eller når psykologen er kjent med at kunnskap fra pårørende kan påvirke relasjonen mellom pasienten og deres nærmeste på en negativ måte. Det er mange hensyn å avveie.

Ut fra forskning, pasientklager og erfaring kan vi si at det i de fleste situasjoner ikke er loven som setter begrensninger på psykologens mulighet til å innhente kunnskap fra pårørende. Manglende kunnskapsinn-

henting kan nok i større grad knyttes opp til pasientens ønske, vurdering av nytteverdi, ressursbruk, tradisjon, kunnskap om lovverket og hvordan en snakker med den som er syk, om det å involvere sine nærmeste. Alle disse forholdene omhandler å skjønnsmessig avveie ulike hensyn. I noen situasjoner bør psykologen bruke sin adgang til å få opplysninger fra pårørende om pasienten, mens psykologen i andre tilfeller bør la denne muligheten ligge.

Samlet sett er det mange argumenter for at psykologer i større grad bør drive en familieorientert praksis og være oppmerksomme på sammenhengen pasientene lever i utenfor terapirommet, både ved lettere og mer alvorlige psykiske lidelser. I framtidens helsevesen er det å håpe

at psykologer og annet helsepersonell i større grad anerkjenner pårørende som en nær samarbeidspartner og en viktig kunnskapskilde. Det er ikke bare til det beste for pasienten, men også til det beste for de pårørende. Pårørende sitter ofte med sentral informasjon som gjør at psykologen kan forstå pasientens helhetlige situasjon, inkludert tilfrisknings- og sykdomsoppretholdende faktorer. Å la være å involvere pårørende uten å ha avveid grunnleggende hensyn er alltid for enkelt. ✕

REFERANSER

- Brady, P., Kangas, M. & McGill, K. (2016). «Family Matters»: A Systematic Review of the Evidence For Family Psychoeducation For Major Depressive Disorder. *Journal of Marital and Family Therapy*.
- Böckmann, K. og Kjellevoid, A. (2015). *Pårørende i helse- og omsorgstjenesten*, 2. utgave. Fagbokforlaget.
- Chen, L.-F., Liu, J., Zhang, J., & Lu, X-Q (2016). Non-pharmacological interventions for caregivers of patients with schizophrenia: A meta-analysis. *Psychiatry Research*, 235, 123–127.
- Chien, W.T., Thompson, D.R., Lubman, D.I. et al. (2016). A randomized controlled trial of clinician-supported problem-solving bibliotherapy for family caregivers of people with first-episode psychosis. *Schizophrenia Bulletin*, 42, 1457–66.
- Dahm, K.T., Landmark, B., Kirkehei, I., Bruberg, K.G., Fønhus, M.S. & Reinart, L.M. (2011). Tiltak for å støtte pårørende til hjemmeboende personer med demens. Rapport 06–2011. Nasjonalt kunnskaps-senter for helsetjenesten.
- Danielsen, K., Haugum, M., Iversen, H.K.H. & Holmboe, O. (2017). Pasienters erfaringer med døgnopphold innen psykisk helsevern, 2016. Rapport 2017:317. Folkehelseinstituttet.
- D'Souza, R., Piskulic, D., & Sundram, S. (2010). A brief dyadic group based psychoeducation program improves relapse rates in recently remitted bipolar disorder: A pilot randomized controlled trial. *Journal of Affective Disorders*, 120, 272–276.
- Fisher, L. og Weihs, K. (2000). Can addressing family relationships improve outcomes in chronic disease? *Journal of Family Practice*, 49, 561–566.
- Fjell, A., Hymer, I.S., Damman, B. & Gjermundsen, K. (2013). *Kunnskapsbasert familiesamarbeid ved psykose*. Arbeidsbok for enkeltfamiliesamtaler. Oslo Universitetssykehus.
- Fuser-Poli, P., McGorry, P.D. & Kane, J.M. (2016). Improving outcome of first-episode psychosis: an overview. *World Psychiatry*, 16(3).
- Helsedirektoratet (2017). Veileder om pårørende i helse- og omsorgstjenesten, IS-2587. Helsedirektoratet.
- Helsedirektoratet (2017). Rundskriv IS-1/2017: Psykisk helsevernloven og psykisk helsevernloven med kommentarer, Oslo.
- Helsedirektoratet (2018). <https://helsedirektoratet.no/folkehelse/psykisk-helse-og-rus/pakkeforlop-for-psykisk-helse-og-rus>.
- Helsepersonelloven. Lov 2. juli 1999 nr. 64 om helsepersonell m.v.
- Innst. 40 S (2015–2016). Innstilling fra helse- og omsorgskomiteen om fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet.
- Kjellevoid, A. (2018). Pårørendeinvolvering i saker om tvang overfor helsemyndige. I B.H. Østenstad, C. Adolphsen, E. Naur & H. Sinding Aasen, *Selvbestemmelse og tvang i helse- og omsorgstjenesten (194–225)*. Fagbokforlaget.
- Magliano, L., Fiorillo, A., Malangone, C., De Rosa, C. & Maj, M. (2006). Patient functioning and family burden in a controlled, real-world trial of family psychoeducation for schizophrenia. *Psychiatric Services*, 57(12), 1784–1791.
- Martin-Carrasco, M., Fernandez-Catalina, P., Dominguez-Panchon, A.I., Concalves-Pereira, M., Gonzalez-Fraile, E., Munoz-Hermoso, P., & Ballesteros, J. (2016). A randomized trial to assess the efficacy of a psychoeducational intervention on caregiver burden in schizophrenia. *European Psychiatry*, 33, 9–17.
- McFarlane, W.R., Dixon, L., Lukens, E. & Lucksted, A. (2003). Family psychoeducation and schizophrenia. A review of the literature. *Journal of Marital and Family Literature*, 29(2), 223–246.
- McFarlane, W. (2007). Integrating the family in the treatment of psychotic disorders. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 44(5), 598–605.
- Meld. St. 29 (2012–2013). Morgendagens omsorg.
- Meld. St. 26 (2014–2015). Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet.
- Miklowitz, D. J., & Chung, B. (2016). Family-focused therapy for bipolar disorder: Reflections on 30 years of research. *Family Process*, 55(3), 483–499.
- Okpokoro, U. (2014). Family intervention (brief) for schizophrenia. Cochrane Database of Systematic Reviews, (3), CD009802.
- Pasient- og brukerrettighetsloven. Lov 2. juli 1999 nr. 63 om pasient- og brukerrettigheter.
- Pharoah, F., Mari, J., Rathbone, J. & Wong, W. (2006). Family intervention for schizophrenia (review). Wiley: The Cochrane collaboration, issue 4.
- Prop. 49 L (2016–2017) Endringer i helse- og omsorgstjenesteloven m.m. (styrket pårørendestøtte).
- Psykisk helsevernloven. Lov 2. juli 1999 nr. 62 om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern. »

- Reinares, M., Bonnin, C. M., Hidalgo-Mazzei, Sanches-Moreno, J., Colom, F., & Vieta, E. (2016). The role of family interventions in Bipolar disorders: A systematic review. *Clinical Psychology Review*, 43, 47–57.
- Ruud, T. et al. (2015). Barn som pårørende – Resultater fra en multisenterstudie, IS-0522. Oslo: Helsedirektoratet.
- Sin, J., & Norman, I. (2013). Psychoeducational interventions for family members of people with schizophrenia: a mixed-method systematic review. *Journal of Clinical Psychiatry*, 74(12), 1145–62.
- Statens helsetilsyn (2005a). Avslutning av tilsynssak, 15. juli 2005, ref. 2005/486ISYS/, Oslo: Statens helsetilsyn.
- Statens helsetilsyn (2005b). Avslutning av tilsynssak, 13. april 2005, ref. 2004/1656 I NCD, Oslo: Statens helsetilsyn.
- Statens helsetilsyn (2014a). Svikt i samhandling, kommunikasjon og kompetanse i alvorlige hendelser ... kunne dette skjedd oss? Rapport nr. 3/2014, Oslo: Statens helsetilsyn.
- Statens helsetilsyn (2014b). Rapport i tilsynssak etter varsel om alvorlig helse, 19. november 2014, Oslo: Statens helsetilsyn.
- Steiger, H. (2017). Evidence-informed practices in the real-world treatment of people with eating disorders. *Eating disorder: The journal of treatment and prevention*, 25(2), 173–181.
- Syse, A. (2016). *Psykisk helsevernloven med kommentarer*, 3. utgave., Gyldendal Norsk Forlag.
- Templeton, L., Welleman, R. & Russel, C. (2010). Psychological interventions with families of alcohol misusers: A systematic review. *Addiction Research & Theory*, 18(6), 616–648.
- Yanagisawa, Y., Matsuura, N., Mukai, K., Nakajima, A., Motoyama, M., Yamaniishi, K., Yamada, H., Hayashida, K., & Matsunaga, H. (2015). Clinically related or predictive factors and impacts on long-term treatment outcomes of involvement behaviors in patients with obsessive-compulsive disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 60, 105–113.
- Yesufu-Udechuku, A., Harrison, B., Mayo-Wilson, E., Young, N., Woodhams, P., Shiers, D., Kuipers, E. & Kendall, T. (2015). Interventions to improve the experience of caring for people with severe mental illness: systematic review and meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry*, 206(4), 268–274.
- Weimand, B. (2012). Experience and Nursing Support of Relatives of Persons with Severe Mental Illness. Dissertation, Karlstad University Studies 2012:17.
- West, A.E., Weinstein, S.M., Peters, A.T., Katz A.C., Henry, D.B., Cruz R.A., & Pavuluri, M.N. (2014). Child- and family-focused cognitive-behavioral therapy for pediatric bipolar disorder: A randomized clinical trial. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 53, 1168–1178.
- WHO (1999). ICD-10. *Psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser. Kliniske beskrivelser og diagnostiske retningslinjer*. Universitetsforlaget

Redusert levetid for barn med depresjon

Deprimerte barn og unge har høyere risiko enn ikke-deprimerte for å bli rammet av somatisk sykdom og få redusert levetid.

Det viser en omfattende observasjonsstudie gjennomført av forskere ved Karolinska Institutet. Studien ble publisert i *JAMA Psychiatry* online 9. desember 2020.

Til Karolinska Institutets nettside sier seniorforsker Sarah Bergen at funnene understreker hvor viktig det er at deprimerte barn og ungdommer får tidlig hjelp, og at helsepersonell er oppmerksomme på muligheten for å utvikle etterfølgende sykdommer.

Studien avdekket økt risiko for sykdommer som søvnforstyrrelser, diabetes 2 og nyre- og leversykdommer. Barna og ungdommene hadde også en markant høyere risiko for å rammes av skader, framfor alt selvskafer, og en nesten seks ganger høyere risiko for å dø i tidlig alder enn ikke-deprimerte.

Studien avslørte også tydelige kjønnskiller. Jenter hadde høyere risiko for skader og urinveis-, luftveis- og mage-tarminfeksjoner. Guttene løp høyere risiko for eksempelvis cøliaki, eksem og bindevevssykdommer.

Forskerne fulgte nesten 1,5 millioner gutter og jenter født i Sverige. Drøyt 37 000 var blitt diagnostisert for depresjon minst én gang mellom 5- og



FOTO: SHUTTERSTOCK

19-årsalder. Da studien ble avsluttet, var personene mellom 17 og 31 år gamle.

Også tidligere studier har koblet depresjon hos unge til økt risiko for negative utfall som hjerte-karsykdom og tidlig død. Også angst og rusproblemer har vært koblet til depresjon.

Kilde: <https://nyheter.ki.se/ungdomsdepression-kopp-lat-till-okad-risk-for-66-sjukdomar-och-fortida-dod>

Meninger



Vitenskapelig ryggrad

Tilbakemeldingene fra leserundersøkelsen viser at våre lesere ønsker større tilfang av vitenskapelig fagstoff. Nå rigger redaksjonen seg for å få dette til. Les sjefredaktør Katharine Cecilia Willams' kommentar på side 58.

DIAGNOSENS BREDE PORT

Sjølve fenomenet autisme ser ikkje ut til å auke i så stor grad som førekomsttala kan få oss til å tru. Utvida diagnosekriterium bidreg betydeleg, skriv Anita Helgeland på side 48.

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.

HOVEDINNLEGG

Hovedinnlegg i Psykologtidsskriftet er en kronikk om en aktuell problemstilling eller et tema. Kronikken er ikke et svar på et annet innlegg. Lengde: 4000 til 8000 tegn inkludert mellomrom.

Redaksjonen kan redigere og forkorte innsendte bidrag. Psykologtidsskriftet er ansvarlige for titler, ingress og mellomtitler. Alle bidrag kan publiseres på nett. Innlegg kan også bli publisert i andre medier Psykologtidsskriftet inngår avtale med. Send inn i Word-format. Sett referanser i tråd med APA-stilen.

#10

105

45678

%=||/23



Lilla Tronsson

Psykologisk patruljevakt mellom normalitet og avvik

Førekomsten av autisme er utvilsamt aukande. Eg undrar på om denne auken kan vere uttrykk for ei innsnevring av normalitetsomgrepet.

EI MURRANDE KJENSLE er komen til overflata; ei oppleving av at grenseoppgangane mellom det ein kallar normal fungering, og det ein ser på som avvik, gradvis vert forskyvde. Gjennom halvanna tiår med klinisk psykologarbeid i ulike delar av spesialisthelsetenesta for barn og unge er inntrykket mitt at terskelen inn til diagnoseland er i ferd med å slitast ned, og at me som vaktar inngangen dit, bidreg til å gjere porten stadig vidare. I habiliteringstenesta, der eg arbeider no, er det nevroutviklingsforstyringane – og særleg autismspekterdiagnosane – som oftast valdar hovudbry. Det hender eg kjenner ein bismak når eg tek ein diagnose i munnen, og det er ikkje alltid den er etande.

Overvekta av autismspekterdiagnosane verkar velgrunna. Likevel møter eg barn med autismspekterdiagnosar som for få år sidan nok ville passert for litt «spesielle». Hovudalibiet for diagnosane ser ut til å vere skårar over grenseverdiene på eitt eller fleire «gullstandard» kartleggingsinstrument. Barna har kanskje interesser

som ikkje er heilt gjengse, er lite konforme, kreative, rigide, utrygge, har konsentrasjonsvanskar, generelle lærevanskar eller skeivheiter i evneprofilen. Men avvik i kontaktfunksjonar eller kommunikasjon er ikkje alltid openberre.

Som nyutdanna psykolog fekk eg i oppgåve å vurdere (under kyndig rettleiing, må vite) eit barn opp mot ei mogleg autismspekterforstyring. Barnet gleid ikkje heilt smidig inn i miljøet i heimbygda, og gjekk sine egne vegar. Det hadde likevel vener, og lét eigentleg til å vere rimeleg nøgd med tilværet. Eg vurderte barnet opp og i mente, men kunne ikkje finne noko feil på det. Eg hella beint fram i retning av å vere imponert over barnet sine kreative evner. Eg konkluderte med at me hadde med ei kunstnarspire å gjere, og sette diagnosemanualen fint tilbake i hylla.

