

TIDSSKRIFT FOR NORSK PSYKOLOGFORENING



# PSY KOL OGI

Vol.58 nr.03 2021

**Tryggere  
miljøterapeuter**

*Vitenskapelig artikkel*

Torkil Berge med fler:

**SKIKKET  
ELLER  
USKIKKET?**

*Fagessay*

**Per Are Løkke:  
Psykens teater**

*Inntrykk*

**Et forsvar for  
standardisert  
behandling**

*Meninger*

# PSY KOL OGI

Vol. 58 nr. 03 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

**Teknisk redaktør** Christian von Schack,

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

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

Øystein Helmiqstøl, 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 Øveraas Halvorsen, Cathrine Idsøe,

Pia Beate Pedersen og Martin Bystad

Denne utgaven ble godkjent til trykk 19.02.2021

**Omslagsillustrasjon** Marianne Gretteberg Engedal

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



# Til å lære av

**Hvis jeg skulle valgt** et ord for å beskrive denne utgaven av Psykologtidsskriftet, ville det være *veiledning*. I flere av artiklene blir ulike faglige utfordringer belyst på en informativ, lærerik og veiledende måte. Torkil Berge og kolleger skriver i «Veileder og portvokter» på side 172 om hvordan man i rollen som veileder forholder seg til skikkethet. Vurdering av skikkethet er en del av veilederkontrakten, som kan oppleves å stå i konflikt med de andre aspektene ved veilederrollen. Artikkelen gir en konkret rettleiding for håndtering av de sjeldne tilfeller der det oppstår en tvil relatert til skikkethet.

**Psykologer veileder imidlertid** ikke bare andre psykologer, men har blant annet i økende grad fått tildelt rollen som formidlere av kunnskap i barnevernet. I artikkelen «Det har egentlig vært en trygging» på side 189 kommer det frem at psykologer spiller en viktig rolle i å utvikle evidensbaserte retningslinjer for miljøterapi i barnevern. Det blir da et paradoks at få studier har sett på faktorer som fremmer kompetanseutvikling hos miljøterapeuter. Artikkelen omhandler Martine Dyran og kollegers undersøkelse av hvordan miljøterapeuter opplevde at et opplæringsprogram påvirket deres rolle og arbeid. Slike fenomenologiske innsikter har stor verdi for psykologer som påtar seg opplærings- eller veiledningsoppgaver for andre faggrupper. Miljøterapeuter har relasjonskompetanse til felles med psykologer, men bruker mye mer tid på flere arenaer med sine brukere. Det er dermed ikke uten videre gitt at psykologfaglig kunnskap er nyttig for faggruppen.

**På samme måten som** at tverrfaglige ulikheter kan komme i blindsonen, kan huller i depresjonsvurderinger gjøre det. Helsedirektoratet anbefaler bruk av strukturerte kartleggingsverktøy ved vurdering av depresjon, men bruk av slike verktøy kan etterlate seg flere spørsmål som ikke besvares i manualen. I artikkelen «En innføring i depresjonsvurdering med PHQ-9» på side 177 presenterer Langkaas og kolleger en veiledning i bruk av PHQ-9 som går videre der manualen slutter: Verktøyets begrensninger i diagnostiske vurderinger, en algoritme for klinisk vurdering utledet fra ICD-10-kriterier, hvordan det kan brukes som tilbakemeldingsverktøy og hvordan tolke protokoller med uteblitte svar.

**Til slutt vil jeg** gjøre deg oppmerksom på Lene Walderhaugs innlegg «Standardisering har fremmet faget» på side 214, og invitere deg som leser til å reflektere – gjerne høyt – om hvordan du ser psykologrollen: kunstner eller håndverker? ✘



**Katharine Cecilia Williams**

Sjefredaktør  
katharine@  
psykologtidsskriftet.no



Hvis jeg skulle valgt et ord for å beskrive denne utgaven av Psykologtidsskriftet, ville det være *veiledning*

# 164



FOTO: NORA SKJERDINGSTAD

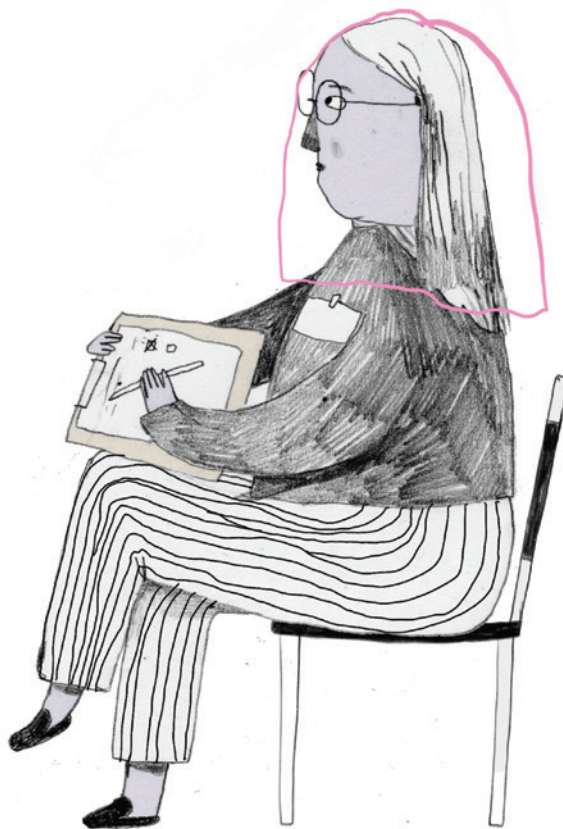
## VYER FØR VALGET

Psykologforeningens president ønsker flere psykologer inn i kommunalt barnevern.

NÅ

# 172

ILLUSTRASJON: MARIANNE GREITTEBERG ENGEDAL



## SKIKKET TIL YRKET?

Veilederen til psykologstudenten er støtteperson, lærer og mentor, men også evaluator og portvokter. Portvokterrollen er ofte den vanskeligste å ta på seg.

*Fagessay*



ILLUSTRASJON: SHUTTERSTOCK

## DEPRESJONSVURDERING

PHQ-9 er et enkelt og fleksibelt kartleggingsverktøy for depresjon. Tomas F. Langkaas og kolleger gir en innføring i verktøyet.

*Evidensbasert praksis*

# Innhold

- 161 **Til å lære av**  
Leder | Katharine Cecilia Williams
- 164 **Foreslår barnevernpsykolog**  
NÅ: Håkon Skard | Øystein Helmikstøl
- 166 **Rydder på testfeltet**  
Aktuelt | Øystein Helmikstøl
- 171 **Vil ha mer regulering**  
Aktuelt | Øystein Helmikstøl
- 172 **Veileder og portvokter**  
Fagessay | Torkil Berge et al.
- 176 **En innføring i depresjonsvurdering med PHQ-9**  
Evidensbasert praksis | Tomas F. Langkaas et al.
- 188 **«Det har egentlig vært en trygging» - En kvalitativ studie av miljøterapeuters erfaringer med et opplæringsprogram i barnevernet**  
Vitenskapelig artikkel | Martine Dyran et al.
- 200 **Kan fagetiske prinsipper bidra til at flere psykologer våger å ytre seg i offentligheten?**  
Etikkpanelet | Jørgen Flor
- 202 **«Homoterapi»**  
Fri assosiasjon | Arnstein Søvik
- 205 **MENINGER**  
Hovedinnlegg: Subjektet betyr mer enn gruppeidentitet | Ole Magnus Ø. Vik (s. 206)  
Debatt: ME (s. 211), Teoretisk integrering (s. 212), Standardisering (s. 214), Klima (s. 216-219) og Tester (s. 220)
- 221 **INNTRYKK**  
Bokessay: Psykens teater | Per Are Løkke (s. 222)  
Anmeldelser: Nyttig og mindre nyttig om flyktninger (s. 226), Musisk optimisme (s. 229)
- 150 **Minneord: Elin Hordvik (1953-2021)**
- 231 **Annonser**
- 235 **Stillingsannonser**



## Foreslår *barnevernpsykolog*

For ikke lenge siden kom *kommunepsykologen*. President Håkon Skard i Psykologforeningen vil nå ha flere psykologer inn i barnevernet.

TEKST Øystein Helmikstøl

**– Det er stortingsvalg i høst. Hvilken sak vil du at politikerne skal snakke om?**

– Psykisk helse må bli tema i valgkampen. Politikerne må bli bevisste på at psykisk helse er noe de bør fokusere på, det krever oppmerksomhet blant mange andre temaer i valgkampen.

**– Jo, det skrev du om i Dagsavisen nylig. Men er det én sak du og foreningen vil løfte frem?**

– Hvis jeg må velge to, så er det for det første å få på plass mer statlig hjelp til kommunene til oppbygging av psykisk helsetilbud. Det bør på plass en statlig delfinansiert rekrutteringsordning for psykologer i kommunen.

For det andre må vi jobbe for å få innført kvalitetsmål i psykisk helsevern. For medlemmene høres det paradoksalt ut. De opplever å stå i et målehysteri, og mange er frustrerte over

pakkeforløp, over prosedyrekoder, over dokumentasjonskrav. Så skal vi stå og ivre for nok et målesystem. Men i dag måles alle tjenestene på de mindre viktige tingene, som avslagsprosent og ventetid, men det er ingen som spør eller fanger opp hvorvidt tjenestene faktisk oppnår det som er viktig for brukerne: symptomlette, bedre funksjon og økt livskvalitet.

**– Du ønsker mer penger fra staten til psykisk helsetilbud i kommunen og kvalitetsmål i psykisk helsevern. Vil du røpe andre konkrete planer foreningen har?**

– Vi er i dialog med relevante myndigheter om et prøveprosjekt med psykologer inn i kommunalt barnevern. Det vil kunne tilgjengeliggjøre psykologisk kompetanse i større grad til de mest sårbare. Også knyttet til korona, men selvfølgelig også på lang sikt. Psykologforeningen har et ønske om å få psykologer inn i barnevernet i større grad. Det jobber vi for.