Då barnet som vaksen vart tilvist til ei anna avdeling der eg arbeidde då, stod det likevel ein autismspekterdiagnose på det som no var blitt til ei heil *liste* over vanskar og diagnosar. Personen sine unike ressursar var ikkje nemnde med eitt ord. Tankane gjekk til ei rekke kreative per-



TEKST

Anita Helgeland,
Psykologspesialist i
klinisk nevropsykologi/
klinisk habiliterings-
psykologi

ILLUSTRASJON

Hilde Thomsen

DIAGNOSER OG NORMALITET



sonar frå historia. Vile dei eigentleg vore tente med å bli sett med eit slikt blikk?

Førekomsten av autisme er utvilsamt aukande. Eg undrar på om denne auken kan vere uttrykk for ei innsnevring av normalitetsomgrepet. – Og om det er haldepunkt for det; har det implikasjonar for oss klinikarar i feltet?

AUTISTISK EKSPANSJON

I fleire tiår etter Leo Kanner si første skildring av sær eigenheitene til dei autistiske barna i 1943 vart tilstanden rekna for å vere sjeldan, med ein prevalens på rundt 0,02–0,05 prosent (Wing & Potter, 2002). Sidan den tid ser autisme ut til å ha blitt stadig vanlegare. For at dei opprinnelege tala skal likne dei som vert rapporterte i Europa, Asia og USA i dag, må me flytte komma opptil to plassar mot høgre (0,2 til 2,5 prosent, Augystyn et al., 2020). Tal innhenta i Noreg i perioden 2008–2011, tilsa ein prevalens på 0,6 prosent i aldersgruppa 6–12 år for diagnosen barneautisme (F84). 0,9 prosent av norske barn hadde fått diagnosen innan dei var 12 år (Surén et al., 2013) – rundt tretti gonger fleire enn den «opprinnelege» prevalensen. Tal frå perioden 2008–2016 viste ein framleis aukande førekomst blant norske barn – mest markert for gutar, og for jenter i alderen 15–17 år (Reneflot et al., 2018). Auken i førekomst er elles betydeleg større i den såkalla «høgtfungerande» gruppa enn i gruppa med komorbide lærevanskar (Chacrabarti & Fombonne, 2005; Idring et al., 2015; Reneflot et al., 2018).

Sjølve autismeomgrepet har også blitt romslegare med tida. I dei to første utgåvene av det amerikanske diagnosesystemet vart tilstanden klassifisert som ein type barne-schizofreni (Kanner, 1949). Først ved utgjevinga av DSM-III i 1980 vart autisme sett på som ein eigen kategori. Kriteria for diagnosen infantil autisme var betydeleg snevrare enn no. Eitt kriterium var debut før fylte 30 månader.

Sidan ICD-10 og DSM-IV kom på 1990-talet, har det som starta som ein parentes, blitt utvida til eit spekter. Spekteret inkluderer både fleire diagnosar og eit større mangfald av symptom. Fellesnemnarane er gjennomgripande avvik i gjensidig sosial interaksjon og kommunikasjon, og eit avgrensa og stereotypert repertoar av interesser og aktiviteter.

FORKLARINGSMODELLAR

Ein forskar mykje på årsaker både til autisme og til auka førekomsttal. Dei stigande tala er

ikkje nødvendigvis uttrykk for at sjølve fenomenet er vanlegare. Dei kan og vere uttrykk for at fleire blir diagnostiserte og får oppfølging; at auka medvit rundt diagnosane bidreg til å redusere mørketal. Ein oppdagar også tilstandane tidlegare enn før. Utviding av diagnosekriteria i seg sjølv verkar også betydeleg inn på førekomsttala.

Andre forhold som kan spele inn, er mellom anna trendar over tid når det gjeld kva for diagnosar som vert føretrekte. Nokon hevdar at ein no oftare ser ut til å velje autismespekterdiagnosar til fordel for lærevanske- og utviklingshemningsdiagnosar (t.d. Shattuck, 2006). Rapporterte tal blir også påverka av tilgang til helsetenester eller utdanningstilbod, vilje til å søke hjelp, kompetanse ved ulike utredningsinstitusjonar samt metodologiske forhold som til dømes skilnader i inklusjonskriterium mellom ulike studiar.

Hansen, Schendel og Parner (2015) meiner at fleire av tilfella vert rapporterte no enn tidlegare. Ein studie som undersøkte utviklinga av autismespekterdiagnosar i Sverige over ein tiårsperiode (Lundström et al., 2015), kom fram til at mengda barn med fenotypen var stabilt, samstundes som talet på registrerte diagnosar auka dramatisk. Ein har også sett endringar over tid når det gjeld i kva for grad ein person må utvise symptom for å oppfylle kriteria for diagnosane (Arvidsson et al., 2018). Ser me ikkje lenger skogen for berre autisme?

Nokon meiner at dette ikkje tilstrekkeleg forklarar auken i talet på autismespekterdiagnosar, og at det sannsynlegvis også går føre seg ein viss reell auke av fenotypen. Ein har leitt etter faktorar som kan ligge under ein reell auke, og funne samanhengar mellom autisme og mellom anna foreldra sin alder, metabolske tilstandar hos mor og eksponering for luftureining. Bidraga til aukande førekomsttal frå miljømessige og biologiske faktorar ser likevel ut til å vere beskjedne (Gardener, Spiegelman & Buka, 2011).

Auken i talet på autismediagnosar kan også ha forklaringar som ligg på eit meir samfunnsmessig plan. Kan endringar i synet vårt på normaliteten spele inn?

NORMALITET

Normaliteten er uløysleg bunden til motsetnaden sin: avviket. Sosiologen og samfunnsforskaren Per Solvang (2006) seier at «norma-

liteten har vært sett på som en størrelse som i sitt innerste vesen ikke gir seg til kjenne. Hvis den gir seg til kjenne, er det fordi vi står overfor det motsatte, det unormale» (s. 182). Då Kanner identifiserte autisten, var det fordi han stod ut frå bakgrunnen. Han var ikkje som dei andre. Om det unormale er det som skil seg ut frå bakgrunnen, er konteksten sentral. Normaliteten er relativ til denne. Kvar grensene går for det som vert rekna som «normalt» og ikkje, avheng av tid og rom – av historia og av kulturen.

ANDRE PERSPEKTIV PÅ NORMALITETEN

Émile Durkheim (1897/1991) – ein av grunnleggarane av sosiologien – skreiv om normoppløysning som trugsmål mot fellesskapen. Likevekta må skapast aktivt, meinte han. Eit velfungerande samfunn er kjenneteikna av at menneske er avhengige av og solidariske med kvarandre. Dei inngår forpliktingar og kontraktar på grunnlag av felles verdiar og normer. Både ytre grenser som lover og sosiale sanksjonar, og internaliserte normer, verdiar og roller er viktige for at samfunnet skal fungere.

Alternativt kan ein sjå på det unormale som ei norm i seg sjølv. I nokre kunstnar- og intellektuelle miljø er det vanleg å tenke at ein bør utfordre det beståande, og at kvar og ein bør framheve sin eigenart. Det såkalla aspiermiljøet hevdar ei liknande oppfatning; uavhengig tenking og unike særtrekk – nevrodiversitet – er norma og idealet. Ein skal vere «seg sjølv» – også når dette avvik frå oppfatningar om kva som er vanleg. Norma er at folk er ulike, og at personar med nevroutviklingsforstyringar ikkje er avvikarar frå normalen, men heller vanlege menneske, med unike særtrekk.

Lennard J. Davis – professor og forskar på funksjonshemmingsfeltet (2013) – skriv at omgrepet mangfald («diversity») allereie har fått den same tydinga som normalitet hadde tidlegare. Han meiner omgrepet kan bidra til å ordne og gruppere, slik normalitetsomgrepet gjorde før, men ekskluderer det medisinske domenet («disability») frå denne generaliseringa. Då skjønar me at det framleis er eit langt stykke igjen til at ho faktisk er gyldig.

Oppfatningar om normalitet og avvik er levande tilstades i medvitnet til både lek og lærd også i dag. Diagnosar er då også framleis formuleringar om funksjonssvikt og avvik frå ei tenkt norm. Filosof, historikar og antropolog Henry Jacques Stiker (1999) meiner at den vestlege kulturen er konkurranseorientert, og framleis strever med å tolerere ulikskap.

NYE TIDER, NYE KRAV

Ein fellesnemnar for kva som har blitt definert som psykisk sjukdom opp gjennom historia, er at individ som har fått slike merkelappar på seg, ikkje har vore i stand til å innfri krav som samfunnet har stilt til dei (Madsen, 2017). Diagnostiske kriterium krev at ein vurderer individet sine eigenskapar ut frå forventingar, til dømes til grad av sjølvstende og til sosial fungering. Når individet fungerer dårleg i samfunnet det lever i, vert det definert som sjukt. Om samfunnet då stiller strengare krav enn tidlegare, er det ein naturleg konsekvens at fleire vil falle gjennom.

Dess meir krava i samfunnet aukar, dess meir tilgjengelege vert diagnosemanualane på skriveborda våre. Dei danske psykologane Klaus Nielsen og Carsten René Jørgensen (2015) skriv om korleis auka førekomst av nevroutviklingsforstyringar kan representere ei lite føre- »



Diagnosar er då også framleis formuleringar om funksjonssvikt og avvik frå ei tenkt norm



Dess meir krava i samfunnet aukar, dess meir tilgjengelege vert diagnose-manualane på skrive-borda våre

målstenleg og «kulturelt blind» individualisering av problem som i høg grad også er sosiale/kulturelle. Problema oppstår i møtet mellom individet si åtferd og samfunnsmessige forventingar. Einskildindividet si åtferd vert sett som kriterium for det ein tenker er ei biologisk lidning. Konteksten åtferda førekjem i, som organisering av institusjonen, økonomiske ressursar, personalet sine kvalifikasjonar og det psykososiale miljøet vert ofte oversett.

INNSNEVRING

Sjølv tenker eg no at den auka førekomsten av autismespekterdiagnosar *kan* vere eit uttrykk for ei innsnevring av normalitetsomgrepet. Sjølve *fenomenet* autisme ser ikkje ut til å auke i så stor grad som førekomsttala kan få oss til tru. Utvida diagnosekriterium bidreg betydeleg. Det at ein over tid har utvida kriteria for diagnosen, kan i seg sjølv vere uttrykk for at normaliteten smalnar inn. Det ser samstundes ut til at det skjer noko med vurderinga vår av kvar grensene går, slik at det stadig skal mindre til for å få ein diagnose i autismespekteret. Det er nærliggande å tenke at ei slik utvikling kan vere symptomatisk for eit samfunn som har stadig lettare for å sjå på ulike eigenskapar hos menneske som avvikande.

Når skulesystem og arbeidsliv i utgangspunktet ikkje rommar det mangfaldet som individa representerer, er det lett å få auge på dei som ikkje oppfyller krava. Me peikar ut desse personane, og dokumenterer behov som går ut over det «normale». Me utset ei stor gruppe menneske for omfattande utgreiingar, som gjerne kulminerer i diagnosar, som igjen utløyser rettar, midlar og hjelp. Tiltak skal så bidra til at individa vert romma i systema og innlemma i samfunnet, trass skavankane ein no har påvist.

Fleire hevdar at «falske epidemiar» ligg bak den stadige auken i talet på menneske som vert diagnostiserte med psykiske lidningar – inkludert autismespekterdiagnosane (Frances, 2013). Uttrykket inneber at auken i førekomst av ei rekke psykiske lidningar ikkje er reell, men representerer overdiagnostisering av tilstandar som ligg innanfor normalvariasjonen. Psykolog og filosof Ole Jacob Madsen (2017) påpeiker eit problem som oppstår når ein bruker uttrykket «falske epidemiar». Ein legg til grunn «at det

er mulig å komme fram til de rette nivåene for ulike psykiske lidelser i befolkningen», men det ligg jo i definisjonen av omgrepet at dette ikkje lèt seg gjere.

Diagnostisering av avvik frå normaliteten treng ikkje vere uttrykk for overgrep frå ei overmakt – anten makta vert utøvd frå statleg hald, frå behandlarar som er tildela definisjonsmakt, eller frå ein legemiddelindustri med tvilsame motiv. Menneske som opplever å kome til kort, arbeider også ofte *sjølv* for å bli sette og trudde, for å finne meningsfulle forklaringar på at dei ikkje strekk til, og for å få behandling eller hjelp som kan dyktiggjere dei til å igjen bli inkluderte i eit samfunn dei kjenner seg på utsida av. Det å få ein diagnose utløyser også rettar som mange er avhengige av for å kunne fungere og for å kunne leve gode liv.

Slik er det ofte med Asperger-diagnosen, som i større grad har blitt omfamna og assosiert med positive eigenskapar enn den tidlegare autisme-diagnosen. Mange identifiserer seg sterkt med diagnosen, som både kan gi forklaringar på utfordringar og anerkjenning av ressursar.

EIN VEG VIDARE

Moralen i visa er at me som diagnostiserer, har eit ansvar når det gjeld forvaltning av normalitetsomgrepet. For å kunne ta hand om dette på ein god måte må me vere medvitne om kva for tenking og verdiar som ligg til grunn for praksisen vår. Autismespekterdiagnosane utfordrar oss i særleg grad når det gjeld toleransen for det å skilje seg ut. Me står i fare for å diagnostisere annleisheit i seg sjølv, og ikkje berre dei utfordringane denne inneber.

Madsen (2017) rår oss til å tenke pragmatisk, og å vurdere om diagnostiske kategoriar er *føremålstenlege* for dei som vert diagnostiserte og/eller for omgjevnadene deira. Om me tek dette til følge, ser me at diagnosar er nyttige for mange, slik samfunnet vårt no er organisert. Men det finst også mange som, trass utfordringar, nok vil ha det betre utan diagnosar enn med. Særleg når me står overfor grensetilfelle, må me som utreier ha tunga beint i munnen. Mykje avheng av auga som ser.

Me må også ha den langsiktige samfunnsutviklinga i sidesynet. Psykologar har ei viktig rolle når det gjeld å patruljere grensene for normalitet og avvik. Tar me lett på denne oppgåva, risikerer me å bidra til ei gradvis forskyving og

innsnevring av normalitetsomgrepet, noko som neppe gagnar verken individa eller samfunnet som heilskap.

Når diagnosen først er gjeven, må hjelparen også ta stilling til korleis han skal stille seg til

det han har vurdert som eit avvik. Ein kan velje å styre mot eit mål om å nærme seg det såkalla normale, ein kan velje å framelske unike særtrekk, eller å kombinere desse måla på ulike område. ✕

REFERANSER

- APA (1952). *Diagnostic and statistical manual: Mental disorders*. American Psychiatric Association.
- APA (1968). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (2. utg.). American Psychiatric Association.
- APA (1980). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (3. utg.). American Psychiatric Association.
- APA (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4. utg.). American Psychiatric Association.
- APA (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5. utg.). American Psychiatric Association.
- Arvidsson, O., Gillberg, C., Lichtenstein, P., & Lundström, S. (2018). Secular changes in the symptom level of clinically diagnosed autism. *Journal of child psychology and psychiatry, and allied disciplines*, 59(7), 744–751.
- Augustyn, M.D., Patterson, M.C., Bridgeman, C., & Torchia, M.M. (2020). Autism spectrum disorder: Terminology, epidemiology, and pathogenesis. *UpToDate*. May 04.
- Chacrabarti, S., & Fombonne, E. (2005). Pervasive developmental disorders in preschool children: Confirmation of high prevalence. *The american journal of psychiatry*, 162, 1133–1141.
- Davis, L.J. (2013). *The end of normal. Identity in a biocultural era*. University of Michigan Press.
- Durkheim, E. (1991). *Selvmodet. En sosiologisk undersøkelse*. Gyldendal.
- Frances, A. (2013). Saving normal: An insider's revolt against out-of-control psychiatric diagnosis, DSM-5, big pharma and the medicalization of ordinary life. *Psychotherapy in Australia*, 19(3), 14–18.
- Gardener, H., Spiegelman, D., & Buka, S.L. (2011). Perinatal and neonatal risk factors for autism. A comprehensive metaanalysis. *Pediatrics*, 128, 344–355.
- Hansen, S.N., Schendel, D.E., & Parner, E.T. (2015). Explaining the increase in the prevalence of autism spectrum disorders: the proportion attributable to changes in reporting practices. *JAMA Pediatrics*, 169, 56–62.
- Idring, S., Lundberg, M., Sturm, H., Dalman, C., Gumpert, Cl., Rai, D., Lee, B.K., & Magnusson, C. (2015). Changes in prevalence of autism spectrum disorders in 2001–2011: Findings from the Stockholm Youth Cohort. *Journal of autism and developmental disorders*, 45(6), 1766–1773.
- Kanner, L. (1943). Autistic disturbances of affective contact. *Nervous Child*, 2, 217–250.
- Kanner L. (1949). Problems of nosology and psychodynamics in early childhood autism. *American journal of orthopsychiatry*, 19(3), 416–426.
- Lundström, S., Reichenberg, A., Anckarsäter, H., Lichtenstein, P., & Gillberg, C. (2015). Autism phenotype versus registered diagnosis in Swedish children: prevalence trends over 10 years in general population samples. *The BMJ*, 350, h1961.
- Madsen, O.J (2017). Medikaliseringsbegrepets kolonisering av forskerverden. I H. Bondevik, O.J. Madsen, & K.N. Solbrække (red.), *Snart er vi alle pasienter. Medikaliserings i Norden*, s. 25–62. Spartacus.
- Nielsen, K. & Jørgensen, C.R. (2015). Patologisering av uro? I S. Brinkmann (red.), *Det diagnostiserte livet. Økende sykkeliggjøring i samfunnet*. Fagbokforlaget.
- Parens, E. (2013). On good and bad forms of medicalization. *Bioethics*, 27, 28–35.
- Reneflot, A., Aarø, L.E., Aase, H., Reichborn-Kjennerud, T., Tambs, K., & Øverland, S. (2018). *Psykisk helse i Norge*. Folkehelseinstituttet.
- Shattuck, P.T. (2006). The contribution of diagnostic substitution to the growing administrative prevalence of autism in US special education. *Pediatrics*, 117, 1028–1037.
- Solvang, P. (2006). Problematisering, utdefinering eller omfavnelser? Om normaliteten. I T. Hylland Eriksen og J.-K. Breivik (red.), *Normalitet*, s. 167–185. Universitetsforlaget.
- Stiker H.-J. (1999). *A history of disability*. University of Michigan Press.
- Summerfield, D. (2004). Cross-cultural perspectives on the medicalization of human suffering. I G.M. Rosen (red.), *Posttraumatic stress disorder: Issues and controversies*. John Wiley.
- Surén, P., Bakken, I.J., Lie, K.K., Schjølberg, S., Aase, H., Reichborn-Kjennerud, T., Magnus, P., Øyen, A.S., Svendsen, B.K., Aasberg, K.M., Andersen, G.L., & Stoltenberg, C. (2013). Fylkesvise forskjeller i registrert forekomst av autisme, AD/HD, epilepsi og cerebral parese i Norge. *Tidsskrift for Den norske legeforsking*, 133, 1929–1934.
- WHO (1978). *Manual of the international statistical classification of diseases, injuries and causes of death* (9. utg.). World Health Organization.
- WHO (1990). *International classification of diseases, 10th revision*. World Health Organization.
- WHO (2018). *International classification of diseases, 11th revision*. World Health Organization. <https://icd.who.int>
- Wing, L., & Potter, D. (2002). The epidemiology of autistic spectrum disorders: Is the prevalence rising? *Mental retardation and developmental disabilities research reviews*, 8, 151–161.



ALTERNATIV Multisystemisk terapi med barn utsatt for omsorgssvikt er et alternativ til omsorgsovertagelse, skriver artikkelforfatterne. Foto: Valerie Wagner / NTB Scanpix

Rett metode kan forebygge omsorgsovertagelse

Få offentlige inngrep har så alvorlige konsekvenser som omsorgsovertagelse. Desto viktigere er det å ta i bruk evidensbaserte behandlingsmetoder mens barna ennå bor hjemme.



TEKST

Annika Melinder, professor og psykologspesialist, Audun Formo Hay, psykolog, leder i MST-CAN, Bernadette Christensen, psykologspesialist og tidligere fagdirektør ved Nubu

BARNEVERN

FEM PROSENT av barn i Norge forteller at de har opplevd grov vold eller alvorlig omsorgssvikt hjemme (Hafstad & Augusti, 2019). Dette tilsvarer rundt 55 000 barn, eller 2000 skoleklasser, der samtlige elever er redde for å komme hjem til rus, slag, spark, trusler eller foreldre som ikke er der etter endt skoledag. Disse barna får allerede oppmerksomhet i samfunnsdebatten. Muligheten er også stor for at flere av dem vil trenge oppmerksomhet fra psykisk helsevern når de en gang blir voksne. På tross av kunnskapen vi har om disse sammenhengene, har vi svært få forskningsbaserte behandlingstiltak som muliggjør endring i hjemmet og stanse volden og omsorgssvikten barna lever med.

Vold og omsorgssvikt skjer oftest i familier med sammensatte behov, der faktorer som psykisk

uhelse, rusmisbruk, fattigdom, konflikter eller sosial isolasjon opprettholder hverandre. Samtidig er tilbudene i hjelpeapparatet fordelt mellom mange ulike instanser. Resultatet er at familiene med de mest sammenvevde vanskene ofte faller mellom de enkelte hjelpenes stoler. Å følge opp det tidvis fragmenterte hjelpeapparatet blir i seg selv en for krevende oppgave til at de får nytte av hjelpen de blir tilbudt. Det kommunale barnevernet blir stående igjen med ansvar for å koordinere innsatsene og samtidig vurdere om det er tilstrekkelig gode omsorgsforhold for det enkelte barn.

«BARNETS BESTE»

Alle vedtak i barnevernet skal bygge på hensynet til barnets beste. På bakgrunn av nyere dommer mot Norge i Den europeiske menneskeret-

tighetsdomstolen (EMD) har høyesterett nylig presisert hva «barnets beste» innebærer: «For det første har barnet som individ selvstendig krav på vern om sin helse og utvikling, uavhengig av foreldrenes interesser og behov. For det andre er det som utgangspunkt til det beste for barnet å høre til i sin biologiske familie og bevare familiebåndene» (Barne- og familiedepartementet, 2020).

I dag er det tilbudet de fleste barnevernstenester gir familier med komplekse behov, hovedsakelig ulike råd- og familieveiledningstiltak, noe som gjerne ikke er omfattende nok til å endre omsorgssituasjonen til barna. Det er med andre ord et stort gap fra denne type tiltak til det store og alvorlige skrittet det er å plassere barn utenfor hjemmet.

I dette nummeret av Psykologtidsskriftet publiseres en pilotstudie om gjennomførbareheten av behandlingen «Multisystemisk terapi for vold og omsorgssvikt (MST-CAN)» s. 19. Konklusjonen er klar: MST-CAN viser positive resultater for familiens psykologiske fungering og indikerer at fremtidige kontrollerte studier av tiltaket er gjennomførbare i en norsk sammenheng. I MST-CAN jobber terapeutene tett og intensivt med familiens behov og relasjoner mens barna bor hjemme. Metodikken muliggjør således for barnevernet å tette gapet mellom veiledningstiltak og plassering utenfor hjemmet.

FORELDRENES EGNE PROBLEMER

Det kreves høy klinisk kompetanse for å skape endring der problemene er fastlåste og komplekse. Kompetansen handler om barn og unges utviklings- og omsorgsbetingelser, men også om hvordan man kan få til et trygt nok samarbeid til å kunne skape endring. Ofte kreves det behandling av foreldrenes egne psykiske problemer, traumer og rusmisbruk, foreldreferdigheter og

familiens relasjoner. I MST-CAN jobber psykologer med alt dette. Samtidig gjør de behandlingen helhetlig ved å rette den inn mot arenaene og relasjonene der familiene har størst behov. På den måten kan familien bruke all sin energi på behandlingen, og de unngår å forholde seg til mange instanser som ikke drar i samme retning.

Vi ser dessverre at ideologiske holdninger kan dominere diskusjonen når barnevern diskuteres og det foreslås tiltak, slik debatten i Oslo kommune kan illustrere (se f.eks. Aftenposten, 2020). Det kan overforenkle løsningene og føre til at færre av barna som lever med vold og omsorgssvikt, får tiltak og behandling som faktisk hjelper. Det er få, om noen, inngrep fra det offentlige som har så alvorlige konsekvenser som en omsorgsovertagelse. Derfor er det helt sentralt at man bruker systematisk evaluerte behandlingsmetoder dersom man velger å sette inn tiltak mens barna bor hjemme. MST-CAN er det første tiltaket man har implementert i Norge som et alternativ til omsorgsovertagelse.

Det er store og udekkede behov for evalueringsforskning på tiltak for å få slutt på vold og omsorgssvikt i familier. Systematiske evalueringer er en forutsetning for kompetanseutviklingen på barnevernfeltet fordi de vil gi oss en mulighet til å kontinuerlig prøve, tilpasse, lære og forbedre måten vi ivaretar familier på. Dette åpner for at fagmiljøer søker sammen for å kunne gjennomføre større studier. Multisenterstudier er et eksempel på dette, som har vist seg å være fruktbare innenfor psykisk helsevern. Den foreliggende MST-CAN-pilotstudien viser et tilsvarende potensial på barnevernfeltet. ✕

Les den vitenskapelige artikkelen på side 18-27

REFERANSER

- Barne- og familiedepartementet (2020). *Informasjonsskriv om behandlingen av barnevernsaker – nye avgjørelser fra Høyesterett*. BLD: <https://www.regjeringen.no/contentassets/f29d37d4e9e04d8891693415c19e411c/informasjonskriv-om-barnevernsaker---nye-retningslinjer-fra-hoyesteretts-om-saksbehandling.pdf>
- Hafstad, G.S., & Augusti, E.M. (red.) (2019). *Ungdoms erfaringer med vold og overgrep i oppveksten: En nasjonal undersøkelse av ungdom i alderen 12 til 16 år*. Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress (Rapport 4/2019).

- Sletthol, A. (2020). Har Oslo så mye bedre verdier enn resten av landet? Debatt i Aftenposten: <https://www.aftenposten.no/meninger/kommentar/i/8mnP9d/har-oslo-saa-mye-bedre-verdier-enn-resten-av-landet-andreas-sletthol>



Å følge opp det tidvis fragmenterte hjelpeapparatet blir i seg selv en for krevende oppgave til at de får nytte av hjelpen de blir tilbudt

Skamdebatt av sporet

Jan Reidar Stiegler kan ikke vite noe om Zemir Popovacs intensjoner. Det kan ingen av oss. Her er vi overlatt til våre egne fortolkninger, selvbevissthet og holdninger.

TEKST

Inger-Margrete Svendsen, psykologspesialist

SKAMMENS FUNKSJON

DET ER MED stor glede jeg har lest Zemir Popovacs teoretiske innspill, tanker og refleksjoner om 'skam'. Det er fint og viktig at vi som fagfeller har og tar oss rom til å ytre oss om og påvirke vårt komplekse fagfelt. Men hva skaper, og hva ødelegger den gode, åpne dialogen?

En forutsetning for å våge å ytre seg er at vi som mottakere og diskusjonspartnere tar imot med en åpen, respektfull og nysgjerrig holdning. Uenighet om hele eller deler av et innlegg eller perspektiv er selvsagt berettiget og nødvendig. Men formen vi møter hverandre med, avgjør utforskningen, læringen og mangfoldet i stemmene som deltar.

Jeg tror Jan Reidar Stiegler har gode intensjoner med innlegget *Savner akademisk ydmykhet* i desemberutgaven av *Psykologtidsskriftet*. Jeg tror han når han sier at han ønsker dialog. Dialog er å bidra til åpne, trygge rom der ulike perspektiver lever, brynes og anerkjennes. Jeg tror vi er mange som gjerne vil høre på flere fagfeller som har arbeidet lenge med 'skam' og andre komplekse temaer.

Men når Stiegler hevder at Popovac instruerer et helt fagfelt, eller påstår at teksten til Popovac ikke fungerer som utgangspunkt for «konstruktiv akademisk debatt...» fordi han «....mangler nødvendig ydmykhet i sin omgang med empiri, teori og komplekse faglige begreper», opplever jeg at Stiegler lukker dialogen ved å definere avsender av budskapet på en negativ måte.

Det samme skjer når Stiegler skriver: «Popovac avfeier andre teorier uten først å demonstrere at han forstår disse teoriene, og uten å vise at de er feil. Hans påstander fremstår derfor i mine øyne mer som et forsøk på å dominere heller enn å bidra til å klargjøre.»

Dette er Stieglers egne subjektive fortolkninger. Ingen av oss kan vite noe om Popovacs intensjoner. Her er vi overlatt til våre egne fortolkninger, selvbevissthet og holdninger. Stiegler kan

selv leses som en som forsøker å definere feltet. Jeg ønsker ikke å lese Stiegler slik. Min fortolkning er et valg. Når Stiegler argumenterer, synes jeg han er farlig nær å ta mannen og ikke ballen.

Det oppstår et paradoks: Stieglers måte å møte Popovacs innspill på rammes av samme kritikk som Stiegler selv retter mot Popovac. Stiegler anklager Popovac for å mangle ydmykhet, men står i fare for å blottstille samme mangel.

Jeg tror det er en forutsetning for at feltet vårt skal utvikle seg, at vi er åpne for mange stemmer, at vi imøtegår hverandre på en saklig måte. Hvis ikke, kan vi raskt skape et konformt, fattig og angstfylt ytringsrom for de få. Det er krevende å skille person og sak når engasjementet og uenigheten vekkes. Desto viktigere er det at vi møter hverandre med respekt og saklige perspektiver, og at vi ikke fristes til å definere personen vi debatterer med. ✕

DEBATT OM SKAMMENS FUNKSJON

Tidligere innlegg:

- Nr. 12 - 2020 Savner akademisk ydmykhet (Jan Reidar Stiegler)
- Nr. 12 - 2020 Livsfarlig å gi skam en positiv verdi (Haldor Øvreide)
- Nr. 11 - 2020 Skam ekspedert (Zemir Popovac)
- Nr. 10 - 2020 Skam, psykologi og ontologi (Jan Sunder Halvorsen)
- Nr. 10 - 2020 Skam nyansert (Aksel Inge Sinding)
- Nr. 8 - 2020 Skam revidert (Zemir Popovac)
- Nr. 6 - 2020 Blikket utenfra (Siri Gullestad)



Jeg opplever at Stiegler lukker dialogen ved å definere avsender av budskapet på en negativ måte

TILSVAR:

Kvalitetssikring av tester i NAV

Vi vil jobbe for å sikre at tester brukes i tråd med rutinene, skriver NAV i dette tilsvaret til Charity van Delfts kritikk i NÅ-intervjuet.