**– Men det er jo psykologer i barnevernet nå?**

– Joda, psykologer er blant annet involvert i statlig barnevern gjennom Bufetat, der du har tiltak som MST. Men kommunalt barnevern, som er

« **INN I BARNEVERNET** President Håkon Skard i Psykologforeningen ønsker flere psykologer inn i kommunalt barnevern. Et prøveprosjekt er på trappene. Foto: Nora Skjerdingsstad

hoveddelen av barnevernet, der har det ikke vært mange psykologer. Jeg tror det er 12 stykker på landsbasis. Det er en psykologrolle som ligger og venter på oss der.

Det er en utbredt misforståelse at barnevernets primære jobb er å ta barna fra folk, mens hovedoppgaven deres jo er å hjelpe foreldre og andre rundt foreldrene til å gi gode nok omsorgsbetingelser for et barn. Der er det åpenbart at psykologisk kompetanse har noe å bidra med.

**– Hvor mange psykologer i barnevernet satser foreningen på, og når er dette på plass, tror du?**

– Det første skrittet er å etablere hvordan vår kompetanse eventuelt kan benyttes best mulig, i dialog med relevante myndigheter. Foreningen kan ikke sette et mål på antall psykologer i kommunalt barnevern.

**– En annen sak: SV har i Avisen Oslo foreslått en refusjonsordning for privatpraktiserende psykologer. Er private helsetjenester noe foreningen nå vil løfte spesielt fram?**

– Dette er et forslag som Psykologforeningen opprinnelig presenterte til revidert nasjonalbudsjett i høst. SV har plukket det opp nå. Foreningens politikk er en langsiktig løsning: å bygge opp de offentlige tjenestene i kommunen og sykehusene. Men å bygge opp tjenester er tidkrevende. En kortsiktig løsning under pandemien kan være å gi en midlertidig refusjonsordning til alle psykologer som er i helprivat praksis og har ledig kapasitet. Men det er veldig viktig at en slik ordning ikke kommer i veien for de langsiktige målene. Vi vil ikke ha en implementering av refusjonsordningen som enten gjør at rekruttering til kommunen eller sykehusene blir vanskelig, eller at denne ordningen risikerer å bli permanent.

**– Vi må også oppsummere presidentperioden din så langt. Du ble valgt av landsmøtet etter en historisk og tøff valgkamp med flere motkandidater. Noen måneder etter valget kom pandemien. Hvordan har dine første 15 måneder som president vært?**

– Det har vært et krevende år, det skal jeg ikke legge skjul på. Jeg hadde vært fire måneder i vervet da vi måtte sette krisestab, og vi hadde daglige møter for å håndtere nedstengningen. Antall henvendelser fra medlemmene eksploderte, og jeg er utrolig imponert og stolt over måten foreningen og medlemmene har jobbet under disse forholdene.

## Hvorfor NÅ?

- President Håkon Skard i Norsk psykologforening lanserer her foreningens valgkampsaker før høstens stortingsvalg.
- Skard foreslår nå flere psykologer inn i barnevernet.
- Les utvidet versjon av intervjuet på [psykologtidsskriftet.no](https://www.psykologtidsskriftet.no).

**– Under valgkampen før landsmøtet høsten 2019 var du opptatt av å gjøre noe med det du omtalte som trange kår i spesialisthelsetjenesten? Hva har skjedd der?**

– Jeg skal være den første til å innrømme at forholdene i spesialisthelsetjenesten ikke har blitt noe bedre dette året, men det hadde jeg heller ingen forventninger om. Dette er et langsiktig arbeid. Landsmøtet bestilte en strategi for spesialisthelsetjenesten, og en strategi for kommunen. Vi har blant annet nedsatt en arbeidsgruppe på helseøkonomi, som i større grad skal utvikle en politikk på dette fra foreningens side.

**– Hva er du mest fornøyd med etter 15 måneder?**

– At foreningen har kommet langt i arbeidet med de mange og viktige landsmøtevedtakene som ble fattet i 2019, på tross av den store arbeidsmengden som pandemien har medført, og de reduserte forutsetningene for å drive det arbeidet.

Et eksempel er klimautvalget, det er en milepæl i foreningen.

**– Landsmøtet ville ha en organisasjonsgjennomgang. Hva har skjedd med den?**

– Vi har løst det på den måten at det ikke er sentralstyret som skal være i førersetet her. Sentralstyret, som er styringsgruppen, har satt ut arbeidet til en arbeidsgruppe, som har en ekstern leder, fra Fafo. Arbeidsgruppen har i tillegg en referansegruppe som består av personer med ulike posisjoner i foreningen. I tillegg jobber arbeidsgruppen med en spørreundersøkelse som kan gå ut til medlemmene for å fange opp noe av hvordan opplevelsen av foreningen er der ute. Alt dette går inn i organisasjonsgjennomgangsarbeidet.

**– En styringsgruppe, en referansegruppe og en arbeidsgruppe. Det høres alvorlig og komplekst ut. Er det en splittelse i foreningen, som Tommy Sotkajærvi snakket om, dere vil unngå med dette?**

– Tanken med organisasjonsgjennomgangen er ikke å fange opp en gryende splittelse. Det er mye mer et spørsmål om foreningen oppleves som lyttende til hva som er medlemmenes ønsker, og hvordan vi kommuniserer innover og utover. Jeg opplevde at Tommy og jeg, i de debattene vi hadde før han trakk seg, var enige om å styrke Psykologforeningen som en medlemsforening. ❌



**TEKNODIREKTØRER** Helseteknologiselskapet CheckWare vil støtte helseforetakene i å rydde opp på testfeltet. Men de går ikke etter om rettighetshaver har hatt et godt nok forskningsprosjekt for å finne ut om testen gjør det den sier at den skal gjøre, understreker administrerende direktør Heidi Blengsli Aabel og kundedirektør Frode Næss. Foto: CheckWare.

## Rydder på testfeltet

Helseteknologiselskapet CheckWare har rettigheter til 1200 tester, men vil ikke ha ansvar for faglig kvalitetssikring av dem. Lovisenberg sykehus har tatt jobben selv.

**TEKST** Øystein Helmikstøl

**- VI KJENNER IGJEN** beskrivelsene av utfordringene på testfeltet som Psykologtidsskriftet har omtalt.

Det sier Heidi Blengsli Aabel til Psykologtidsskriftet. Hun er administrerende direktør i helseteknologiselskapet CheckWare i Trondheim.

### DYSTER RAPPORT FÅR FØLGER

Problemene i testfeltet er ikke nye. Fagfolk bekymrer seg spesielt over manglende kvalitetssikring av tester og uklare ansvarsforhold.

Det ble avdekket i januarutgaven, på bakgrunn av en fersk undersøkelse og beskrivelser fra sentrale psykologer.

I etterkant av Psykologtidsskriftets omtale av testfeltet har opposisjonen på Stortinget bedt helseministeren ta grep. Og helseforetakene skal nå gjennomgå testfeltet sammen med Helsedirektoratet.

### FORRETNINGSIDEEN

CheckWare har siden oppstarten laget en programvare for å hente selvrapportert informa-



sjon fra pasientene, som bidrag i forbindelse med utredning, behandling og oppfølging av pasientene.

I tillegg til programvaren de har laget, begynte CheckWare samtidig å søke distribusjonsrettigheter til psykometriske tester, skjemaer og kartleggingsverktøy som blir brukt på psykisk helsefeltet, men også innenfor somatikken.

– *Hvorfor ble testrettigheter interessant for dere?*

– Når CheckWare skulle tilby de psykometriske testene gjennom programvaren, var det viktig å gjøre det på en seriøs måte. Det er knyttet til de problemstillingene som Psykologtidsskriftet har avdekket i artiklene om testfeltet. Det var utstrakt bruk av tester funnet på nettet, man brukte feil skåring, og man brukte oversettelser som ikke var godkjent av rettighetshavere.

CheckWare var ifølge Aabel nødt til å ha dette i orden når de skulle starte en virksomhet rundt det.

## VOKSER

CheckWare fikk nylig avtaler med både Helse Sør-Øst, Helse Nord og Helse Midt-Norge. De har hatt avtale med Helse Vest siden 2014.

Inntrykket CheckWare har, ifølge administrerende direktør Aabel og kundedirektør Frode Næss, er at de regionale helseforetakene har inngått disse avtalene med et sterkt ønske om å rydde opp i bruk av test- og kartleggingsverktøy.

– De ønsker å bruke testene på en lovlig måte, de vil øke datasikkerheten, altså lagring og tilgang på dataene, og redusere tidsforbruket på skåringen og rapporteringen. I tillegg vil de samle og systematisere data om behandlingsforløpet slik at de kan forbedre og effektivisere pasientbehandlingen. Vi er en støttespiller som gir dem muligheten til å rydde opp, sier Aabel.

## PROBLEMENE

CheckWare opplyser at testene de har digitalisert, til nå er brukt 4,6 millioner ganger av pasienter.

– Etter de ferske avtalene med de tre helseforetakene øker testbruken veldig, og jeg er helt overbevist om at årsaken er at man ønsker å rydde opp i bruken, sier Aabel.

– *Hva er det største problemet på testfeltet, mener dere?*

– Det er utfordringer knyttet til utstrakt bruk av kopiering av tester på kopimaskin, og uautoriserte oversettelser av internasjonale verktøy. Kunnskap om opphavsrett og distribusjonsrettigheter er nok også et stort problem, mener Aabel.

Direktør for kundeoppfølging og kundeleveranser Frode Næss mener den største utfordringen er tilgangen av informasjon på nettet som ikke har noe filter.

– Leksikonet ligger jo der, åpent. Uten advarsler om at du bør tenke deg om før du bruker noe av det. Vi er jo lommeleger alle sammen i dag, vi diagnostiserer oss selv, sier Næss.

Den samme tankegangen tror han gjelder for mange på testfeltet: Man bruker noe som ser brukbart ut, uten å sjekke så mye rundt det.

– Svært mange av dem som ønsker å bruke tester, har funnet en versjon på nettet, sier Næss.