FOR NAV SOM organisasjon, og for brukere som får oppfølging fra NAV, er psykologene en svært verdifull ressurs. Både når det gjelder kartlegging av utfordringer i arbeidslivet og hjelp til å finne nye muligheter. Psykologene jobber sammen med brukere, men er også faglig støtteperson for veiledere og andre ansatte som følger opp brukere. Psykologene har en verdifull kompetanse om en av NAVs aller største målgrupper – brukere med psykiske helseplager/lidelser. Dette er en kompetanse NAV trenger for å gi et godt oppfølgingstilbud og bidra til at flere kommer i og står i arbeid. Dette er vi helt enige med Charity van Delft om.

Vi er opptatt av å kvalitetssikre tjenestene vi gir i NAV Arbeidsrådgivning, derfor ble det i 2015 etablert en nasjonal verktøygruppe ledet av Arbeids- og velferdsdirektoratet, der eksperter på ulike fagområder som NAV Arbeidsrådgivning leverer tjenester til, var samlet. Denne gruppen foretok en kartlegging av hvilke tester som var i bruk, og laget en oversikt over hvilke tester som kunne brukes i NAV, og hvilke tester som ikke kunne brukes i NAV, med bakgrunn i grundige faglige vurderinger. Det ble satt krav til kompetanse og merknader om hvilke målgrupper testen ikke passer for. Dette arbeidet koordinerte Charity van Delft på en utmerket måte. Arbeidet har fortsatt frem til nå, og verktøykassen oppdateres løpende. Her vil det være kontinuerlig faglig utvikling, og bruk av tester overfor brukere fra andre kulturer vil være et viktig tema fremover. Van Delft viser til at rutinene er gode, men at de ikke følges av alle. Dette vil Arbeids- og velferdsdirektoratet ta opp med ledere for NAV Arbeidsrådgivning, slik at det sikres at tester brukes i tråd med rutinene.

Når det gjelder veilederes kunnskap om nevropsykologiske tester, så vil vi se på tiltak for å sikre at disse ikke gjennomføres unødig. Bedre informasjon til NAV-kontorene og rutiner for saksdrøftinger før henvisning vil kunne bedre dette. Dette vil vi også ta opp i dialog med arbeidsrådgivningskontorene. ✕

Les også NÅ-intervjuet med Charity van Delft på side 4 og 5.



TEKST Vivian Andersen, seniorrådgiver, seksjon for samfunnskontakt i NAV

TESTER



Vi er opptatt av å kvalitetssikre tjenestene vi gir i NAV Arbeidsrådgivning

Strategiutvikling

Redaksjonen i Psykologtidsskriftet har denne høsten arbeidet med strategiutvikling med utgangspunkt i den nye Formålsparagrafen og resultatene fra leserundersøkelsen.



TEKST

Katharine Cecilia Williams,
Sjefredaktør

Alle utgivere trenger å ha innsikt i de interesser og behov deres primære målgruppe har. I forlengelsen av en slik erkjennelse gjennomførte Psykologtidsskriftet i oktober en leserundersøkelse som bygget på en tilsvarende undersøkelse utført i 2017.

Vi fikk inn svar fra 2246 psykologer, noe som gir en responsrate på litt i overkant av 20 %. I avkrysningsdelen av undersøkelsen fordeler svarene seg relativt jevnt, noe som kan bety at leserne generelt er fornøyde/misfornøyde med tidsskriftet sitt, eller indikere en målingsfeil. Leserene oppgir seg imidlertid mest enige i følgende formuleringer:

1. *Gjennom å popularisere forskningsstoff bidrar Psykologtidsskriftet til at jeg får enklere tilgang til ny kunnskap*
2. *Psykologtidsskriftets samfunns- og helsepolitiske stoffer er interessant*
3. *Psykologtidsskriftet er en god kilde for meg for å holde meg faglig oppdatert*

En tidel av de som svarte på undersøkelsen, gav skriftlige tilbakemeldinger i eget fritekstfelt. Dette utgjør altså et lite mindretall, og merkningene her kan derfor ikke betraktes som representative. Likevel var det en del kommentarer som gikk igjen og derfor er naturlig å se nærmere på. Jeg kategoriserte disse kommentarene og registrerte fem tema som ble hyppigst nevnt:

1. Ønsker større psykologfaglig bredde
2. Ønsker vitenskapelige artikler, av høyere kvalitet, mer forskningsformidling
3. Skepsis til journalistikken
4. Ønsker å fjerne papirversjonen / bedre nettsider eller digital publisering
5. Skepsis til det faglige nivået / faglig aktualitet

Redaksjonen har i høst arbeidet med strategiutvikling, blant annet basert på resultatene fra leserundersøkelsen. Vi ser et behov for å utvikle oss i bredden når det gjelder det psykologfaglige feltet og ønsker spesielt å øke fokus på nevropsykologi, habiliteringsfeltet og arbeids- og organisasjonspsykologi. Redaksjonelt stoff knyttet til fagetiske problemstillinger blir et satsningsområde. I tillegg ønsker vi å komme nærmere psykologene der de arbeider og har sitt virke, noe vi vil se nærmere på når smittevernrestriksjonene heves.

Blant dem som gav skriftlige tilbakemeldinger, oppgav flere at de ikke ønsker papirversjonen, eller at de foretrakk nettutgaven. Kanskje står dette i kontrast til det faktum at mindretallet (24 %) rapportere i avkrysningsdelen at de i stor eller svært stor grad leser Psykologtidsskriftet like gjerne på papir som på nett (58 % i liten eller svært liten grad). Samtidig ser vi at dette var en gjenganger blant tilbakemeldingene også i leserundersøkelsen i 2017. Behov for utvikling av nettsidene med god søkefunksjon og oversiktighet er utledet som arbeidshypotese ut fra dette. I fremtidige leserundersøkelser og annet innsiktsarbeid vil det være viktig for redaksjonen å kartlegge nærmere de temaene som gikk igjen i fritekstfeltet, siden det er usikkert om avkrysningsdelen i tilstrekkelig grad omfavnet disse.

Som ny sjefredaktør er det nødvendig for meg å utforme en strategi og en plattform for det redaksjonelle arbeidet fremover. Tilbakemeldingene fra leserundersøkelsen viser at våre lesere, både i 2017 og 2020, ønsker større tilfang av vitenskapelig fagstoff. Psykologtidsskriftets formålsparagraf utgjør det sentrale fundamentet i strategiarbeidet, der det i overensstemmelse med lesernes tilbakemeldin-



Tilbakemeldingene fra leserundersøkelsen viser at våre lesere, både i 2017 og 2020, ønsker større tilfang av vitenskapelig fagstoff

ger presiseres at *De fagfelleverderte vitenskapelige artiklene skal utgjøre ryggraden i Psykologtidsskriftet*. Her er det nødvendig å definere hva som utgjør en vitenskapelig artikkel.

Artikler som presenterer et vitenskapelig resonnement, som gir nye innsikter til fagfeltet med en metoderedegjørelse som har en transparens som gjør det mulig å etterprøve funn og analyser, utgjør den overordnede definisjonen. Imidlertid er det naturlig for norske psykologers fagtidsskrift å definere vitenskapelige artikler i overensstemmelse med spesifiserte, offisielle kriterier. Kort fortalt innebærer dette at artiklene må kvalifisere for publiseringspoeng.

Status for Psykologtidsskriftet i dag er at publisering av artikler kan, gitt at forfatteren oppfyller gjeldende krav, generere publiseringspoeng fordi vi er godkjent fagfelleverdert utgiver (nivå 1). Imidlertid er det andre standarder for vitenskapelig publisering som Psykologtidsskriftet ikke oppfyller. Psykologtidsskriftet mangler en vitenskapelig redaksjon (editorial board), som primært skal bestå av forskere som er ansatt ved en enhet som driver forskning. Psykologtidsskriftet har ikke implementert system for DOI-nummerering av artikler og er ikke indeksert i relevante databaser for forskningsartikler (eksempelvis PsychInfo eller PubMed). Dette innebærer at artiklene ikke publiseres i en form som gjør den tilgjengelig søkbar, noe som utgjør en alvorlig utfordring dersom vitenskapelige artikler skal klare å komme i posisjon til å utgjøre Psykologtidsskriftets ryggrad. Tilgjengeliggjøring blir stadig mer vektlagt innenfor forskningsfeltet. Med Plan S vil alt forskningsarbeid som er finansiert av offentlige finansieringssystemer, som Forskningsrådet, fra 1. januar i år utelukkende bli publisert av godkjente utgivere for åpen tilgang (open access). Psykologtidsskriftet er ikke indeksert som godkjent åpen tilgang-utgiver. Nåværende nettutgave er ikke tilrettelagt for slik publisering, noe som forsterker nødvendigheten av å utvikle nettsidene.

Oppsummert har Psykologtidsskriftet et stort arbeid foran seg skal den nye formuleringen i formålparagrafen bli en realitet. Dette arbeidet har startet og vil være prioritert fremover. Inntil Psykologtidsskriftet oppfyller alle offisielle krav til vitenskapelig publisering, vil redaksjonen legge til grunn den overordnede definisjonen av vitenskapelige artikler som er redegjort for over. ✕

Debattert

En hund etter psykologtittelen

Cecilie Zalo klaget inn daglig leder for GoodDog As for å ha brukt tittelen «hundepsykolog» uten å være autorisert etter helsepersonelloven. Ikke i strid med loven, konkluderte Fylkesmannen i svarbrevet som ble delt på FB-gruppa Psykologer.

Terapipsykolog? Tja, hva med «terapipsykolog», ville det være beskyttet ifølge denne fylkesmannen?

Igor Jakobsen

Hundelege? Bra initiativ! Hadde vært interessant om de mente det samme om «hundelege».

Dagfinn Sørensen

Psykologi for dyr: Det er vel ikke så interessant da «hundelege» klart kan gi inntrykk av at man er veterinær. Det finnes ikke noe tilsvarende yrke innen psykologi for dyr, og derfor gir «hundepsykolog» selvsagt heller ikke inntrykk av at man har en autorisasjon som man ikke har

Alexander Lundgreen

Faktum: Hmm! Holder det vedtaket i henhold til lovens intensjon og rettspraksis? Så vidt jeg kan se er det da, etter det de legger til grunn, fritt frem. Faktum er at hundepsykologi i sin tid var fundamentet for mye av den psykologi vi har i dag.

Linda Wendelberg

Intensjonen: Selvsagt. Lovens intensjon er å beskytte pasienter, ikke profesjonen.

Alexander Lundgreen

Greit: Man trenger jo ikke være autorisert psykolog for å jobbe med hunders hode. De fleste som kan mye om hunders adferd og mentalitet er ikke psykologer. Hundepsykolog er greit, fordi det ikke er noen kobling fra hund-menneske. Jeg syns det blir mer problematisk når vi feks. snakker om idrettspsykolog, og personen bak ikke er psykolog.

Espen Idås

Sluttreplikk om forsterkning

Det er ikke riktig at forsterkning kan stå på egne ben, slik Børge Holden hevder.



TEKST Torgeir M. Hillestad, professor i psykologi, Universitetet i Stavanger

FORSTERKNINGS- BEGREPET

I SITT SISTE innlegg ser Holden ut til å fortsette å operere med en en-faktorforståelse av psykologisk kunnskapsdannelse, ved utelukkende å snakke om forsterkningsbegrepet. Jeg må få opplyse om at det ikke er atferdsterapiens prinsipper og praktiske resultater som her er under debatt eller angrep fra min side, men den vitenskapelige modellen som utgår fra et ensidig fokus på forsterkningsbegrepet.

Særlig Holdens utsagn: «Forsterkning kan stå på egne ben», demonstrerer dette til fulle. Men det er nettopp det det ikke kan. Holden ser på forholdet mellom ytre stimuli eller konsekvenser og sannsynligheten for responderende atferd. Dette kan kartlegges og systematiseres. Men dette representerer en beskrivelse av et saksforhold, hvor grundig det enn er, og ingen forklaring. Systematisk beskrivende forhold kan være nyttige klinisk, noe sikkert Holden selv har erfart. Problemet oppstår imidlertid når et beskrivende forhold får status som forklaring. Holden har dessverre ikke fått med seg dette poenget.

Når en bestemt atferd øker på bakgrunn av en bestemt konsekvens, kalles konsekvensen ifølge Holden en forsterker, og er derfor en uavhengig variabel. Men idet en bestemt respons fører til, eller blir forklart ut fra, konsekvens- eller forsterkningsbegrepet, har vi samtidig snudd det hele på hodet: «Forsterkningen» blir selv en funksjon av responsen siden det bare er responsen selv som kan peke tilbake på og gi mening til forsterkningskategorien. Holden forsøker riktignok å komme seg unna denne kjensgjerningen ved å hevde at vi ikke behøver å bruke uttrykk som «på grunn av», og bare snakke om «funksjonelle relasjoner». Ingenting av dette endrer det faktum at respons må forstås ut fra forsterkning, mens forsterkning må forstås ut fra respons. Dette i seg selv blir sirkulært, selv om en kvier seg for å bruke forklaringsbegreper. Dette gjelder uansett om en

definerer forsterkningen som å være utilsiktet eller av «ytre» eller «indre» karakter.

For øvrig har jo Holden rett i at en henvisning til utelukkende «indre tilstander» vil være utilstrekkelig. Dette har nettopp vært mitt eget poeng. En-faktorforklaringer eller henvisninger er utilstrekkelige og blir i siste instans selvrefererende eller sirkulære. Det er nettopp flerfaktorteorier som har forklaringskraft og utgjør et mål i seg selv innenfor vitenskap. Dette betyr at forsterkningsbegrepet, eller kanskje hele atferdsteorien, må suppleres eller integreres med teorimodeller som i sitt grunnkonsept tar for seg individet som et indre menneskelig subjekt med alle dets særegenheter og vesensbestemmelser. Det betyr for eksempel supplering av teorier av mer dynamisk og humanistisk art med eventuelt selve atferdsbegrepet. Slike forsøk er gjort, selv om kanskje ikke alle disse har vært like vellykkede. Men det er veien å gå hvis vi skal bli i stand til å utarbeide en virkelig fullgod forklarende psykologisk vitenskap.

Dette ordskiftet med Holden sprang ut av en debatt om den kontekstuelle modellen i psykiatrien. For min del anser jeg hermed debatten med Holden for avsluttet. ✕

DEBATT OM FORSTERKNINGSBEGREPET

Tidligere innlegg:

- Nr. 12 - 2020** Sparker i åpen forsterkningsdør (Børge Holden)
- Nr. 11 - 2020** Atferd og forklaring (Torgeir M. Hillestad)
- Nr. 10 - 2020** Uholdbare påstandar (Børge Holden)
- Nr. 09 - 2020** Uholdbar vitenskapsposisjon (Torgeir M. Hillestad)

Inntrykk

Essay, anmeldelser og forfatterintervjuer



ILLUSTRASJON SHUTTERSTOCK



Variert voldsantologi

Antologien *Vold i nære relasjoner* er også aktuell for den som har jobbet en stund i feltet, skriver anmelder Mia Cathrine Myhre.

Les anmeldelsen på side 71.

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



En fortelling om radikalisering

Hvorfor ble Patricia Hearst radikalisert? Var det personen eller situasjonen som var radikal?