## Kaotisk testfelt

- Kaos på testfeltet ble avdekket i Psykologtidsskriftets januarutgave, på bakgrunn av en fersk undersøkelse av psykologspesialist Tanya Ryder.
- Fagfolk er bekymret over manglende kvalitetssikring av tester og uklare ansvarsforhold.
- I Norge er det tilgjengelig et økende antall psykologiske tester, spørreskjemaer, sjekkklister, intervjuer og kartleggingsverktøy som brukes i utredninger innenfor helse, utdanning og yrkesliv, ifølge den nye rapporten.

## CheckWare

- 45 ansatte i Norge, England og Polen.
- 40 millioner kroner i omsetning.
- Helseteknologiselskapet ble etablert i 2007 av klinikere fra psykisk helsefeltet.
- Selger programvare og bruksrett til tester.
- Har selv digitale distribusjonsrettigheter til rundt 1200 tester.
- 320 000 pasienter har hittil brukt CheckWare.
- Selskapet vokser og satser nå i England og Sverige.

»

## KVALITETSSIKRING OG ANSVAR

CheckWare ble omtalt i Psykologtidsskriftet i januar, noe som er bakgrunnen for at tidsskriftet har kontaktet selskapet nå. Spesialrådgiver og sekretær Mikael Julius Sømhøvd i Testpolitisk utvalg i Psykologforeningen skrøt av arbeidet CheckWare har gjort på rettighetssiden.

Men:

– Fellen er at slike elektroniske systemer ikke garanterer kvalitet og validitet på noen som helst måte, advarte han.

Direktørene Aabel og Næss i CheckWare garanterer at kvaliteten og validiteten er slik som rettighetshaver har dokumentert.

– Men vi sier ikke at du bør bruke akkurat den eller den testen på for eksempel spiseforstyrrelser, sier Aabel.

– *Er det ikke et dilemma for dere, og et problem, at dere har distribusjonsrett for tester som kanskje ikke holder faglig mål?*

– Dette har aldri vært et problem. Kundene er veldig opplyst om feltet, det er jo de som er i fagmiljøene. De velger selv. Hvis det sitter 40 personer i et rom, så er det 60 ulike meninger om den faglige testkvaliteten, og vi går naturlig nok ikke inn i den dialogen, sier Næss.

– *Noen vil si at dere fraskriver dere et ansvar. Burde dere ikke hatt en faggruppe internt hos dere som også sikrer faglig kvalitet på testene dere distribuerer i stadig større skala?*

– Vi sikrer at måten vi digitaliserer testene på, er i henhold til rettighetshavers retningslinjer og dokumentasjon. Men vi går ikke etter om rettighetshaver har hatt et godt nok forskningsprosjekt for å finne ut om testen gjør det den sier at den skal gjøre, påpeker Aabel.

CheckWare har kontrakt med rundt 700 rettighetshavere. Selskapet digitaliserer ikke bare selve testskjemaet, men skåringene og algoritmene. Det sørger ansatte med mastere i psykologi for.

– Det er en forskjell på oss og andre tilbydere av tester. Vi har et opplegg og system for å kvalitetssikre at testene blir riktig skåret i henhold til rettighetshavers dokumentasjon. Men vi er ikke med og velger ut hvilke tester klinikerne bør bruke for kartlegging av for eksempel traumer.

– *Men når dere tilbyr traumetester, kan det se ut til at dere også går god for dem?*

– Ja, men jeg går ikke med på at vi ikke tar ansvar. Det er nok basert på misforståelser eller uvitenhet. De aller fleste av kundene våre har etablert faggrupper som skal sikre den faglige kvaliteten på testene. De kundene som ikke har en slik faggruppe, blir anbefalt det av oss. Når de har bestemt seg, finner vi de rette testversjonene og rettighetshaverne til testene, sier Aabel.

En del av kundene støtter seg også på de nasjonale kompetansesentrene, forteller hun.

## M.I.N.I.

Tanya Ryders ferske gjennomgang av testfeltet i januarutgaven av Psykologtidsskriftet påpekte at blant annet gamle versjoner av M.I.N.I. må erstattes med nye, med inngåelse av en bruksavtale med David V. Sheehan, som av Ryder ble omtalt som rettighetsinnehaver.

Aabel og Næss i CheckWare påpeker skillet mellom *forfatter* og *rettighetsinnehaver*.

– Vi har en distribusjonsavtale på M.I.N.I. versjon 7.0 med rettighetsinnehaver, som nå er Nview. De har en avtale med forfatter Sheehan.

– *Er dere sikre på at dere ikke har distribuert gamle versjoner av M.I.N.I. som har vært uavklart på rettighetssiden?*

– Ja. Vi har brukt mye tid og ressurser på å gjennomgå dette på nytt de siste ukene. Forholdene rundt M.I.N.I. har vært spesielle, men vi har hatt alt om rettighetene på stell hele tiden. Vi har også hatt et tett samarbeid med Nview i flere måneder for å digitalisere denne testen, som er kjempestor og svært mye brukt.

## FRA 400 000 TASTETRYKK TIL O

Lovisenberg Diakonale Sykehus i Oslo er en av dem som lengst har vært kunde av CheckWare.

Ved dette sykehuset har psykolog Even Halland de siste åtte årene vært oppslukt av målet om å fjerne papir- og tilfeldig testbruk for godt.

– Først og fremst har ønsket vært å lage et system som er til nytte for den enkelte behandler og den enkelte pasient, sier Halland til Psykologtidsskriftet.

## LOVePROM

- LOVePROM står for Lovisenberg Electronic Patient Reported Outcome Measures.
- Utsendelse av spørreskjema via SMS gjøres automatisk i tråd med milepæler i pakkeforløpet.
- Feedback-skjema sendes i forkant av hvert oppmøte.
- Pasientene svarer hjemmefra på sin mobil eller pc.
- Når pasienten har besvart spørreskjemaene elektronisk, legger svarene seg i journal som en PDF i løpet av 5 minutter. Kliniker benytter svarene for å tilpasse behandlingen til den enkelte pasient.
- Pasientenes svar inngår også i et kvalitetsregister som benyttes for å forbedre tjenesten
- Syv helseforetak i Helse Sør-Øst pluss Psykologisk institutt UiO ønsker å ta i bruk løsningen og er nå enige om å stille pasienter i poliklinisk behandling de samme spørsmålene ved oppstart og underveis i behandling.
- Lovisenberg deler løsningen kostnadsfritt til alle som vil bruke den.



**TILFELDIG TESTBRUK, FARVEL** Ved Lovisenberg Diakonale Sykehus i Oslo har psykolog og prosjektleder Even Halland de siste åtte årene jobbet med å lage et system for testpraksis: Bort fra papir og tilfeldig testbruk for godt. Foto: Nora Skjerdingsstad

Nå får systemet han har hatt ansvaret for å utvikle, mer oppmerksomhet, og foreløpig er syv sykehus i Helse Sør-Øst med i samarbeidet, i tillegg til Psykologisk institutt ved Universitetet i Oslo.

– Det som ville tatt meg 400 000 tastetrykk årlig, går nå automatisk, har jeg regnet ut.

Over mange år har bruk av kartleggingsverktøy, tester og screening vært mye opp til klinikerne selv å administrere.

Den faglige ledelsen ved Lovisenberg distriktpsikiatriske senter (LDPS) har ifølge psykologspesialist og psykologfaglig rådgiver Harald Aasen kommet med henstillinger om å avgrense bruken i tråd med anbefalinger i nasjonale retningslinjer. De har også referert til Psykologforeningens testutvalgs anbefalinger om forsvarlig testbruk, i tillegg til Helsebibliotekets oversikt.

– Men vi har ikke hatt noe system som har fulgt opp testpraksisen over tid, og vi har også erfart at anbefalinger gitt i nasjonale retningslinjer eller Helsebiblioteket ikke alltid har vært i tråd med kvalitetskrav og sikring av opphavsrett. Og selv om vi har inntrykk av at våre behandleres praksis stort sett har vært god, har vi også sett enkelte eksempler på uheldig testbruk, og bruk av feil tester som gir feil resultat, forteller Aasen. »

– Det som ville tatt meg 400 000 tastetrykk årlig, går nå automatisk, har jeg regnet ut

*Even Halland,  
Lovisenberg sykehus*

- Even Halland har gjort den jobben offentlige helsemyndigheter burde ha gjort for lengst

*Ole André Solbakken,  
Psykologisk institutt ved UiO*



**JUBLER** Lovisenberg-modellen bør innføres i alle helseforetakene landet rundt, mener professor og fagavdelingsleder Ole André Solbakken ved klinisk psykologi på Psykologisk institutt i Oslo. Foto: UiO.

Helsebibliotekets fagansvarlige for psykisk helsesidene Øystein Eiring har tidligere kommentert kritikken og har sagt at de verken ønsker eller har kapasitet til å være den instans som fortløpende gjennomgår validitet og en rekke andre kriterier per test.

Helsedirektoratet har sagt til Psykologtidsskriftet at de vil gjennomgå og sikre at kartleggingsverktøy hvor de allerede har trukket tilbake anbefalingen (for eksempel GAF), ikke anbefales i direktoratets retningslinjer.

Lovisenberg har før ikke hatt mulighet til å samle og bruke data som er samlet inn fra pasientene. Det har tidligere også vært en utfordring med lagring av råskårer fra ulike tester.

- Dette har vi nå gjort noe med på Lovisenberg. Vi har etablert et digitalt, nettbasert spørreskjemasystem der pasientene svarer på spørsmål til faste tidspunkt før, under og etter behandling, og svarene kommer rett inn i en rapport i journal i DIPS, samtidig som dataene også samles i et kvalitetsregister.

Aasen og Halland ved Lovisenberg mener man er nødt til å undersøke kvalitet på andre måter enn i dag for å få svar på om pasientene får god behandling. Deres erfaring er at etterlevelse av prosedyrer, retningslinjer og pakkeforløp er utilstrekkelig for å oppnå god behandlingskvalitet.