TEKST Cathrine Moestue, psykolog og forfatter, medforfatter av boken *Radikalisering. Fenomen og forebygging* på Minotenk forlag (2018).

« **RADIKALISERT** Dette bildet av Patty Hearst er kanskje det mest berømte av henne og viser hvordan hun poserte som terrorist flere måneder etter at hun ble kidnappet. Foto: Magnolia Pictures / Courtesy: Everett Collection

Fortellinger om kidnapping fascinerer oss fordi de utfordrer vår fantasi og våre tanker om vår egen selvbestemmelse. Fra fiksjon og eventyr om Rapunsel i tårnet og filmer om Jason Bourne, til ekte historier om Natascha Kampusch og – som dette essayet handler om – radikaliseringen av Patricia Hearst. Fortellingen om Hearst er også aktualisert gjennom en ny fjernsynsdokumentar av Jeffrey Toobin, og som fortsatt er tilgjengelig på NRK nett-tv.

HISTORIEN

Det startet i 1974. Patricia Hearst var 19 år da hun flyttet inn med kjæresten sin i universitetsbyen Berkeley. Vietnamkrigen splitter landet og revolusjonære krefter ulmer under overflaten i det amerikanske samfunnet. En terroristgruppe som kaller seg den symbiotiske frigjøringshæren (SLA), planlegger å kidnappe tenåringsjenta, fordi hun kommer fra «aristokratiet». Hennes familie, «Hearst», er kjent på grunn av hennes bestefar William Randolph Hearst. Bestefaren bygget opp et avisimperium og var en pioner i den såkalte sensasjonspressen. Hovedpersonen i Orson Wells' berømte spillefilm *Citizen Kane* (1941) er basert på hennes bestefar, W.R. Hearst.

SLA (Symbionese Liberation Army) var en liten gruppe revolusjonære som var besatt av våpen og oppmerksomhet. Den 4. februar 1974 kidnappet de Patricia Hearst i hennes eget hjem. Terroristene holdt henne innesperret i et skap og underviste henne etter hvert i geriljakrigføring og marxistisk teori. Bare åtte dager etter kidnappingen hører den fortvilte familien fra henne på et lydbånd som ble sendt til dem: «Mor, far. Jeg har det bra.» Gruppen brukte disse lydbåndene som en del av sine pressemeldinger. Etter to måneder i skapet kom et enda mer berømt lydopptak av Patricias stille stemme, der hennes tale nå er blandet inn med marxistisk slang. Hun tar plutselig avstand fra sin familie og har skiftet navn til «Tania». Hun forteller at hun ikke har blitt hjernevasket av sine kidnappere, og at de hadde gjort det mulig

for henne å komme seg vekk, men at hun selv hadde valgt å bli for å slåss for revolusjonen.

Sammen med fire andre medlemmer av SLA ranet Hearst en bank i San Francisco i april 1974. Ranet ble fanget opp av et overvåkingskamera. Dette resulterte i et berømt bilde av Patricia Hearst, som holder et maskingevær og er ikledd en beret (militær alpelue). Hun var forvandlet til en terrorist bare ti uker etter at hun hadde blitt kidnappet. Rettssaken hennes fikk enorm oppmerksomhet, og mye som kom opp der, er utgitt i en bok som heter *The Trial Of Patty Hearst* fra 1976, skrevet av Carolyn Anspacher. Hennes forsvarsadvokat F. Lee Bailey bygget forsvaret opp på argumentet om «tvingende påvirkning» (coersive persuasion). Aktoratets psykiater påsto at hun var en «rebell som lette etter mening.»

Hun ble likevel funnet skyldig, dømt til sju år i fengsel og satt der nesten to år før president Carter benådet henne. Senere fikk hun full benådning av president Bill Clinton.

Spørsmålet som fort dukker opp når man setter seg inn i saken om Patricia Hearst, er følgende: Var hun ansvarlig for sine kriminelle handlinger, eller var hun et offer som gjorde det hun trengte for å overleve? Eller er svaret et sted midt imellom?

KOGNITIV DISSONANS

Historien om Patricia Hearst er kanskje en av de mest kjente kriminalhistoriene i nyere tid i Amerika. Hun svarer selv på mange av de spørsmålene vi måtte ha om saken, i sin egen bok *Every Secret Thing*, som kom ut i 1981: «Når jeg aksepterte den grusomme virkeligheten av mitt nye liv, som er en del av SLA, så sluttet de enorme konfliktene jeg hadde inni meg. Hverdagen ble lettere. Alt jeg trengte å gjøre var å bli med dem og det gikk lettere dag for dag.» Patricia beskriver selv hvordan det føltes å ha to holdninger samtidig i hodet, og som er i konflikt med hverandre. Hun blir anklaget og kritisert av SLA for å tilhøre en klasse, en familie med penger. Mange i Amerika sulter på denne

”

Patricia
underkastet
seg for å
overleve

»



Når det er en konflikt inni oss, må noe endre seg for at ubehaget skal fjernes. Vi tar et valg

tiden og hun opplever ikke bare ubehaget i skapet og dødsangsten, men også skyldfølelse knyttet til egen identitet.

Kognitiv dissonans-teori kan forklare hvordan snøballen begynner å rulle inn i destruktiv retning. Leon Festinger, en ekte legende i sosialpsykologien og medforfatter av den kjente boken *When Prophecy Fails*, oppsummerte kognitiv dissonanst teori slik: «Hvis du endrer en persons adferd, vil hans tanker og følelser også endre seg for å redusere dissonansen.»

Når det er en konflikt inni oss, må noe endre seg for at ubehaget skal fjernes. Vi tar et valg. Patricia underkastet seg for å overleve. Det føles som en lettelse. Selv om valget er fatalt, så går dissonansen vekk. Det vil si at mye av det traumatiske stresset opphører. Kognitiv dissonans påvirker selvfølelsen. Dette er en av de sterkeste psykologiske kreftene til motivasjon og atferd.

RADIKAL HISTORIEFORTELLING

Men ikke alle forklarer Hearsts radikaliseringsprosess med teorien om kognitiv dissonans. Jeffrey Toobin er en rettsanalytiker hos CNN og spaltist ved *The New Yorker*.¹ Han er blant annet forfatter av boken *The Run of His Life: The People v. O.J. Simpson*. I 2016 kom han ut med en uautorisert bok om Patricia Hearst: *American Heiress: The Wild Saga of the Kidnapping, Crimes and Trial of Patty Hearst*. Han betviler at hun er utsatt for «coercive persuasion» (tvingende påvirkning), og mener at hun knyttet seg til terrorgruppen som en frivillig rasjonell aktør. Han erkjenner at hun ble kidnappet, og at det må ha vært traumatisk, men når hun bokstavelig talt kommer ut av skapet, etter den første voldtekten, mener Toobin at SLA skal ha behandlet henne bra.

Toobin har også laget en TV-dokumentar basert på boken, som han har kalt «The Radical story of Patricia Hearst». Legg merke til at hennes overgrepere (SLA) er utelatt fra dokumentarens tittel – nå er det historien om den radikale Patricia han vil fortelle oss. På norsk heter den *Mysteriet Patty Hearst*, og allerede i første episode spør han: «Er hun Amerikas mest berømte kidnappingsoffer, eller er hun den mest berømte overløperen i Amerikansk historie»? Med andre ord: Er det personen eller situasjonen som er radikal? Den seks episoder lange TV-dokumentaren har blitt vist på NRK siden 2018 og er tilgjengelig frem til sommeren 2021.

Både boken og TV-serien til Toobin er interessant med tanke på de historiske fakta, og jeg liker at han aktualiserer hennes radikaliseringshistorie, fordi det viser at ungdom kan radikaliseres gjennom traumatiske relasjoner. Likevel opplever jeg Toobins analyse som svært overflattisk. Han kommenterer hennes adferd etter at identitetsforvirringen har skjedd og fra det tidspunktet hun blir kalt for «Tania». Gruppens leder har gitt henne dette symbolske navnet etter Che Guevaras tidligere kjæreste. Toobin snakker om «Tania» som om hun skulle være en rasjonell og frivillig aktør, men beveger seg ikke på innsiden av hvordan hennes traume har påvirket personlighetsendringen. Slik jeg forstår hans argument, skal Patricia på uforklarlig vis ha bearbeidet egne traumer mens hun sitter innesperret i et skap og har regulert ned dødsangsten helt på egen hånd. Når hun endelig kommer ut av skapet, blir hun fascinert av feministiske og marxistiske ideer. Og ikke bare det, men hun synes at terroristene er kule, og at bankran er spennende. Han følger aktoratets teori om at hun

.....

1. Toobin ble suspendert og så sparket fra sin stilling i november 2020, han har også tatt pause fra jobben i CNN. (Kilde: Dagbladet, 20. oktober 2020)

benyttet anledningen til å kvitte seg med sin forlovede og rømme fra sitt kjedelige liv som en «Hearst». Det er akkurat som om følelser ikke eksisterer i Toobins narrativ, og konklusjonen blir etter min oppfatning også endimensjonal – hun var en rasjonell aktør. Resultatet er en salig blanding av historiske fakta og Toobins personlige meninger. Han er en vel ansett journalist, men han er ingen traumeekspert, heller ikke er han nysgjerrig på hva eksperter på atferd og holdningsendring har å si om saken. Jeg har ikke noe imot kontroversen rundt hva slags straff hun eventuelt skulle få for å ha vært involvert i kriminelle handlinger. Å forstå et fenomen er ikke det samme som å tilgi eller å være enig i at kriminell atferd er greit. Men jeg har noe imot Toobins fremstilling av saken. At han har usynliggjort hva traumeekspertene og sakkyndige sa under rettssaken.

Toobin overrasker videre med å gi hovedrollen i TV-serien til en av hennes overgripere, William «Bill» Harris», en av de få overlevende fra terroristgruppen SLA. Det var han som bar henne ut av huset og inn i bagasjerommet. Bill snakker fritt og uimotsagt om sin forakt for Patricia Hearst og overklassen. På denne måten går Toobin ganske langt i å validere den venstreradikale og voldelige retorikken til SLA og forsterker etter min mening de negative stereotypiene som finnes om «rike mennesker».

MODIGE STEMMER

Patricia Hearst har ikke før inntil nylig villet uttale seg offentlig om dokumentaren, men brukte stemmen sin etter å ha blitt inspirert av kvinnene på Golden Globe som beskrev #MeToo-bevegelsen, og Hearst forteller i et intervju med Deadline 11. januar 2018:

Det er ingen hemmelighet at jeg ble bortført, voldtatt og torturert som 19-åring. Og at dagene som fulgte, var en serie med hendelser som resulterte i at et barn blir fullstendig knust psykisk og fysisk.

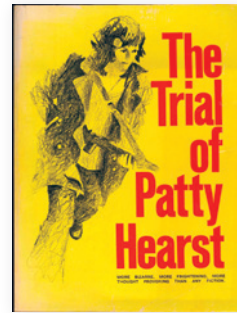
Patricia Hearst poengterte at hun har gitt mange intervjuer og skrevet en bok for å diskutere saken hennes. Men hun påpekte at når hun gjør dette, blir hun retraumatisert og satt tilbake til et mareritt som var dypt smertefullt for henne. I intervjuet med Deadline gir hun også en klar og tydelig beskjed til Jeffrey Toobin og TV-selskapene: Hun nekter å gi dem makten til å gjøre henne til et offer nok en gang. Hun nekter dem å skape en plattform der det å legge skyld over på offeret blir normalisert, og der hennes traumehistorie blir fordreid til å se ut som et romantisk eventyr.

HVEM VAR HUN FØR HUN BLE KIDNAPPET?

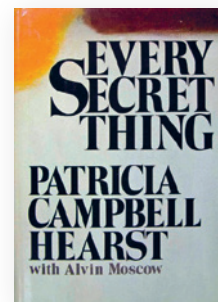
Rettssakkyndige som ble kalt inn av forsvaret under rettssaken i 1976, var psykiaterne dr. Louis West, dr. Robert J. Lifton, dr. Martin Orne og psykologen Margaret Singer. Alle forkjempere for menneskerettigheter og med tvingende påvirkning som spesialfelt.

Psykolog Singer utførte de psykologiske testerne og beskrev hvordan hennes håndskrift som «Tania» ikke lignet håndskriften til Patricia, og hun analyserte også stemmen under båndopptakene og forklarte hvordan dette ikke var en spontan eller normal kommunikasjon. Hennes språk liknet mer på stemmen til Angela Atwood, et annet kvinnelig medlem av SLA, enn på hennes egen.

Dr. West beskrev Patricias tidligere mentale tilstand som typisk for ungdommer på hennes alder og med hennes bakgrunn. Før kidnappingen hadde hun vært forlovet og hatt et respektabelt liv som student.



BOK *The Trial of Patty Hearst*
FORFATTER Carolyn Anspacher
FORLAG The Great Fidelity Press
ÅR 1976
SIDER 738



BOK *Every secret thing*
FORFATTER Patricia Hearst og Alvin Moscow
FORLAG Doubleday
ÅR 1981
SIDER 466



BOK *AMERICAN HEIRESS: The Wild Saga of the Kidnapping, Crimes and Trial of Patty Hearst*
FORFATTER Jeffrey Toobin
FORLAG Anchor Books
ÅR 2017
SIDER 480

»



MUGSHOT Etter at Hearst ble arrestert – og under rettssaken – handlet mye om følgende spørsmål: Lot Hearst seg radikaliseres frivillig eller tok hun sine valg på grunn av et sterkt ytre press? Foto: Magnolia Pictures / Courtesy: Everett Collection

”

Å identifisere seg med overgriperne kan ha vært hennes eneste mekanisme for å overleve

Å identifisere seg med overgriperne kan ha vært hennes eneste mekanisme for å overleve. Som en hjelpeløs fange ender det med en sammensmeltning av ideene til en terroristgruppe, og hun gjør ting hun ellers aldri ville ha gjort.

Louis West diagnostiserte Patricia med en traumatisk nevrose med dissosiative trekk. Han mente at Patricia kunne gjøre en sunn tilpasning til det normale livet avhengig av hvor godt hun ble behandlet av familie, venner, leger og antagelig domstolene.

HVA ER TVINGENDE PÅVIRKNING?

Under rettssaken blir Robert J. Lifton bedt om å forklare prosessen med tvingende påvirkning, «coercive persuasion». Både West og Lifton hadde tidligere oppdaget at de amerikanske pilotene som satt i kinesiske fangeleirer under Koreakrigen, hadde utviklet falsk hukommelse fordi de hadde blitt utsatt for en helt bestemt type stress. Jeg sammenfatter hans omfattende vitnesbyrd, hentet fra *The Trial of Patty Hearst* (s. 317):

Lifton beskriver detaljert hvordan anklagende intervjueteknikker er en del av det følelsesmessige angrepet på personens selvforståelse og identitet. Det innebar kritikk av det en person er mest stolt av, samt fysiske og psykologisk ydmykkelser. Under isolasjon begynner

fanger å føle seg dehumanisert, helt uten å ha kontroll på sin skjebne. En tredje prosess som er helt essensiell for tvingende påvirkning, er manipulasjon av skyldfølelse og skam. Det er offerets skyld at situasjonen er som den er. Lifton forklarer at hvis du blir fortalt dette ofte nok med dødstrusler hengende over hodet, så begynner du å tro det selv. Alle former for tvingende påvirkning har en måte å dra tilståelser og innrømmelser ut av offeret på. Det kan være i form av et skriftlig dokument, eller det kan være gjennom et lydband, slik det var for Patricia. Innrømmelsesfasen følger direkte av anklagen om skyld. I en slik prosess er det svært viktig å få offeret til å bedra seg selv, sin gruppetilhørighet, sine venner, sitt land. Resultatet er at personen som opplever en slik prosess, føler seg avsondret fra sine tidligere røtter, identitet og ute av stand til å vende tilbake.