- Det har i mange år vært økende oppmerksomhet om ulike kvalitetsindikatorer i psykisk helsevern. Dette handler som regel om at frister må holdes, prosedyrer må kodes, dokumenter må være på plass, og forskrifter og lover må følges. Men blir pasienten bedre? Er symptomene på psykiske plager og problemer endret? Opplever pasienten bedre relasjoner, meningsfulle aktiviteter og mer mestring? spør Aasen og Halland retorisk.

For å kunne svare på disse spørsmålene må man benytte kartleggingsverktøy av god kvalitet på en systematisk måte, mener de.

### FAGLIG KVALITETSSIKRING

I tillegg til de faste spørreskjemaene som blant annet inneholder en generell symptomkartlegging, kan klinikerne snart velge ut andre kartleggingsinstrumenter som er mer skreddersydd for målgruppen de jobber med, for eksempel traumepasienter. Løsningen for dette blir innført ved Lovisenberg i løpet av våren.

- Forskjellen fra tidligere er at vi «forhåndsgodkjenner» bruken av det enkelte instrumentet med hensyn til faglig kvalitet, lisens til rettighetshavere og pris.

Lovisenberg har samarbeidet med CheckWare om utvikling av løsningen. De samarbeider også med flere andre sykehus i Helse Sør-Øst.

Ole André Solbakken er professor og fagavdelingsleder for klinisk psykologi ved Psykologisk institutt, UiO. Han leder arbeidsgruppen med ansvaret for forskningsdelen av samarbeidet og har blant annet vært involvert i arbeidet med den faglige kvaliteten på innholdet i Lovisenbergs såkalte Kjernebatteri, som er en samlet pakke med kartleggingsverktøy.

- Vi har bestrebet oss på å finne instrumenter av høy kvalitet, som ikke har royalties knyttet til seg, og der vi vet at rettighetene er på stell, sier han

Solbakken sier videre at Lovisenberg-modellen, døpt LOVEPROM, er den første systematiske innføringen av effektevaluering, og at syke-

huset vil være i stand til å snu skjevutvikling hos et betydelig antall pasienter.

– Jeg har snakket om behovet for rutinemessig oppfølging og kvalitetsvurdering i minst 15 år. Endelig kommer det. Jeg er villig til å vedde en del av lønna mi på at dette kommer til å løfte kvaliteten på behandlingen i hele Helse Sør-Øst. Even Halland har gjort den jobben offentlige helsemyndigheter burde ha gjort for lengst, mener Solbakken.

Solbakken mener at Lovisenberg-modellen bør innføres i alle helseforetakene landet rundt.

– I alle fall hvis det viser seg å være i nærheten av så effektivt som det ser ut hittil. Det fine er at behandleren ikke trenger å bruke så mye tid på dette for å få det til.

Med LOVEPROM mener Aasen at de er i ferd med å nå målet om et kartleggingssystem som er digitalt, hel-elektronisk, kvalitetssikret, integrert i journal og basert på pasientrapportering, i tillegg til å ikke stjele unødig mye tid fra klinikerne

– Det er også klinisk nyttig og kan brukes til kvalitetsregister og forskning. Vi er i ferd med å bevege oss vekk fra papir og tilfeldig testbruk for all fremtid.

Prosjektleder Even Halland oppsummerer prinsippene de jobber etter, slik:

– Vi skal ikke bruke klinikernes tid på å administrere skjema, men ha mer tid til pasienten. Det er læring og utvikling som er poenget, i motsetning til overvåkning og kontroll. Systemet skal støtte opp under klinikers faglige autonomi til å velge den behandlingen som egner seg best i det enkelte pasientforløp.

Halland mener det er avgjørende at løsningen er skreddersydd på en klinikk, men at den enkelt kan tilpasses andre foretak med andre behov.

– Alle sykehus må finne løsninger for å kvalitetssikre kartleggingsverktøy og benytte disse på en klinisk meningsfull måte som ikke belaster behandlerne. Hvis flere helseforetak i Norge kan ha nytte av våre løsninger, så deler vi gjerne med flere, sier Halland. ✘

## Vil ha mer regulering

Testfeltet må i større grad bli regulert, mener president Håkon Skard i Psykologforeningen. Han får støtte av psykolog og testekspert Dag Øyvind Engen-Nilsen.

TEKST Øystein Helmiøkstøl

– **BÅDE PASIENT** og behandler må være sikker på at testene som brukes, er kvalitetssikret. Og de som bruker dem, må være kvalifisert til det, sier psykologpresident Håkon Skard.

– *Vil du ha offentlige helsemyndigheter mer på banen på testfeltet?*

– Ja. Offentlige aktører bør ta et ansvar, men det er også andre aktører som kan gjøre den jobben, for eksempel Veritas.

– *CheckWare, vil du si noe om dem?*

– Nei, jeg ønsker ikke å uttale meg om private selskap.

Skard betegner funnene i Psykologtidsskriftets artikler om testfeltet som nedslående .

– Heldigvis har både folk i regjeringsapparatet og i opposisjonen reagert.

Presidenten er også bekymret for at Helsebiblioteket blir avvirket.

– Jeg vil styrke Helsebiblioteket, i stedet kutter Folkehelseinstituttet i det tilbudet. Det er på ingen måte en fordel for testfeltet, påpeker Skard.

Psykolog og forfatter Dag Øyvind Engen-Nilsen holder kurs for psykologer og pedagoger i ulike tester. Han er enig med Håkon Skard i at testfeltet bør bli mer regulert.

– Testpolitisk utvalg i Psykologforeningen kunne spilt en mer aktiv rolle og hatt oversikt over anbefalte tester med god faglig kvalitet. Veritas kunne også hatt et slikt register på testfeltet, ikke bare innenfor arbeids- og organisasjonspsykologi.

Han mener det er et problem at testleverandører vil gjøre testdistribusjonen billigst mulig og dermed tar flest mulig snarveier.

– Det bør kanskje bli et system der leverandøren kan levere inn tester til enten Testpolitisk utvalg eller til en privat aktør som Veritas, og få en uavhengig faglig vurdering av testen. Dette bør testleverandøren betale for, foreslår Engen-Nilsen. ✘



### ØNSKER TESTREGISTER

Psykolog Dag Øyvind Engen-Nilsen holder kurs for psykologer og pedagoger i ulike tester. Han ønsker mer regulering av testfeltet. Foto: psychol.net

# Veileder og portvokter

Veiledere må vurdere om studenten er skikket til forsvarlig klinisk praksis, men rollen som portvoktere er noe veiledere ofte er lite forberedt på.

**TEKST** Torkil Berge, Erik Brenna, Lars Rørstad Fossum, Ingrid Hyldmo, Nora Nord Rydningen, Lars Gregorius Røv, Morten Skiaker og Ida Stubberud, Voksenpsykiatrisk avdeling Vinderen, Diakonhjemmet Sykehus

**ILLUSTRASJON** Marianne Gretteberg Engedal

Du er veileder for en student i praksis, og oppdager at hun har tatt kopi av journalnotater med seg hjem, etter sigende for å kunne sette seg bedre inn i sakene som hun er involvert i. Dette skjer i en situasjon der du har begynt å stusse over at studenten i så liten grad følger opp rådene du gir i veiledningen, for eksempel om god praksis for journalføring.

Du er veileder for en student i praksis, og merker med stigende bekymring at studenten, som tidligere har vist eksemplarisk oppførsel, i de siste ukene har endret seg både i utseende og atferd. Han fremstår som irritabel og oppfarende. Flere samtaler med pasienter som studenten har ansvar for, er blitt avlyst, og studenten har et uregelmessig oppmøte. Du tar opp situasjonen med ham. I løpet av denne samtalen sier han at han har vært i behandling for bipolar lidelse, men at han for tiden ikke er i noen form for behandling.

Du er veileder for en student i praksis, og blir klar over at studenten har uvanlig mange frafall i sine behandlinger. Du har vært sammen med studenten i noen samtaler, og har observert at hun er passiv og gir lite tilbakemelding til pasientene. Du har kommentert dette, og dere har rollespilt ulike måter å bli mer aktiv på, men dette synes ikke å ha hatt noen merkbar effekt. Du har prøvd å utforske hva som ligger bak, for eksempel utrygghet, men uten å komme noe videre. Du merker selv at studenten virker frakoblet og fjern i veiledningssamtalene med deg, men greier ikke å sette ord på hva som er problemet.

Vignettene over er, noe omskrevet, hentet fra en amerikansk studie, der praksisveiledere ble presentert for situasjoner der det kan oppstå tvil om studenters skikkethet (Russel et al., 2007). Veilederne ble spurt om hva de ville gjort for å vurdere skikkethet i en slik situa-

sjon, utover å ta problemet opp med studenten. Vignettene kunne like gjerne vært hentet ut fra praksis i Norge, og spørsmålene er viktige å løfte – for å kunne bygge skikkethet der det er mulig, å for å kunne stenge porten der det er nødvendig. Mens det foreligger informasjon om saksgang ved skikkethetsvurdering ved universitetene, er det skrevet lite om hvordan slike vurderinger kan følges opp ved praksisstedet, noe som er tema for dette bidraget.

Vi som skriver dette, er psykologfaglige rådgivere på avdelings- eller enhetsnivå i en stor avdeling i psykisk helsevern for voksne, med fire poliklinikker, to døgnenheter og en enhet for psykisk helsetjenester i somatikken. Vi har mange års erfaring med å ha studenter i praksis, og har i løpet av et år 30 psykologstudenter i forpraksis eller hovedpraksis. Det er vår erfaring at studentene viser høy grad av skikkethet, og vi er stolte av dem. De har verdifull kompetanse på mange områder, og er svært motiverte for å vise at de kan fungere i klinisk praksis og for å lære mer. Men unntaksvis, vanligvis med flere års mellomrom, har vi studenter som ikke får godkjent sin praksis. Veilederne har fortalt at dette var en side ved rollen de ikke var forberedt på, og som de følte mye usikkerhet rundt. Det tok tid å komme frem til beslutningen, og prosessen rundt medførte mye ekstraarbeid.

Vi har også hatt situasjoner der det har vært tvil om skikkethet, men der praksis til slutt har blitt godkjent, etter oppfølging av studenten. Vi vil gjerne formidle noen av våre erfaringer, da spesielt for deg som er veileder for studenter. Først en tydeliggjøring av det formelle.

## FORMÅLET MED SKIKKETHETSVURDERING

En skikkethetsvurdering skal avdekke om studenten har forutsetninger for å utøve yrket (Kunnskapsdepartementet, 2006). Man er ikke skikket dersom man utgjør en mulig fare for liv,

fysisk og psykisk helse, rettigheter og sikkerhet til de brukere studenten vil komme i kontakt med under praksisstudiene eller under fremtidig yrkesutøvelse (se faktaboks). Forskriftene omfatter en rekke ulike utdanninger, for eksempel lege, sykepleier og sosionom. Rådene vi kommer med har relevans også for skikkethetsvurdering i andre profesjoners utdanninger.

### PÅ UNIVERSITETET

En «løpende skikkethetsvurdering» av alle studenter skal foregå gjennom hele studiet. «Særskilt skikkethetsvurdering» starter med en tvilsmelding, for eksempel fra deg som veileder. Dersom praksis ikke godkjennes, kan studenten få tilbud om en ny praksisperiode i en annen institusjon, med utvidet veiledning, med mindre det er åpenbart at det ikke er til hjelp. Hvis tiltak ikke fører frem, fremmes saken for universitetets skikkethetsnemnd.

Studenten kan anbefales å ta permisjon for å ordne opp i egne problemer. Noen slutter frivillig, mens et lite mindretall utestenges gjennom en nemndsak. De aller fleste saker løses før de kommer så langt. På universitetenes nettsider finner du saksgangen. Du kan også lese mer om rutineene i en tidligere artikkel her i Psykologtidsskriftet (Sundby, 2018).

### VÅRE ERFARINGER OG ANBEFALINGER

En viktig erfaring er at det er klokt ikke å vente for lenge med å åpne dialog med universitetet om hvordan du går frem når det har oppstått tvil om skikkethet. Vi har fått gode råd og ryddig oppfølging fra de ansvarlige der. Snakk dessuten med andre om det, for eksempel en fortrolig kollega, psykologfaglig rådgiver eller teamleder. Ta det også så tidlig som mulig opp med studenten. Da åpner du opp for dialog, og studenten får sjanse til å gjøre noe med situasjonen.

Som veileder bør du føre notater. Uten skriftlig dokumentasjon blir skikkethetsvurdering vanskelig. Det er klarert med helsemyndighetene at man har rett til å føre en slik logg. Mange studenter er bevisst sine rettigheter, og enkelte kan protestere og for eksempel kritisere veileder eller praksisstedet (Sundby, 2018). Da er det særlig viktig å dokumentere hendelser i praksis og veiledning skriftlig, og også hva som blir avtalt.

### LIK OG RETTFERDIG SAKSBEHANDLING

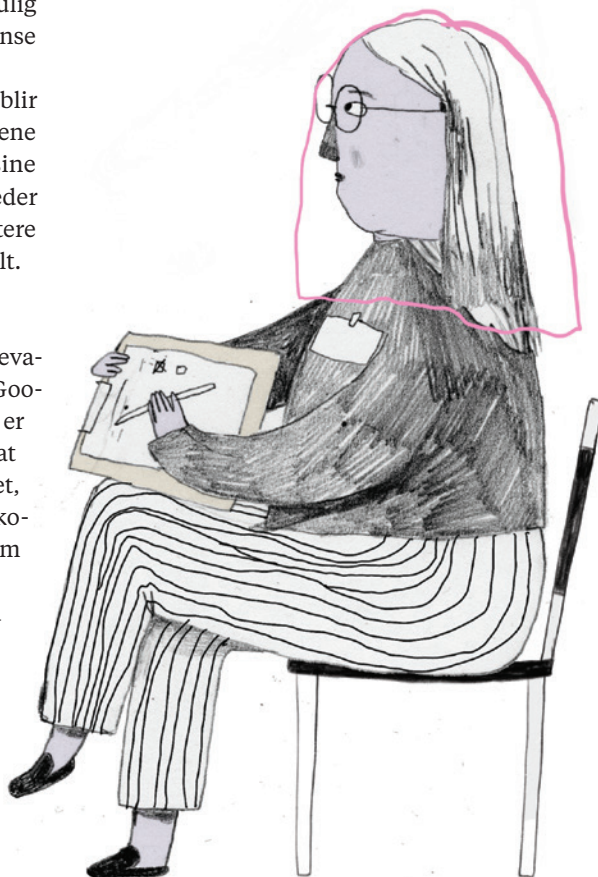
Studenten har rett til å bli informert om at du som veileder har en evaluende rolle, med et blick på vurdering av skikkethet (Bernard & Goodyear, 2019). Det er en del av veiledningskontrakten. Noen studenter er redde for hva som ligger i en skikkethetsvurdering. Du kan velge å si at «skikkethetsbygging» er et tema, og forklare hva som ligger i begrepet, at det er noen byggeklosser som gir grunnlag for en forsvarlig psykologpraksis. Et slikt ordvalg kan gi dere begge økt rom for å snakke om det som er vanskelig, og som det må jobbes med.

Det må være lik behandling når det er reist tvil om skikkethet, med like prosedyrer og prosesser. Studenten må ikke føle seg dømt før prosessen er satt i gang. Retten til kontradiksjon er en grunnpilar i all forvaltning, for eksempel i fagetiske klagesaker, der man får anledning til å svare, til å uttale seg og bli hørt.

Studenten skal få anledning til å bli skikket. Han eller hun kan gå gjennom en vanskelig periode i livet. Noen ganger kan tvilen være knyttet til at studenten behøver å bli mer moden. Enkelte studenter blir lettere utrygge enn andre. Tilrettelegging



Vi kan føle et sterkt ubehag ved å innta den konfronterende rollen som en skikkethetsvurdering kan kreve



er derfor viktig. Samtidig skal man ikke legge så mye til rette at det går ut over de forventninger som må stilles alle studenter i denne delen av utdanningen. Det skal jo være en reell utprøving.

Sett opp et møte med studenten, ved behov sammen med psykologfaglig rådgiver. Her oppsummerer du bakgrunnen for din tvil om skikkethet, og tilbakemeldinger du har fått fra andre, for eksempel teammedlemmer eller pasienter. Samtidig får studenten lagt frem sine svar og synspunkter. Så avtaler dere hvordan prosessen videre skal skje, og hvordan evaluering skal foregå, gjerne med konkrete evalueringspunkter. Det føres referat fra møtet, som studenten får kopi av.

### VANSKELIGE VURDERINGER

Vurderingene rundt skikkethet må nødvendigvis bygges på skjønn. Det er ikke alltid lett å vite hvor grensen går. Et viktig punkt er om studenten har innsikt i og er åpen om egne problemer, og tar imot og følger opp veiledning. Studenten bør kunne gi inntrykk av å forstå tvilen eller kritikken, og vise evne til refleksjon. Du må kunne oppleve at det er mulig å etablere god kommunikasjon med studenten.

Du har ikke krav på å få informasjon om studenten har personlige problemer eller er i en vanskelig situasjon i livet, selv om det berører praksis. Det er imidlertid lov å komme med et begrunnet spørsmål om slike forhold. Du kan si at det å få slik informasjon kan gjøre det lettere for deg å forstå hva som skjer, og dermed redusere tvil og usikkerhet.

Du kan sette i verk tiltak for å få mer informasjon. Du kan gi utvidet veiledning, delta i noen av studentens pasientsamtaler og la studenten være med i noen av dine samtaler. Du kan be studenten om å ta opp noen samtaler på lyd- eller videobånd, da med pasientens tillatelse. Du kan innhente observasjoner fra medarbeidere som har vært sammen med studenten i pasientkonsultasjoner eller i andre sammenhenger.

Det kan ta mye ekstra tid for veileder ved tvil om skikkethet hos en student. Derfor kan det være lurt å informere din leder om situasjonen. Da kan du få hjelp til å fordele arbeidsbyrden rent praktisk, for eksempel bistand fra andre i pasientsaker. Du kan også ha med leder i samtale med studenten, der han eller hun representerer enheten. En slik ansvarfordeling kan gi

deg et større rom for å innta en mer støttende og empatisk utforskende rolle overfor studenten.

### TYDELIG OG BESTEMMENDE

Du må kunne være tydelig og bestemmende. Du må stille konkrete krav til endring og evaluere om studenten følger opp, for eksempel om å være punktlig, stille forberedt og å gjennomføre det som avtales. Det kan være behov for tidskrav til levering av journalnotater og utføring av annet nødvendig arbeid. Skriv ned konkrete læringsmål.

Snakk gjerne med en kollega før du gir tilbakemelding til studenten om det som ikke fungerer. Hvordan kan du formulere deg på en optimal måte? Da får du også mulighet til å sette ord på egne følelser og tanker i en slik krevende og kanskje uvant situasjon.

### SKRIFTLIG BEGRUNNELSE

Praksisstedet må begrunne hvorfor studenten ikke har bestått. Redegjørelsen, som undertegnes av avdelingsleder, er et formelt dokument, kortfattet og saklig. Unngå tolkninger og spekulasjoner. Beskriv hva som ligger til grunn, og hovedlinjene i prosessen frem mot en beslutning, med tiltak, dialogen med studenten og studentens respons. Ha med sentrale

## Kriterier i en skikkethetsvurdering

En student er ifølge Kunnskapsdepartementet (2006) uskikket dersom studenten viser manglende vilje eller evne til

- omsorg, forståelse, innlevelse og respekt
- å samarbeide og til å etablere tillitsforhold og kommunisere med mennesker i sårbare livssituasjoner, pårørende og samarbeidspartnere
- å skape et miljø som tar hensyn til barns, unges og voksnes sikkerhet og deres psykiske og fysiske helse

Uskikkethet kan også fremkomme ved at studenten

- viser truende eller krenkende atferd i studiesituasjonen eller overfor brukere
- unnlater å ta ansvar som rollemodell for barn og unge
- har problemer av en slik art at han/hun fungerer svært dårlig i sine omgivelser
- viser for liten grad av selvinnsikt i forbindelse med oppgaver i profesjonsutdanningen og kommende yrkesrolle
- viser manglende vilje eller evne til å endre uakseptabel atferd i samsvar med veiledning
- misbruker rusmidler eller tilegner seg medikamenter på ulovlig vis
- ikke er i stand til å utføre de yrkesmessige handlinger som praksis krever



datoer, for eksempel møter med studenten der tvilen har vært tema. Angi om det har vært skrevet referat, og om det er gitt skriftlig advarsel om muligheten for underkjenning av praksis.