MODERNE DIAGNOSER

Toobin tror ikke på at Patricia Hearst var «tvunget», og han forstår ikke identitetsforvirringen de sakyndige forsøker å beskrive. Han sier stolt at han ikke bruker ordet «stockholmsyndromet» eller «hjernevask», fordi det er begreper skapt av journalister. De er ikke å regne som medisinske diagnoser, sier han. Det er jo i en viss forstand riktig, men det var heller ikke disse begrepene

de sakkyndige brukte. Her blir hans narrativ villedende. Den identitetsforvirringen vi er vitne til hos Patricia/«Tania», er faktisk en diagnose. I DSM-5 (APA, 2013) ble det innført en ny kategori for et slikt komplekst symptombilde; dissosiativ lidelse som ikke er spesifisert andre steder. Diagnosesystemet gjør det klart under paragraf 300.15 punkt 2 (2013):

Identitetsforvirring etter intens og tvingende påvirkning: Individuer som har blitt utsatt for intens og tvingende påvirkning (eksempler er, hjernevask, tankereform, indoktrinering under fangenskap, tortur, rekruttering av sekter/kulter eller terror organisasjoner) kan skape en vedvarende endring eller bevisst forvirring rundt egen identitet.

Forvandlingen fra en ung student til en «urban gerilja» kan være en dissosiativ lidelse, og ikke et ungdomsopprør eller noe romantisk. Dissosiativ lidelse betyr at vi ikke er oss selv, ikke er i kontakt med kroppens naturlige følelser. En dissosiasjon er kjernen i det vi kaller traumer. Identitetsforvirringen de opplever, er ikke bevisste forsøk på å ape etter noen de ser opp til, men et forsøk på å beskytte seg mot en overgriper.

Mange kjenner denne mekanismen som en identifikasjon med overgriper, populært kalt stockholmsyndromet. Traumer er svært merkelige fenomener, samtidig som de også er et fantastisk forsvar som kroppen har. Alle har vi en medfødt evne til dissosiasjon, et psykisk forsvar ved ekstreme hendelser som oppleves som livstruende.

NORMALE REAKSJONER

I diskusjonen om radikalisererte er det viktig at vi klarer å ha flere tanker i hodet samtidig. Noen har hatt en mer ideologisk og frivillig overbevisning, mens andre, slik som Patricia Hearst, ble overbevist under svært tvingende og traumatisk stressende påvirkning. Disse to forklaringsmodellene er ikke bare av akademisk interesse, men de er dypt viktige for både dem det gjelder, og for samfunnet generelt. Seriøse problemer kan oppstå dersom vi feiltolker andres atferd. Mange rettssaker avgjøres av det grunnleggende spørsmålet om attribusjon. Det blir helt sentralt i vurderingen av både skyld og straff. I den kjente rettssaken om Knutby-pastor Helge Fossmo og hans forhold til den medtil-

talte barnepiken Sara Svensson ble det beskrevet hvordan Fossmo steg for steg skal ha hjernevasket Svensson, slik at hun til slutt var i stand til å drepe Fossmos kone, Alexandra Fossmo, og å skadeskyte naboen Daniel Linde. At forklaringsmodellen og attribusjonen ble lagt til den radikale situasjonen, og at Sara Svensson ble hjernevasket, var også politiets hovedteori. Sara Svensson ble dømt til tvungent psykisk helsevern.

I Patricias situasjon vet vi overraskende mye om hva som skjedde med henne, det er også en grunn til at historien er så relevant for dagens debatt om radikalisererte. Fascinasjonen for historien ligger i spørsmålene omkring informert samtykke, sårbarhet, identitetsdannelse og ikke minst frykten for at dette kan skje med nesten hvem som helst. Mekanismene i slike prosesser blir ofte holdt skjult på grunn av traumer, skam og stigmatisering, noe som gjør historiene vanskelig tilgjengelig for ettertiden. Det tok 16 år før Sara Svensson åpnet opp om sin historie, som vi nå kan se i dokumentaren «Drap i Knutby».

Jeg har lest Patricia Hearsts bok. Jeg har lest hva rettssakkyndige sa, og satt meg inn i Toobins kritikk. Han sier ikke direkte at han vet bedre enn fagfolk, men han sier det indirekte ved å usynliggjøre deres forskning og ved å latterliggjøre «stockholmsyndromet». Han har større tro på seg selv og ideen om det rasjonelle mennesket.

Ut fra psykologisk teori omkring vold i nære relasjoner og det vi vet av liknende erfaringer beskrevet over, mener jeg Hearsts fortelling er mer overbevisende enn overgripernes. Dersom hun har blitt utnyttet ved hjelp av vold, trusler, misbruk av sårbar situasjon eller annen utilbørlig adferd, er hun per definisjon et offer for en kriminell handling. Dette kommer klart frem i artikkel 3b i FN's protokoll mot menneskehandel. Min konklusjon er dermed at Patricia Hearst hadde normale reaksjoner under svært radikale situasjoner. ✘

REFERANSER

- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5 (5. utg.)*. American Psychiatric Association.
- Anspacher, Carolyn (1976). *The Trial of Patty Hearst*. The Great Fidelity Press.
- Evans, G. (2018, 11. januar). Patricia Hearst Slams Upcoming James Mangold Biopic & CNN Doc Series: «Romanticizing My Torture And Rape». Hentet fra <https://deadline.com/2018/01/patricia-hearst-jeffrey-toobin-james-mangold-cnn-1202241025/>
- Hearst, Patricia & Moscow, Alvin (1981). *Every Secret Thing*. New York: Doubleday.
- Johansson, Ulf. (2020) *Drap i Knutby* [TV-program]. Hentet fra <https://tv.nrk.no/serie/drap-i-knutby/sesong/1/episode/1/avspiller>
- Kondelis, Pat (2018) *The Radical Story of Patty Hearst*. [TV-program]. Hentet fra <https://tv.nrk.no/serie/mysteriet-patty-hearst>
- Politiet. (2020, 10. oktober) Hva er menneskehandel? Hentet fra <https://www.politiet.no/rad/menneskehandel/hva-er-menneskehandel/>
- Toobin, Jeffrey (2017). *American Heiress: The Wild Saga of the Kidnapping, Crimes and Trial of Patty Hearst*. Anchor Books.

Klassisk psykologi oppdatert

Forfatterne lykkes med å integrere den historiske og moderne forståelsen av tilknytningsfeltet.



BOK *Barn og relasjonsbrudd. Bind 1. Makroseparasjoner. Tilknytningsbasert forståelse, utredning og behandlingstiltak*

FORFATTER Lars Smith, Ida Brandtzæg og Stig Thorsteinson

ÅR 2019

FORLAG Fagbokforlaget

SIDER 177



BOK *Barn og relasjonsbrudd. Bind 2. Mikro-separasjoner. Tilknytningsbasert forståelse, utredning og behandlingstiltak*

FORFATTER Lars Smith, Ida Brandtzæg og Stig Thorsteinson

ÅR 2019

FORLAG Fagbokforlaget

SIDER 367

FAGBOKFORLAGET HAR GITT UT to bind under tittelen *Barn og relasjonsbrudd* av forfatterne Lars Smith, Ida Brandtzæg og Stig Thorsteinson. Bind I (177 sider) har mellomtittelen «Makroseparasjoner» og er en revisjon av en tidligere utgave av Lars Smith. Bind II er nytt og har 367 sider. Det har mellomtittelen «Mikro-separasjoner». Begge bind har undertittelen «Tilknytningsbasert forståelse, utredning og behandlingstiltak.»

Begrepene mikro og makro fungerer som samlebetegnelse for henholdsvis hverdagslige samspill og mer gjennomgripende separasjoner, som adopsjon og fosterhjem. Til sammen bidrar disse to bøkene til en forbedret innsikt i tilknytning og relasjonsbrudd i tidlig barndom.

PROBLEMORIENTERING

Alle mennesker er knyttet til andre gjennom relasjoner hele livet. Den aller første utvikles mellom et nyfødt barn og omsorgsgiver. Gjennomgangstema i bøkene er nettopp denne første relasjonen i tidlige barndomsår.

Bind II er skrevet av klinikere, og stoffet preges derfor av klinisk tenkning og omtale av alvorlige symptomer, avvik, brudd og separasjoner. Dette bindet er derfor godt egnet for alle som jobber med alvorlige avvik hos små barn og omsorgsgivere, og bidrar med ny og moderne kunnskap til bruk i daglig arbeid. Begge bind er rettet mot avvik og har en gjennomgående problemorientering. De er følgelig i liten grad skrevet ut fra et perspektiv på resiliens og beskyttelsesfaktorer (Borge, 2018). Problemperspektivet som er valgt, understøttes i valg av titlene med begrepene relasjonsbrudd og separasjoner. Men innholdet om avvik og lidelser balanseres med gode kapitler om begreper, metoder, utredning og tiltak.

Bind II har tre deler med til sammen 13 kapitler. Del 1 består av fem kapitler om begreper, mentalisering, desorganisert tilknytning og rolleforvirring. Del 2 omhandler utredning, behandling og intervensjoner fordelt på seks kapitler, og siste del i boka er kort med en oppsummering av tilknytningspsykologien i et kulturelt og samfunnmessig perspektiv.

Begge bind omtaler mye historikk. Det er etter min mening for mange gamle referanser på bekostning av ny forskning og litteratur. På den annen side dokumenterer de mange gamle referansene at begrepet tilknytning har eksistert i psykologisk litteratur i over 70 år. Lars Smith understreker også at dersom leseren først leser bind I og deretter bind II, vil man få en forståelse for den bevegelse som har funnet sted innenfor tilknytningspsykologien gjennom denne perioden.

Pioneren Bowlby og hans assistent Mary Ainsworth er svært hyppig omtalt i begge bind, og noen ganger kan det oppleves som gjentakelser. Den opprinnelige kategoriseringen av former for tilknytning er fortsatt



KNYTTET SAMMEN

Tobindsverket til Lars Smith, Ida Brandtzæg og Stig Torsteinson gir forbedret innsikt i tilknytning og relasjonsbrudd i tidlig barndom, mener vår anmelder. Foto: Heléne Grynfarb/NTB Scanpix

i bruk, om enn i noe nyanserte termer. I bind II gjøres det rede for ny kunnskap i feltet, som for eksempel indre arbeidsmodeller, sensitivitet, mentalisering, affektiv kommunikasjon og Circle of Security. Dette er viktige nye kapitler som kan fungere som oppslagsverk for nye begreper som man ofte hører om i dag, men som stort sett kun er omtalt i engelskspråklig litteratur. Nedenfor følger tre relevante anekdoter som utdyper denne 70 år lange bevegelsen av feltet og illustrerer samtidig sentrale faglige utfordringer som tas opp i bøkene.

PSYKOLOGI I SIN SAMTID

I 1943 lanserte Leo Kanner begrepet (infantil) autisme, og året etter publiserte John Bowlby en artikkel om de 44 innsatte i fengsel, og som ofte omtales som «tyvene», og deres antatt manglende følelsesmessige omsorg i tidlig barndom. Dette kan man lese om i Kanners tredje utgave av *Child Psychiatry* fra 1957, som først utkom i 1935. Datidens publikasjoner fra 1920- og 30-åra om *Child Guidance Clinics*, *Elementary Socialism*, *Insecurity*, *Separation Anxiety* og *Role of the Parents* inspirerte datidens unge forskere, inkludert Bowlby. I dag, 77 år senere, vet alle at det opprinnelige autismebegrepet fra Kanner ses på som en liten bit i et større spektrum av ulike tilstander, dimen-

sjoner, alvorlighetsgrader, måleinstrumenter og utredningsmetoder («autism spectrum disorder»). «Attachment»-begrepet og det som på norsk kalles tilknytningspsykologien, har kanskje på samme måte gjennomgått en tilsvarende bevegelse og utvidelse. Det er derfor interessant at det er et mål for dette bokprosjektet å bidra til å formidle denne utviklingen. Imidlertid benevnes ikke tilknytning like ofte som en del av et spektrum, selv om forskere i Storbritannia har argumentert for det. Bøkene illustrerer flere klare paralleller i utviklingen av begrepet tilknytning, som i begrepet autisme.

MODERNISERTE VERKTØY

Den andre anekdoten illustrerer hvordan faglige nyvinninger har forandret forståelse og inspirert til nye metoder for å observere og måle barns tidlige relasjoner. I 1979 var Urie Bronfenbrenner president i den amerikanske psykologforening. I en tale som president utfordret han sine kolleger til å forstå barns utvikling på en bedre måte enn det man vanligvis gjorde, ved det han kalte «å observere et lite barn alene i et fremmed rom med en fremmed person». Han tok til orde for å forstå konteksten et lite barn utvikler seg i. Siden den gang har tilknytningspsykologisk utredning og behandling blitt betydelig utvidet og mer sammensatt, noe man



Til sammen bidrar disse to bøkene til en forbedret innsikt i tilknytning og relasjonsbrudd i tidlig barndom



kan lese om i disse to bøkene. For eksempel, i kapittel 11 i bind II, beskrives flere tilknytningsbaserte intervensjoner som supplerer observasjoner av et barn alene i et fremmed rom, med observasjoner foretatt i sosiale situasjoner som hjemme eller i en barnehagekontekst.

HVEM ER OMSORGS GIVER?

Den tredje anekdoten har kanadiske kolleger fortalt meg. Den forklarer noe av Bowlbys sterke innflytelse og kampen for å utvide mor–barn-relasjonen til omsorgsgiver–barn-relasjonen, noe bind II understreker i innledningen. I 1948, etter verdenskrigen som hadde ødelagt mange barn og familier, engasjerte WHO to forskere, hvorav en var Bowlby, til å utrede henholdsvis «Maternal Care and Mental Health» og «Genocide Prevention». Det var internasjonalt sett et svært aktuelle tema etter de alvorlige hendelsene under andre verdenskrig. Dessverre omkom forskeren som skulle utrede forebygging. Dermed fikk Bowlby mye av oppmerksomheten. Det kan kanskje være med på å forklare noe av dominansen tilknytningsteorien fikk om mødre og barn. Men publikasjoner på 1960-tallet dokumenterte at enkemenn med omsorg for småbarn også fungerte utmerket som tilknytningspersoner, ikke bare mødre. Begrepet omsorgsgivere ble derfor lansert. Hvor godt man har lyktes med å «likestille» omsorgsgiverne i tidlig tilknytning, kan man fortsatt diskutere.

Oppsummert kan man trygt si at bøkene gir en aktuell oppdatering av tilknytningspsykologien. Innholdet holder tak i den historiske tråden og bevegelsen i feltet, samtidig som moderne forståelse ivaretas. ✘

REFERANSER

- Borge, A.I.H. (2018). *Resiliens – risiko og sunn utvikling*. 3.utgave. Gyldendal.
- Bronfenbrenner, U. (1979). Contexts of child rearing: Problems and prospects. *American Psychologist*, 34(10), 844–850.
- Kanner, L. (1957). *Child Psychiatry. Third Edition, First Printing*. Blackwell Scientific Publications.