### EN KREVENDE DOBBELTROLLE

Studenten har flere år med studier bak seg. Da blir det en ekstra belastning å uttrykke tvil om skikkethet. Studenten kan stille spørsmål om hvorfor ingen har sagt fra før, og at en stor del av studiet er blitt gjennomført, kanskje uten anmerkning. Studenter med psykiske helseproblemer kan her få behov for oppfølging fra en hjelpeinstans, noe universitetet trolig kan bistå med.

Psykologer er opptatt av empati og dialog. Vi kan føle et sterkt ubehag ved å innta den konfronterende rollen som en skikkethetsvurdering kan kreve. Et hjelpespørsmål er om vi ville anbefalt studenten som terapeut for en som trenger hjelp, og som er i en sårbar posisjon. Psykologyrket stiller krav til personlig integritet, sosial kompetanse og rolleforståelse. Dessuten kan det å ikke melde tvil frata studenten mulighet til å bli skikket. Ved å ta tak i problemene tar du studenten på alvor. Det kan også forhindre at studenten kaster bort enda mer tid på å kvalifisere seg til et yrke han eller hun ikke er skikket til.

Som veileder har vi flere roller, på den ene siden støtteperson, lærer og mentor, og på den andre siden evaluator og portvokter, og her kan det oppstå rollekonflikt (Jacobs et al., 2011, Kaslow

et al., 2007). Det er for de fleste veiledere rollen som støtteperson som er mest bekvem og naturlig, og nærmest opp til den identitet og de verdier vi har som psykologer. Det å reise tvil kan oppleves som en belastning på tillitsforholdet. Vi kan kvie oss for å varsle om vår tvil. I stedet kan vi rette blikket mot studentens usikkerhet og vise omsorg.

Som psykologer og veiledere har vi gjerne en ressursorientert holdning, der vi prøver å løfte frem det studenten får til. Samtidig kan vi normalisere det studenten strever med. I litteraturen beskrives fenomenet «empathy veil», et empatisk slør som stenger for at veiledere blir bevisst sin tvil (Brown-Rice & Furr, 2016). Det kan være en brutal opplevelse når sløret løftes til side, og man tar inn over seg at studenten kan mangle nødvendige forutsetninger for å fungere som psykolog.

### KONKLUSJON

Rollen som portvokter er noe vi som veiledere vanligvis har fått lite opplæring i og har lite erfaring med. Studenten som er i praksis for å styrke sin kliniske kompetanse, kan ikke bli møtt med for høye forventninger og krav. Samtidig er det nettopp i praksis, når studenten får prøvd seg ut i møte med pasienter og i samarbeid med systemet rundt, at det åpnes opp for at manglende skikkethet kan avdekkes. Evaluering og håndtering av skikkethet er en del av formålet med klinisk praksis under studiet, og må gjøres på en ryddig og god måte. ✕

### REFERANSER

- Bernard, J.M. & Goodyear, R. (2019). *Fundamentals of clinical supervision* (6. utg.). Pearson Education.
- Brown-Rice, K. & Furr, S. (2016). Counselor-educators and students with problems of professional competence: A survey and discussion. *The Professional Counselor*, 6, 134–146.
- Jacobs, S.C., Huprich, S.K., Grus, C.L. et al. (2011). Trainees with competency problems: Preparing trainers for difficult but necessary conversations. *Training and Education in Professional Psychology*, 5, 175–184.
- Kaslow, N.J., Rubin, N.J., Forrest, L. et al. (2007). Recognizing, assessing, and intervening with problems of professional competence. *Professional Psychology: Research and Practice*, 38, 479–492.
- Kunnskapsdepartementet (2006). *Forskrift om skikkethetsvurdering i høyere utdanning*. <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2006-06-30-859>
- Russell, C.S., DuPree, W.J., Beggs, M.A., Peterson, C.M. & Anderson, M.P. (2007). Responding to remediation and gatekeeping challenges in supervision. *Journal of Marital and Family Therapy*, 33, 227–244.
- Sundby, J. (2018). Skikket til å bli psykolog. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 55, 681–683.

”

Strukturerte  
kartleggingsverktøy  
som PHQ-9 kan  
inngå som del av en  
helhetlig diagnostisk  
vurdering av  
depresjon

## EVIDENSBASERT PRAKSIS

TIDSSKRIFT FOR NORSK PSYKOLOGFORENING 2021 S. 176-187 FAGFELLEVDERT

TOMAS F. LANGKAAS<sup>1</sup>, EVEN ROGNAN<sup>1</sup> og SVERRE U. JOHNSON<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Poliklinikken sentrum, Drammen DPS, Vestre Viken HF

<sup>2</sup>Psykologisk institutt, Universitetet i Oslo og Forskningsinstituttet, Modum Bad.

**KONTAKT** Henvendelser vedrørende denne artikkelen kan rettes til Tomas Formo Langkaas, Drammen DPS, Vestre Viken HF, Postboks 800, 3004 Drammen. E-post: tomas.langkaas@gmail.com

# EN INNFORING I DEPRESJONSVURDERING MED PHQ-9

Helsemyndighetene anbefaler strukturert kartlegging av depresjon. PHQ-9 er et alternativ som er enkelt å ta i bruk.

Depresjon er en av de vanligste psykiske lidelsene (World Health Organization, 2017). Vurdering av depresjon er følgelig en rutineoppgave i klinisk psykologisk arbeid i Norge, også fordi depresjon er en relevant risikofaktor å kartlegge ved vurdering av selvmordsrisiko (Helsedirektoratet, 2008). Nasjonale retningslinjer for diagnostisering og behandling av voksne med depresjon i primær- og spesialisthelsetjenesten (Helsedirektoratet, 2009) anbefaler bruk av strukturerte kartleggingsverktøy ved vurdering av depresjon. I klinisk praksis er det i hovedsak tre aktuelle bruksområder for slike verktøy: (1) som forhåndskartlegging (*screening*) for å identifisere pasienter med mulig udiagnostisert depresjon, (2) for strukturert kartlegging av symptomkriterier ved diagnostisk vurdering av depresjon og (3) som kvantitativt mål på grad av depresjonsymptomer i vurdering av behandlingsutvikling. Et aktuelt alternativ i arbeidet med alle

### ABSTRACT

#### *An introduction to assessment of depression with PHQ-9*

**Introduction:** Assessment of depression is a routine procedure in clinical practice in Norway. National guidelines (Helsedirektoratet, 2009) recommend the use of measurement instruments in assessment of depression. PHQ-9 is widely used in research and practice. The official PHQ-9 manual provides practical guidance on interpreting test results with the use of clinical cutoff scores and a diagnostic algorithm for DSM-IV.

**Methods:** Based on clinical practice and research, we summarise and provide guidance on the practical use of PHQ-9 beyond that offered in the official PHQ-9 manual, and applied to a Norwegian context.

**Results:** We provide a general introduction to diagnostic assessment of depression and the limited role of measurement instruments in such assessments. We describe how the original diagnostic algorithm can be adapted to ICD-10 criteria, how to apply clinical significance to using PHQ-9 as a feedback instrument to monitor treatment progress, and how to interpret results with missing answers.

**Discussion:** Finally, we discuss the shortcomings of relying on measurement instruments in assessment of depression, and conclude that PHQ-9 is better suited for ordinary practice than other instruments recommended in the national guidelines.

*Keywords: PHQ-9, diagnostic assessment, progress and outcome monitoring*

» **MERKNADER** Forfatterne har avgitt signert interessekonflikterklæring og oppgir ingen interessekonflikter. PHQ-9 ble opprinnelig utviklet med økonomisk støtte fra legemiddelfirmaet Pfizer. Forfatterne har ingen tilknytning til Pfizer.

disse tre områdene er PHQ-9<sup>1</sup> (Kroenke, Spitzer & Williams, 2001).

For praktisk bruk gir den offisielle instruksjonsmanualen til PHQ-9 (Pfizer, u.å.) begrenset informasjon. Manualen beskriver hvordan svarene på PHQ-9 kan summeres og hvordan resultatene kan sammenliknes med kliniske grenseverdier for å sannsynliggjøre mulig depresjon. I tillegg beskriver manualen en diagnostisk algoritme for å sammenholde svarene med diagnostiske kriterier for depresjon i *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (4th ed.; DSM-IV; American Psychiatric Association, 1994). Så langt vi kjenner til, finnes det ikke noen eksisterende norsk instruksjonsmanual eller manualer som tar for seg praktisk bruk av PHQ-9 utover det som allerede beskrives i den offisielle instruksjonsmanualen.

Med utgangspunkt i egen praktisk erfaring med utredning og behandling av depresjon i spesialisthelsetjenesten for voksne og vår egen bakgrunnskunnskap om forskning og praksis, sammenfatter vi her relevant praktisk informasjon som ikke står i den offisielle instruksjonsmanualen for PHQ-9, og som er tilpasset norske forhold. Vi beskriver hvordan strukturerte kartleggingsverktøy som PHQ-9 kan inngå som del av en helhetlig diagnostisk vurdering av depresjon; vi presenterer en diagnostisk algoritme tilpasset *International Classification of Diseases, 10th Revision* (ICD-10; World Health Organization, 1992), som er gjeldende diagnosesystem i Norge; vi viser hvordan PHQ-9 kan anvendes som tilbakemeldingsverktøy med bruk av klinisk signifikans (Jacobson & Truax, 1991), og vi viser hvordan resultater på PHQ-9 også kan tolkes ved ufullstendig besvarte skjemaer. Avslutningsvis drøfter vi sentrale begrensninger ved bruk av strukturerte kartleggingsverktøy i vurdering av depresjon.

### OM PHQ-9

*Patient Health Questionnaire* (PHQ; Spitzer, Kroenke & Williams, 1999) ble opprinnelig utviklet for rask og effektiv kartlegging av fem vanlige psykiske helseproblemer i primærhelsetjenesten: depresjon, angst, somatisering, alkohol- og

.....

1. PHQ-9 er betegnelsen på depresjonsmodulen i *Patient Health Questionnaire* (PHQ; Spitzer, Kroenke & Williams, 1999) og ikke en 9-ledds forkortet versjon av PHQ. Betegnelsen PHQ-9 er slik sett ikke noen forkortelse, men et selvstendig navn, noe som også gjenspeiles i originalreferansen (Kroenke, Spitzer & Williams, 2001).

spiseproblemer. PHQ-9 er depresjonsmodulen i PHQ og er egnet som selvstendig spørreskjema for vurdering av depresjon. Skjemaet består av 9 spørsmål som er direkte knyttet til diagnosekriteriene i DSM-IV, og skjemaet er mye brukt internasjonalt, både i forskning og i klinisk praksis. Eksempelvis anbefaler offisielle britiske retningslinjer å bruke PHQ-9 ved depresjonsvurdering (National Institute for Health and Care Excellence, 2011). *American Heart Association* anbefaler både PHQ-9 og kortversjonen PHQ-2 for vurdering av depresjon ved samtidig hjertesykdom (Lichtman et al., 2008). PHQ-9 brukes som standard spørreskjema for måling av depresjonsgrad og endring i depresjon i det engelske tjenestetilbudet *Increased Access to Psychological Therapies* (IAPT; National Collaborating Centre for Mental Health, 2018). Etter modell fra IAPT er PHQ-9 også brukt i tjenestetilbudet *Rask psykisk helsehjelp* her i Norge (Smith, Alves & Knapstad, 2016). PHQ-9 er lisensfri, og offisielle oversettelser for ulike språk – inkludert norsk bokmål – ligger fritt tilgjengelig på nett (<https://www.phqscreeners.com>).

Svarene på PHQ-9 kan sammenfattes på to måter (Pfizer, u.å.): (a) Verdien av avgitte svar kan summeres, noe som gir et kvantitativt mål på depresjonsgrad på en skala fra 0 til 27, eller (b) svarene kan sammenholdes direkte med diagnosekriterier for depresjon ved bruk av en diagnostisk algoritme. Måleegenskaper ved PHQ-9 er undersøkt i flere studier og utvalg. Kroenke, Spitzer og Williams (2001) oppgir intern konsistens på 0,83 og en 48 timers test-retest-reliabilitet på 0,84. En nyere psykometrisk metaanalyse (Levis, Benedetti & Thombs, 2019) anslår sensitivitet på 0,88 og spesifisitet på 0,85 gitt en nedre klinisk grenseverdi (*clinical cutoff score*) på 10 og bruk av semistrukturert klinisk intervju som referansestandard.

### DIAGNOSTISK VURDERING AV DEPRESJON

Depresjon er en tilstand som kjennetegnes av overdreven nedstemthet, nedsatt interesse og nedsatt glede i en grad og et omfang som begrenser daglig funksjon. Tilstanden overskrider hva som kan forstås som en naturlig reaksjon på den aktuelle livssituasjonen. Depresjon er slik sett noe annet enn å være misfornøyd, trist eller ulykkelig som en naturlig og rimelig konsekvens av aktuelle omstendigheter.

Omfattende forskningsinnsats har hittil ikke bidratt til å identifisere noen pålitelige

<b>Diagnosesystem</b>	ICD-10	DSM-IV/DSM-5
<b>Symptomvarighet</b>	Minst 2 uker	Minst 2 uker
<b>Kjernesymptomer</b>	Tap av interesse eller glede (1)	Tap av interesse eller glede (1)
	Nedstemthet (2)	Nedstemthet (2)
	Redusert energi eller økt tretthet (4)	Redusert energi eller økt tretthet (4)
<b>Tilleggssymptomer</b>	Søvnvansker (3)	Søvnvansker (3)
	Endret matlyst (5)	Endret matlyst (5)
	Tap av selvtillit og selvfølelse	
	Overdreven selvbebreidelse eller overdreven eller upassende skyldfølelse (6)	Følelse av verdiløshet eller overdreven eller upassende skyldfølelse (6)
	Konsentrasjonsvansker (7)	Konsentrasjonsvansker (7)
	Endret psykomotorisk tempo (8)	Endret psykomotorisk tempo (8)
	Selvmoedsferd eller tilbakevendende tanker om død eller selvmord (9)	Selvmoedsferd eller tilbakevendende tanker om død eller selvmord (9)
<b>Symptomkrav</b>	Minst 2 kjernesymptomer og minst 4 symptomer totalt	Minst ett kjernesymptom og minst 5 symptomer totalt

**TABELL 1** Symptomer på depressiv episode med tilhørende spørsmål i PHQ-9 angitt i parentes

biologiske markører for depresjon (Strawbridge, Young & Cleare, 2017), og det er omdiskutert om det er realistisk å skulle forklare depresjon som en underliggende biologisk tilstand (Bekhuis, Hartman, Boschloo & Lucassen, 2019). Klinisk vurdering av om diagnosekriteriene er oppfylt er det som er referansestandard for å diagnostisere depresjon, slik kriteriene er beskrevet i ICD-10 og DSM-5. I praksis dreier dette seg om å vurdere tre spørsmål: (1) Er symptomer som kjennetegner depresjon til stede, (2) bidrar symptomene til å forklare aktuell funksjonsbegrensning, og (3) er depresjon den beste forklaringen på symptombildet? Strukturerte kartleggingsverktøy – som PHQ-9 – kan primært bistå for å avklare det første spørsmålet.

Tabell 1 beskriver symptomer som kjennetegner depressiv episode i ICD-10, DSM-IV og DSM-5. Tabellen viser at symptomer på depresjon har vært uendret i de to siste versjonene av DSM, og at det er stor grad av sammenfall mellom DSM og ICD-10. Hovedkjennetegn ved depresjon – nedstemthet og tap av interesse eller glede – gjenspeiles i kjernesymptomer i begge diagnosesystemene. ICD-10 regner i tillegg redusert energi eller økt tretthet som et kjernesymptom, mens dette er kun et tilleggssymptom i DSM. De fleste tilleggssymptomene er også felles, med unntak av tap av selvtillit og selvfølelse, som ikke inngår i DSM. Det er også en liten forskjell i hvilken kombinasjon av symptomer som er minstekrav for en depressiv episode. I ICD-10 holder det med 4 symptomer, der minst 2 må være kjernesymptomer. I DSM er det krav om 5 symptomer, og minst ett av dem må være et kjernesymptom.

Det andre spørsmålet er om pasientens aktuelle funksjonsbegrensninger er knyttet til depresjonssymptomer. Dersom det ikke foreligger noen funksjonsbegrensning, eller den ikke er knyttet til depressive symptomer, faller naturlig nok grunnlaget for å vurdere depresjon bort.

Det siste spørsmålet – om depresjon er den beste forklaringen på symptombildet – er det som stiller størst krav til faglig vurdering, og her kommer begrensningene ved strukturerte kartleggingsverktøy tydelig frem. Nedstemthet og mangel på tiltak og glede er en normalreaksjon på

”

Det siste spørsmålet – om depresjon er den beste forklaringen på symptombildet – er det som stiller størst krav til faglig vurdering

»

vanlige livsbelastninger og livskriser uten å være tegn på en sykdomstilstand som krever behandling av helsepersonell. På samme måte kan disse symptomene være en normalreaksjon på funksjonstap knyttet til andre samtidige lidelser, for eksempel funksjonsbegrensende angsttilstander. Enkelte somatiske tilstander kan gi depresjonsliknende symptomer (slik som stoffskifteproblemer). Det samme kan hjerneorganiske lidelser (som demens) eller aktiv bruk av rusmidler. Fysisk utmattelse og søvndeprivasjon kan også gi depresjonsliknende symptomer. Når det er flere mulige forklaringer på aktuelle depresjonssymptomer, er det derfor nødvendig med en vurdering av om disse tilstrekkelig kan forklare tilstandsbildet, eller om tilstanden bedre forstås som uttrykk for en samtidig depresjon. Det er følgelig alltid behov for faglig vurdering, og strukturerte kartleggingsverktøy som PHQ-9 kan først og fremst bidra med å samle relevant informasjon som danner grunnlag for slik vurdering.

Hvor ofte har du vært plaget av ett eller flere av de følgende problemene i løpet av de siste 2 ukene?	Ikke i det hele tatt	Noen dager	Mer enn halvparten av dagene	Nesten hver dag
1. Lite interesse for eller glede over å gjøre ting	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input checked="" type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
2. Følt deg nedfor, depriment eller fylt av håpløshet	<input type="checkbox"/> 0	<input checked="" type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
3. Vansker med å sovne eller med å sove natten gjennom uten å våkne – eller med at du sover for mye	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input checked="" type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
4. Følt deg trett eller slapp	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input checked="" type="checkbox"/> 3
5. Dårlig appetitt eller å spise for mye	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input checked="" type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
6. Vært misfornøyd med deg selv eller følt deg mislykket – eller følt at du har sviktet deg selv eller familien din	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input checked="" type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
7. Vansker med å konsentrere deg om ting, slik som å lese avisen eller se på TV	<input type="checkbox"/> 0	<input checked="" type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
8. Beveget deg eller snakket så langsomt at andre kan ha merket det? Eller motsatt – følt deg så urolig eller rastløs at du har vært mye mer i bevegelse enn vanlig	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input checked="" type="checkbox"/> 3
9. Tanker om at du like gjerne kunne vært død eller på annen måte ville skade deg selv	<input type="checkbox"/> 0	<input checked="" type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
Hvis du har opplevd ett eller flere av de problemene som nevnes, i hvor stor grad har problemene gjort det vanskelig for deg å utføre arbeidet ditt, ordne med ting hjemme eller å komme overens med andre?	<input type="checkbox"/> Ikke vanskelig i det hele tatt	<input type="checkbox"/> Litt vanskelig	<input checked="" type="checkbox"/> Veldig vanskelig	<input type="checkbox"/> Ekstremt vanskelig

PHQ-9 er utviklet av Dr. Robert L. Spitzer, Dr. Janet B. Williams, Dr. Kurt Kroenke og medarbeidere med et utdanningsstipend fra Pfizer Inc. Det er ikke nødvendig med tillatelse til reproduksjon, oversettelse, fremvisning eller distribusjon.