KLASSIKEREN



I det kliniske arbeidet har jeg skjønt kraften som ligger i å finne mening

Viktor Frankl: *Vilje til mening* (1969)

Da jeg var student, forsøkte jeg å finne mening. Mening i hvordan mennesket fremstod i den mangfoldige faglitteraturen. Ut fra hvilke betingelser utvikler og endrer mennesket seg? I mye faglitteratur er menneskesynet implisitt. Eksistensielle spørsmål om frihet, mening og ansvar blir i liten grad reflektert rundt i psykologien som vitenskap. Men vår forståelse av *menneskets natur* er ikke uvesentlig for de valg vi gjør av behandlingstilnærminger.

Jeg ble fasinert av Frankls betraktninger om mennesket som genuint *meningssøkende*, og hvordan både vår *vilje* og *frihet* i denne prosessen kan overskride de betingelsene vi lever under. For selv om betingelsene kan være gitt, har vi muligheten til å velge *hvordan* vi skal forholde oss til dem, evnen til transendens i motsetning til determinisme.

Frankl refererer til Nietzsche, som sier at «den som vet *hvorfor*, kan tåle et hvilket som helst *hvordan*». Dette blir en «kopernikansk vending» i spørsmålet om livets mening. Det er ikke du som skal stille spørsmålet om meningen med livet, men det er livet som stiller deg spørsmålet om meningen med ditt liv.

I det kliniske arbeidet har jeg skjønt kraften som ligger i å finne mening, også i det som kan oppleves som meningsløst. For eksempel hos sterkt traumatiserte mennesker kan meningsaspektet være med på å gi egen lidelse en større betydning. For noen kan det for eksempel være meningsfullt å dele egne erfaringer hvis det kan bidra til større forståelse hos fagpersoner, og gi håp om bedring og økt verdighet til andre som har lignende opplevelser. Å finne denne *Viljen til Mening* i terapeutiske prosesser opplever jeg som frigjørende, skapende – og livskraftig. Perspektivet inviterer også til en fenomenologisk tilnærming, med respekt for klientens livsverden i søken mot mening.

Øyvind Støylen er psykologspesialist i avtalepraksis i Ålesund. Han utfordrer Geirmunn Sletten til å ta stafettpippen videre.

Variert om vold

Boken gir faglig påfyll for alle som har interesse for vold i nære relasjoner, men dekker ikke hele feltet.

VOLD I NÆRE RELASJONER er en antologi bestående av 15 kapitler skrevet av til sammen 21 forfattere, alle med solid erfaring fra arbeid med vold i nære relasjoner. Forfatterne har ulik fagbakgrunn, noen er forskere, andre klinikere og noen begge deler.

Boka demonstrerer både styrkene og svakhetene ved en antologi. Kapitlene er velskrevne med interessante temaer, og bærer preg av at forfatterne har skrevet om aspekter ved vold i nære relasjoner der de er spesielt engasjert. Svakheten blir at feltet som helhet ikke dekkes godt nok, i tillegg til at jeg savner flere sentrale temaer. For eksempel er det et kapittel om mennesker med kognitive funksjonsnedsettelse og problematisk eller skadelig seksuell atferd, men ingen andre kapitler som omhandler utøvere av vold spesielt. Videre er det to kapitler som omhandler familievernet, mens krisesentertilbudet ikke er selvstendig beskrevet. Det er imidlertid gitt plass til nyere problemstillinger og til mindre omtalte temaer, som digital vold i ungdommers nære relasjoner, vold i samiske samfunn og konflikt og forsoning ved seksuelle overgrep. Boka oppleves derfor som aktuell for de som har jobbet en stund i feltet.

VARIERENDE KUNNSKAPSGRUNNLAG

Kapitlene har også ulikt kunnskapsgrunnlag og varierende dokumentasjon av påstander. Noen kapitler, for eksempel det om ungdommers digitale vold av Carolina Øverlien og kapitlet om partnerdrap av Solveig Karin Bø Vatnar, er basert på egen forskning. Andre gir en oversikt over forskning på feltet, mens atter andre er erfaringsbaserte. Dette er ikke nødvendigvis et problem, så lenge det kommer klart frem hva premissene i de enkelte kapitlene er, men jeg savner at dette tas opp innledningsvis av redaktørene, og at det redegjøres

for på en systematisk måte. Spesielt mangler det dokumentasjon på anvendbarhet og effekt der det blir foreslått terapeutiske tilnærminger. Tydeligst kommer dette frem i kapitlet om æresrelatert vold av Elisabeth Harnes. Første del av kapitlet gir en god oversikt over problemområdet basert på forskning og kunnskap fra både inn- og utland. I siste del blir narrativ terapi foreslått som arbeidsform i møte med klienter berørt av æresrelatert vold. Her beskrives metoden grundig over ti sider, men uten at det oppgis kilder som underbygger verken effekt eller anvendbarhet utover forfatterens egne erfaringer. Jeg likte allikevel godt kapitlet «Stress- og avmaktsbevisst omsorg» av Ole Greger Lillevik. Her skrives det klokt om hvordan ungdom i skjæringspunktet mellom barnevernet og psykisk helsevern preges av livsbelastninger utover voldserfaringer, og hvordan dette er et viktig aspekt i miljøterapi. Men jeg savner hva som er kunnskapsbaserte terapeutiske tilnærminger til posttraumatiske reaksjoner der dette er nødvendig.

OVERSIKT OG NYE ASPEKTER

Bruk av sitater bryter opp teksten og gjør problemstillingene mer levende. For øvrig er det ingen figurer i boka før en kommer til side 295. Tabeller, figurer og illustrasjoner fremstår derfor som en ubrukt mulighet for å gjøre boka mer lettlest, og for å fremheve hovedpoeng.

Målgruppen som er oppgitt, favner fra studenter til forskere samt ansatte i tjenesteapparatet. Dette gjør det vanskelig å vurdere nytten når det gjelder målgruppen. Det som er sikkert, er at det første kapitlet er en god gjennomgang av hva fagfeltet vold i nære relasjoner inneholder i dag, og egner seg godt som en grunninnføring i feltet. Andre kapitler vil være for mer spesielt interesserte. ✘



BOK *Vold i nære relasjoner. Diskurser og fenomenforståelse*

REDAKTØRER

Ole Greger Lillevik,
Jens Severin
Salamonsen og
Inger Nordhaug

FORLAG Gyldendal

ÅR 2019

SIDER 326

ANMELDT AV

Mia Cathrine Myhre,
barnelege og
seniorforsker ved
Nasjonalt kunnskaps-
senter om vold og
traumatisk stress

LIVSKOMPASS

ACT – takle stress og fremme helse

Bli kursholder i en evidensbasert metode for å styrke psykisk helse og velbefinnende, Acceptance & Commitment Therapy.

Vitenskapelige studier viser at kurset blant annet reduserer stress, depressivitet, angst og fremmer mental helse.

Du får en 300 siders manual, fire dagers utdanning, powerpoint-presentasjoner, filmer, samtalekort, ACT-online og andre materialer for å holde et variert og engasjerende kurs.

Start 24. mars, online

Mer informasjon: www.livskompass.se/norge/



Kurs i EMDR

Eye Movement Desensitization and Reprocessing

Grunnutdanning i EMDR

Finn oppdatert om kommende EMDR-kurs ved fysisk oppmøte eller online på www.emdrutdanning.no

Kursholder: Psykolog Bjørn Aasen, EMDR Europe Approved Trainer

Ønsker du å annonsere i Psykologtidsskriftet?

Neste utgivelse er **1. februar**, frist for å bestille annonse til februar-utgaven er **18. januar**

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



Utdanning i psykoanalyse ved Norsk psykoanalytisk institutt

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

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

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

Interesserte kan henvende seg til instituttets sekretariat for ytterligere informasjon. Se også instituttets hjemmeside, www.psykoanalyse.no. Informasjon om fremtidig økonomisk støtte fra tilskuddordningen vil bli oppdatert på hjemmesiden.

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

Norsk psykoanalytisk institutt, Fr. Nansens vei, 17, 0369 OSLO
tlf. 22 60 58 20, e-post: post@psykoanalyse.no

Søknadsfrist: 1. mars 2021

Følg Tidsskrift for
Norsk psykologforening på

facebook



Hold
av datoene!
27.-29.
april

Digital konferanse

Diabetesforum 2021

Konferansen er utviklet i samarbeid med Norges ledende eksperter innen diabetesbehandling og diabetesforskning. Konferansen er digital og består av to deler:

- **Forskningsforum (27.-28. april)** presenterer banebrytende diabetesforskning av ledende forskere.
- **Fagforum (28.-29. april)** gir deg nyttig og oppdatert informasjon om diabetesbehandling.

Konferansen er en unik tverrfaglig møteplass for helsepersonell og forskere som er opptatt av å gjøre hverdagen bedre for mennesker med diabetes.

Det vil bli søkt tellende timer og emnekurs for leger.
Se diabetes.no/diabetesforum2021 for mer informasjon.



Tre gode grunner til å delta på Diabetesforum 2021

- Bli oppdatert på det aller siste innen diabetesbehandling.
- Øk din kompetanse om en voksende samfunnsutfordring.
- Få siste nytt innen diabetesforskning.



Helsedirektoratet

diabetesforbundet



Kunnskap for en bedre verden

Ved Institutt for psykologi er det ledige stillinger innen klinisk barne- og ungdomspsykologi:

Førsteamanuensis i klinisk barne- og ungdomspsykologi Professor i klinisk barne- og ungdomspsykologi

Nærmere opplysninger om stillingene fås ved å kontakte instituttleder Ute Gabriel, tlf. 73 59 17 78 eller e-post ute.gabriel@ntnu.no

Nærmere opplysninger om søknadsprosessen kan fås ved henvendelse til HR-seksjonen ved Kirsten Sjolte, tlf. 73 55 94 76 eller e-post kirsten.sjolte@ntnu.no

Søknadsfrist: 26.01.2021

Se fullstendige utlysningstekster på

<https://www.jobbnorge.no/ledige-stillinger/stilling/197711/foersteamanuensis-i-klinisk-barne-og-ungdomspsykologi>

<https://www.jobbnorge.no/ledige-stillinger/stilling/197705/professor-i-klinisk-barne-og-ungdomspsykologi>

**Helse Sør-Øst RHF
søker:**



Ledig 100 % avtalehjemmel i klinisk voksenpsykologi lokalisert til Gjøvik

Nærmere opplysninger:

spesialrådgiver Kari Iren Austad Borge, enhet for psykisk helsevern og rusbehandling, e-post Kari.Iren.Austad.Borge@helse-sorost.no eller telefon 02411.

Fullstendig stillingsannonse og elektronisk søknadsskjema: helse-sorost.no/ledigstilling

Søknadsfrist: 25. januar 2021

HELSE  SØR-ØST



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




Barne-, ungdoms- og familieetaten - Region øst

Familievernkontoret Innlandet Vest har ledig:

Lederstilling med mening

Familievernkontoret Innlandet er nå delt inn i to selvstendige enheter, og fra 1. august 2021 er Familievernkontoret Innlandet Vest etablert.

Kontoret gir hjelp til familier i krise eller konflikt og utfører lovpålagte meklingsoppgaver. Vi trenger deg som er erfaren og trygg i lederrollen. Du leder best sammen med engasjerte og dyktige terapeuter og vil bidra til videreutvikling av Familievernkontoret Innlandet Vest. Vi skal være et sted med lokal forankring som familier oppsøker for hjelp med sine relasjonsvansker.

Har du spørsmål til stillingen? Ta kontakt med avdelingsdirektør Lena Holm Berndtsson på e-post: lena.holm.berndtsson@bufetat.no eller på telefon 433 17 008.

Søknadsfrist 17.01.2021.

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




Barne-, ungdoms- og familieetaten - Region sør

MST i Agder – region sør har ledig:

Fast 100% stilling som MST-terapeut

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

MST er en evidensbasert metode utviklet i USA og implementeringen i Norge ledes av NUBU, datterselskap av NORCE. I region Sør drives det totalt seks MST-team. Teamet består av inntil fire terapeuter og en veileder som er faglig og administrativ leder av teamet. Behandlingen er tilgjengelig hele døgnet, 7 dager i uka. Stillingen innebærer selvstendig arbeid, fleksibel arbeidstid og kontinuerlig faglig utvikling gjennom ukentlig veiledning og regelmessige fagseminarer.

Søknadsfrist 11.01.2021.

Se fullstendig utlysning og søk på bufdir.no

Skal du flytte eller bytte arbeidssted?



Registrer ny adresse på
www.psykologforeningen.no
Min medlemsside
eller send e-post til
medlemsservice@psykologforeningen.no

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](http://www.psykologtidsskriftet.no/Stillingsannonser)

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

PSYKOLOGTIDSSKRIFTETS MATERIELLFRISTER OG ANNONSEPRISER 2021

SPESIALPLASSERING:

1/1 side 4 farger plassert på 3. omslagside kr 19 500.

KURSANNONSER/RUBRIKANNONSER:

Kurs, utleie av lokaler m.v. kr 24 per sp.mm.

Fargetillegg kr 11,50 per sp.mm.

Priseksempel for en 1/4 sides kursannonse i sort/

hvitt kr 2 760, samme format i farger kr 4 083.

SMÅANNONSER:

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

NETTANNONSER:

Pris for en stillingsannonse kun på nett er kr 9 600, pris for kursannonse kun på nett er kr 6 500. Nettannonserne har ingen frister, kan publiseres i løpet av kort tid, og ligger tilgjengelig i inntil en måned. For et tillegg på kr 4 500 kan kursannonser annonsert i Psykologtidsskriftet også oppføres på www.psykologforeningen.no under «Kurs og konferanser» og www.psykologtidsskriftet.no/Kurskalenderen.

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

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

Nr	Materiellfrist	Utgivelse
2	18.01	01.02
3	15.02	01.03
4	19.03	06.04

ANNONSEFORMATER

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

PRISER STILLINGSANNONSER/PROFILANNONSER:

Format	4 farger	Sort
1/1 side	17 900	16 300
1/2 side	13 900	12 300
1/4 side	11 900	9 950

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

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

Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) er et universitetssykehus som tilbyr befolkningen i den nordligste landsdel medisinsk spisskompetanse av høy kvalitet. Samtidig er UNN lokalsykehus for Troms og deler av Nordland. Foretaket har 6000 ansatte. Virksomheten skal bygge på kvalitet, trygghet, respekt og omsorg.

Senter for psykisk helse og rusbehandling Midt-Troms, Universitetssykehuset Nord-Norge HF

Psykologspesialist

søkes til voksenalderpsykiatrisk poliklinikk i Midt-Troms - vi tilbyr 100.000,- kr i rekrutteringstillegg!

Ved Senter for psykisk helse- og rusbehandling Midt-Troms søker vi etter en utviklingsorientert og kunnskapsrik psykologspesialist, eventuelt en psykolog. Arbeidsoppgavene vil primært være knyttet til Voksenalderpsykiatrisk poliklinikk, men det må påregnes oppgaver ved alle enheter i senteret. Vi søker deg som trives med å jobbe selvstendig, men samtidig jobber godt med andre. Stillingen omfatter veiledning av annet helsepersonell og studenter, utredning, diagnostisering og behandling av psykiske lidelser og ruslidelser.

Senter for Psykisk helse og rusbehandling Midt-Troms er lokalisert på Silsand i Senja kommune og Sjøvegan i Salangen kommune, og består av Voksenalderpsykiatrisk poliklinikk, Ambulant akutt-team og en døgnenhet med inntil 12 sengeplasser. Vi er samlokalisert med en barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk. Senteret er en seksjon i Psykisk helse- og rusklinikk med ca. 60 stillingshemler og gir spesialisthelsetjenester innen psykisk helse og rus til befolkningen i 8 Midt-Tromskommuner med til sammen ca 34.000 innbyggere.

Voksenalderpsykiatrisk poliklinikk består av en tverrfaglig personalgruppe med psykiater, LIS, høgskoleutdannede behandlere, psykologspesialister og psykologer. Poliklinikken tilbyr utredning og behandling for voksne personer med moderate og alvorlige psykiske lidelser og ruslidelser. Vi samarbeider med øvrige enheter på senteret, andre enheter i spesialisthelsetjenesten, og førstelinjen i pasientenes hjemkommune. En spennende virksomhet med mange interessante faglige utfordringer.

Senter for psykisk helse- og rus Midt-Troms har en fantastisk beliggenhet, både på Silsand og Sjøvegan. Området er kjent for sitt mangfold hva angår muligheter for storslåtte naturopplevelser. Her er det muligheter for fine fjellturer, panoramautsikt fra kajakk, toppturer og sykling i fantastiske omgivelser. I nærområdet ligger det også til rette for fartsfylte opplevelser i alpinanlegg og utfordringer i klatrevegg, for å nevne noen av mulighetene. Det er god tilgang på barnehager, skoler og videregående skoler.

Kontakt: Enhetsleder VOP Espen Falch-Nicolaisen, tlf. 77 75 47 00 - 54738 / e-post Espen.Falch-Nicolaisen@unn.no eller seksjonsleder Jorunn Lorentsen, tlf. 77 75 47 00 - 54709 / e-post jorunn.lorentsen@unn.no.

Søknadsfrist: 17.01.2021

Fullstendige annonsetekster, samt lenke til elektronisk søknadsskjema finnes på www.unn.no/jobb

Vi ønsker ikke kontakt med annonseselgere!



Psykologspesialist, vikariat 50 %

N.K.S. Kvamsgrindkollektivet er et ideelt AS som eies av Norske Kvinners Sanitetsforening, og har driftsavtale med Helse Midt-Norge RHF.

Vi tilbyr spesialisert døgnbehandling for pasienter med rus- og psykiske lidelser (ROP) i alderen 18–28 år. Behandlingstid er 6–12 måneder i døgnavdeling, før poliklinisk oppfølging/behandling i inntil 12 måneder. Enheten har implementert nasjonale pakkeforløp.

Psykologgruppen ved Kvamsgrind består av 4 psykologer, 2 psykologspesialister og 2 psykologer i spesialisering. Det pågår 2 forskningsprosjekter i avdelingen innen digital helse i samarbeid med NTNU. Vikariatet er for spesialist i kombinert PhD-løp i 2 år.

Denne stillingen passer bra å kombinere med forsknings- og annen klinisk praksis. Annen stillingsprosent kan diskuteres og det kan være mulighet for fleksibel arbeidstid med mulighet for dag-/ettermiddagsjobbing.

Stillingen innebærer:

- Utredning av rus-, psykiske lidelser og nevrokognitiv funksjon
- Psykologisk gruppe- og individualbehandling
- Ledelse av tverrfaglig behandlingsteam
- Veiledning, rådgivning og undervisning

Krav til kompetanse og ønskede kvalifikasjoner:

- Psykolog med godkjent klinisk spesialitet, gjerne rus- og avhengighetspsykologi, evt. psykolog med kort tid til godkjent spesialitet
- Gjerne interesse og/eller erfaring med bruk av digitale løsninger for konsultasjoner, utredning og måling

Vi tilbyr:

- Konkurransedyktig lønn og godtgjørelser etter individuell avtale
- Fleksibel arbeidstid og mulighet for hjemmekontor
- Gode pensjons- og forsikringsordninger
- Dekning av vedlikeholdsaktiviteter for spesialist

Tilsetting etter avtale, ønskelig med oppstart i april 2021.

Kontakt: Kontaktpersoner for stillingen er avdelingsleder/psykologspesialist,

Anders D. F. Lauvsnes, tlf. 73 82 54 10, og daglig leder Pia Bjordal, tlf. 472 93 069.

Søknad sendes med CV pr. e-post post@kvamsgrind.no. Vitnemål og attester fremlegges på forespørsel.

Søknadsfrist 31.01.2021

NORSK PSYKOLOGFORENING

SENTRALSTYRET

President

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

Visepresidenter

Rune Frøyland
rfroey@online.no
450 30 522

Arnhild Lauveng

913 17 162
post@arnhildlauveng.com

Medlemmer

Siri Næs
902 68 699
siri.naes@gmail.com

Hanne Indregard Lind
948 05 153
h_indregard@hotmail.com

Bjarte Bønes Bruntveit
909 98 052
bjartebruntveit@yahoo.no

Lars Asle Einarsen
951 41 036
lars.asle.einarsen@gmail.com

Britt Randi Hjartnes Schjødt
922 99 371
bibihj@gmail.com

Ingvild Gregersen
957 27 801
ingvildg@gmail.com

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

Studentrepresentanter

Morten Bremnes
478 38 693
bremnesmorten@gmail.com

Julie Bjerkvik
938 93 002
juliebjerkvik@gmail.com

Varamedlemmer

Jakob Støre-Valen
984 23 805
jakob@valen.cc

Alf Martin Eriksen
909 65 138
alfmeriksen@gmail.com

LOKALAVDELINGER

Akershus

Joan Sigrun Nygard
joan.sigrun.nygard@vestreviken.no
416 66 260

Aust-Agder

Janne Veer
Janne.Hammervold.Veer@sshf.no
452 14 480

Buskerud

Even Rognan
EVEROG@vestreviken.no
410 28 606

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

Eva Røv Eidset
eva.eidset@helse-mr.no
916 10 080

Nord-Trøndelag

Julie Valen
psyk.valen@gmail.com
924 90 532

Nordland

Iris Anette Söderholm
irisanette@gmail.com
909 34 857

Oppland

Iver Sørli Røhr
iversr@gmail.com
916 35 382

Oslo

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

Rogaland

Elise Constance Fodstad
ecgr@sus.no
930 07 971

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

Espen Nicolaisen
espennicolaisen@outlook.com
950 60 605

Vest-Agder

Ann Birgithe S. Eikhom
abseikhom@gmail.com
971 29 052

Vestfold

Anne-Kristin Imenes
anne.kristin.imenes@gmail.com
907 55 410

Østfold

Øyvind Nordhus
nordhus@me.com
911 61 779

FAGETISK RÅD

Maria Norheim, leder
Rådgivningstelefon
480 58 723, onsdager
kl 1500–1700

ANKEUTVALG FOR FAGETISKE KLAGESAKER

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

LØNNS- OG ARBEIDS- MARKEDSUTVALGET

Rune Frøyland, leder,
tlf. 450 30 522
Ingvild Gregersen,
nestleder, tlf. 957 27 801
Bjarte Bønes Bruntveit,
Spekter-helse, tlf. 909 98 052
Birgit Aanderaa, Spekter-
helse, tlf. 917 12 983
Inger Marie Andreassen,
KS, tlf. 924 28 703
Bjørn Arne Øvrebo, Stat,
tlf. 982 49 732
Helene Kindle-Skau, Virke/
HUK, tlf. 924 28 703
Grete Schau, Privatpraksis,
tlf. 909 19 372
Ingrid Grov Mannsverk,
Oslo kommune, tlf. 482 98 128

FORHANDLINGS- UTVALG FOR PRIVAT PRAKSIS

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

SPECIALITETSRADET

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

KVALITETSUTVALGET

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

FAGUTVALGENE

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

Barne- og ungdomspsykologi

Lars Ravn Øhlckers, leder,
e-post 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

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

KLIMAUTVALGET

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

FORSKNINGSPOLITISK UTVALG

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

MENNESKERETTIG-HETSUTVALGET

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

TESTPOLITISK UTVALG

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

YNGRE PSYKOLOGERS UTVALG

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

VALGKOMITEEN I NORSK PSYKOLOGFORENING

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

SEKRETARIATET

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

Administrasjonsavdeling

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

Forhandlingsavdeling

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

Fagpolitisk avdeling

Kim Edgar Karlsen,
fagsjef, e-post kim@
psykologforeningen.no
Aina Fraas Johansen,
nestleder, e-post aina.f.j@
psykologforeningen.no

Utdanningsavdeling

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

NORSK PSYKOLOGFORENING

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

For mer informasjon, se
www.psykologforeningen.no

TIDSSKRIFT FOR NORSK PSYKOLOGFORENING

Pb. 419 Sentrum, 0103 Oslo
Besøksadresse:
Grev Wedels plass 4

FAGLIGE MED-ARBEIDERE I PSYKOLOG-TIDSSKRIFTET

Trine Anstorp, Privatpraksis
Kjersti Arefjord,
Universitetet i Bergen
Eva Dalsgaard Axelsen,
Universitetet i Oslo
Henning Bang,
Universitetet i Oslo
Per-Einar Binder,
Universitetet i Bergen
Anne Inger Helmen Borge,
Universitetet i Oslo
Tim Brennen, Universitetet
i Oslo
William Brochs-Haukedal,
Norges handelshøyskole
Nikolai Czajkowski,
Universitetet i Oslo
Knut Dalen, Universitetet i
Bergen
Guðrun Dieserud, Nasjonalt
folkehelseinstitutt
Fanny Duckert,
Universitetet i Oslo
Atle Dyregrov, Senter for
krisepsykologi

Tor-Johan Ekeland,
Høgskulen i Volda
Ståle Einarsen,
Universitetet i Bergen
Hege R. Eriksen, Univer-
sitetetsforskning Bergen
Anders Martin Fjell,
Universitetet i Oslo
Magne Arve Flaten,
Universitetet i Tromsø
Rolf W. Gråwe, St. Olavs
hospital
Siri Erika Gullestad,
Universitetet i Oslo
Roger Hagen, Norges
teknisk-naturvitenskapelige
universitet
Odd E. Havik, Universitetet
i Bergen
Anthony Hawke, Familie-
vernkontoret i Stavanger
Asle Hoffart, Modum Bad
Arne Holte, Nasjonalt
folkehelseinstitutt
Hanne Haavind,
Universitetet i Oslo
Reidun Ingebretsen, Norsk
institutt for forskning om
oppvekst, velferd og aldring
Tine K. Jensen, Nasjonalt
kunnskapscenter om vold og
traumatisk stress
**Leif Edward Ottesen
Kennair**, Norges teknisk-
naturvitenskapelige
universitet
Stein Knardahl, Statens
arbeidsmiljøinstitutt
Gerd Kvale, Universitetet i
Bergen

Øyvind Kvello, Norges
teknisk-naturvitenskapelige
universitet
Kim Larsen, Sykehuset
Østfold
Arild Lian, Bredtvet
kompetansesenter
Gro Therese Lie,
Universitetet i Bergen
Astri J. Lundervold,
Universitetet i Bergen
June Ullevoldsæter Lystad,
Oslo Universitetssykehus
Svein Magnussen,
Universitetet i Oslo
Øyvind Lund Martinsen,
Handelshøyskolen BI
Willy-Tore Mørch,
Universitetet i Tromsø
Simon-Peter Neumer,
RBUP Øst og Sør, Oslo
Geir Høstmark Nielsen,
Universitetet i Bergen
Hans Nordahl, Norges
teknisk-naturvitenskapelige
universitet
Inger Hilde Nordhus,
Universitetet i Bergen
Terje Ogden, Nasjonalt
utviklingscenter for barn
og unge (NUBU)
Ståle Pallesen, Universitetet
i Bergen
Magne Raundalen, Senter
for krisepsykologi
Ivar Reinvang, Universitetet
i Oslo
Astrid M. Richardsen,
Handelshøyskolen BI
Jan H. Rosenvinge,
Universitetet i Tromsø

Bjørn Rishovd Rund,
Universitetet i Oslo
Frida Gullestad Rø,
Universitetet i Oslo
Michael Helge Rønnestad,
Universitetet i Oslo
Gro Mjeldheim Sandal,
Universitetet i Bergen
Per Øystein Saksvik,
Norges teknisk-naturviten-
skapelige universitet
Borrik Schjødt, Haukeland
universitetssykehus
Jan Skjerve, Universitetet i
Bergen
Ingunn Skre, Universitetet
i Tromsø
Arvid Skutle, Stiftelsen
Bergensklinikkene
Lars Smith, Nasjonalt
kompetansenettverk for
sped- og småbarns psykiske
helse
Håkan Sundberg,
Universitetet i Bergen
Frode Svartdal,
Universitetet i Tromsø
Nora Sveaass, Psykologisk
institutt, Universitetet i Oslo
Stephen von Tetzchner,
Universitetet i Oslo
Odd Arne Tjersland,
Universitetet i Oslo
Bente Træen, Universitetet
i Oslo
Merete Øie, Sykehuset
Innlandet HF
Simon Øverland,
Universitetet i Bergen

Til bidragsyterne: Faglige bidrag sendes i redigerbar, elektronisk form (word-format) til redaksjonen@psykologtidsskriftet.no. Filnavnet skal inkludere navn på førsteforfatter. Bare ferdigstilte tekster blir vurdert. Ved oversendelse må manus være i overensstemmelse med retningslinjer og lengdekrav (psykologtidsskriftet.no, se: *Skriv for oss*). «Faglig bidrag» oppgis som e-postens tittel. E-postens hoveddel skal innholde navn på artikkel og forfattere, sammendrag på inntil 150 ord, og det totale antall tegn i bidraget (inkl. mellomrom). Det bør komme fram om artikkelen passer som f.eks. fagbulletin (maks 15 000 tegn), fagartikkel (18 000–28 000/40 000 tegn), fagesay (maks 20 000 tegn), eller «fra praksis»-bidrag (maks 20 000 tegn). Avklar også om artikkelen bygger på en student- eller spesialistoppgave.

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

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

Frist for innlevering av annonser:
18.01, 15.02, 19.03, 19.04, 19.05, 18.06, 19.07,
19.08, 17.09, 18.10, 18.11



Holder *ganske* trygt for deg?

Holder det at det du leser er *nesten* sant?

Samfunnet preges av en overflod av informasjon, gjennom etablerte og nye kanaler. Fagpressens 216 medlemmer er alle spesialister på sine områder. Titler med kvalitetsstempelet Fagpressen forplikter seg til å bringe deg uavhengig og pålitelig innhold – underlagt Redaktørplakaten og Vær Varsom-plakaten. Dette gir kvalitetsjournalistikk, som bidrar til en konstruktiv samfunnsdebatt. Våre medier har 1,9 millioner* månedlige lesere på nett og nær 3,9 millioner** abonnenter og mottakere av papirutgaver.

Det er avgjørende for oss at det du leser er til å stole på.

Les mer om viktigheten av kvalitetsjournalistikk på fagpressen.no/palitelig



TEST
-O-
RAMA

ABC
©

Wechler Adult In

WA

PSYCHOLOG

RECONFIGURED
TESTS

CHEAP
TOOLS

MAKING
USER GUIDE
1/2
PRIS

BUY
ONE,
GET ONE
FREE

+