FIGUR 1 Eksempel på utfylt PHQ-9

**Merknad:** Rettighetshaverne til PHQ-9 har gjort PHQ-9 fritt tilgjengelig for reproduksjon, oversettelse, fremvisning og distribusjon ([www.phqscreeners.com](http://www.phqscreeners.com)). PHQ-9 kan derfor gjengis og anvendes fritt.

## PHQ-9 I PRAKTISK BRUK

PHQ-9 besvares som et vanlig spørreskjema. Figur 1 viser et eksempel på et besvart skjema. Det tar normalt noen få minutter å fylle ut skjemaet, og dette kan inngå som en del av en konsultasjon, eller skjemaet kan fylles ut i forkant. For fremmedspråklige pasienter kan det være aktuelt å besvare spørsmålene på eget morsmål der det finnes tilgjengelige oversettelser. PHQ-9 kan også gjennomføres som et kort klinisk intervju med pasienter, der det vurderes som mer aktuelt. Dette kan være i saker der man ønsker å være ekstra oppmerksom på at pasienten får med seg og forstår spørsmålene, for eksempel hos pasienter med lesevansker, konsentrasjonsvansker eller ved mulig redusert kognitiv funksjon.

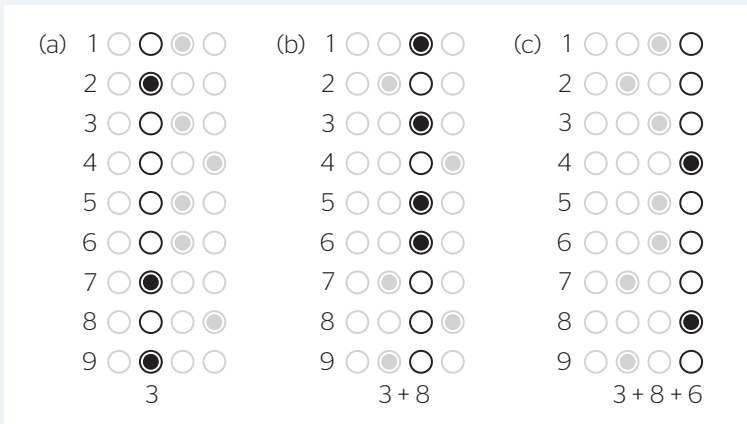
Spørsmålene dreier seg om omfang av symptomer på depresjon i løpet av de siste to ukene. Hvert spørsmål har 4 faste svaralternativer: «Ikke i det hele tatt», «Noen dager», «Mer enn halvparten av dagene» og «Nesten hver dag». Svaralternativene gir henholdsvis 0, 1, 2 og 3 poeng, og svarene i figur 1 kan slik sett gjengis i kortform som 2 1 2 3 2 2 1 3 1. Tilleggsspørsmålet om funksjonsvansker bidrar med relevant informasjon for å vurdere om det foreligger noen funksjonsbegrensende tilstand eller ikke.

## PHQ-9 FOR FORHÅNDSKARTLEGGING

For bruk ved forhåndskartlegging («screening») kan sammenlagt resultat av avgitte svar på PHQ-9 sammenliknes med kliniske grenseverdier for å gi en omtrentlig pekepinn på om, og i hvilken grad, en pasient er depriment. Omtrentlige nedre grenseverdier er 5, 10 og 20 for mulig mild, moderat og alvorlig depresjon (Kroenke et al., 2001), mens resultater under 5 tyder på ingen depresjon. For kun dikotom vurdering av mulig depresjon er 10 en egnet nedre grenseverdi (Kroenke et al., 2001; Levis, Benedetti & Thombs, 2019; Manea, Gilbody & McMillan, 2012). Figur 2 illustrerer hvordan svar kan sammenfattes og vurderes på denne måten.

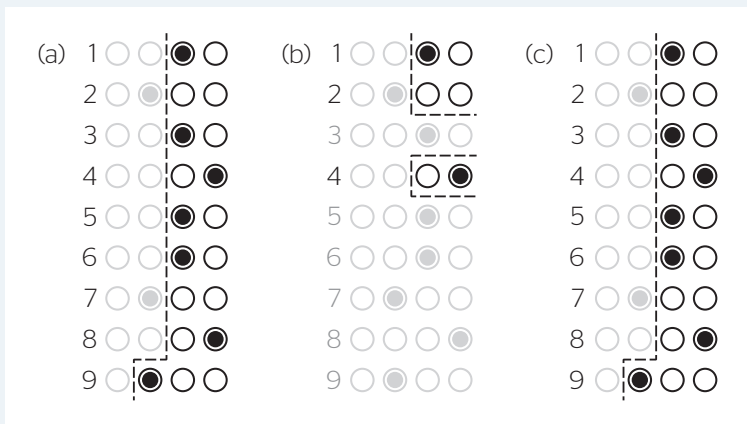
## BRUK AV PHQ-9 FOR DIAGNOSTISK KARTLEGGING

Instruksjonsmanualen (Pfizer, u.å.) beskriver også en diagnostisk algoritme for å vurdere svarene på PHQ-9 direkte opp mot symptomkri-



**FIGUR 2** Forhåndskartlegging av mulig depresjon med PHQ-9

*Merknad:* Summering av svarene fra figur 1 for å illustrere forhåndskartlegging (*screening*) med PHQ-9. Sammenlagt resultat av (a) alle ettpoenget svar, (b) alle topoenget svar og (c) alle trepoenget svar blir her  $3 + 8 + 6 = 17$ . Omtrentlige nedre grenseverdier er henholdsvis 5, 10 og 20 for mulig mild, moderat og alvorlig depresjon. Et resultat på 17 sammenfaller med mulig moderat depresjon.



**FIGUR 3** Vurdering av diagnosekriterier for depresjon i ICD-10 med PHQ-9

*Merknad:* Vurdering av eksempelsvarene i figur 1 opp mot diagnostiske kriterier i ICD-10. (a) For hvert topoenget eller trepoenget svar regnes ett symptom å være til stede, med unntak av spørsmål 9, hvor også ettpoenget svar teller. (b) Spørsmål 1, 2 og 4 angir kjernesymptomer, og minst 2 av disse må være til stede, slik som her. (c) Om nok kjernesymptomer er til stede, telles totalt antall symptomer opp. Her er totalt 7 til stede. Mild og moderat depresjon krever minst 2 kjernesymptomer og henholdsvis 4 eller 6 symptomer totalt. Alvorlig depresjon krever alle kjernesymptomer og minst 8 totalt. Her er kriteriene for moderat depresjon oppfylt.

teriene for depresjon i DSM. For hvert spørsmål besvart med «Mer enn halvparten av dagene» (topoengetssvar) eller høyere regnes ett symptom å være til stede, med unntak av spørsmål 9 hvor «Noen dager» (ettpoengetssvar) regnes som tilstrekkelig. Som vist i tabell 1 stiller ICD-10 litt andre krav til symptomkombinasjon enn DSM, noe som gir grunnlag for en tilsvarende diagnostisk algoritme tilpasset ICD-10:

1. For hvert spørsmål besvart med «Mer enn halvparten av dagene» eller mer (topoengetssvar), regnes ett symptom å være til stede. For spørsmål 9 er det nok med «Noen dager» (ettpoengetssvar).
2. Spørsmål 1, 2 og 4 angir kjernesymptomer ved depresjon. Minst 2 av disse må være til stede ved mild og moderat depresjon, mens alle 3 må være til stede ved alvorlig depresjon.
3. I tillegg må minst totalt 4, 6 eller 8 symptomer være til stede – inkludert kjernesymptomer – ved henholdsvis mild, moderat og alvorlig depresjon.

Figur 3 illustrerer vurdering av diagnostiske kriterier fra svarene i figur 1. >>

### SELMORDSRISIKO

Spørsmål 9 dreier seg om tanker om død eller selvskaade og kan brukes som informasjon for å vurdere nærmere kartlegging av selvmordsrisiko. Dersom spørsmålet er ubesvart, eller svaret er noe annet enn «Ikke i det hele tatt», kan det være grunn til å undersøke dette spørsmålet mer. Det kan være en god rutine å alltid undersøke svaret på dette spørsmålet, og kanskje spesielt legge merke til om det er ubesvart.

### PHQ-9 SOM TILBAKEMELDINGSVERKTØY

For pasienter som følges opp for depresjon, kan summen av avgitte svar brukes som et kvantitativt mål på depresjonsgrad. Ved å svare på PHQ-9 gjentatte ganger underveis i behandling gir dette grunnlag for å følge med på behandlingsutvikling. Klinisk signifikans (Jacobson & Truax, 1991) er en standardisert metode brukt i psykoterapiforskning for å anslå den praktiske kliniske betydningen av endringer hos enkeltpasienter. Med utgangspunkt i to tall som er beregnet fra normdata, (a) minste målbare endring og (b) grenseverdi som angir område for normalt funksjonsnivå, kan målt endring siden behandlingsstart kategoriseres som enten *verre*, *uendret*, *bedre* eller *frisk* (Langkaas, Johnson, Stenshorne, Collin-Tiller & Vrabel, 2017). For PHQ-9 kan minste målbare endring anslås til  $\pm 6$  og område for normal funksjon til  $\leq 6$  (se Langkaas et al., 2017, for detaljer og beregningsgrunnlag). Ved å sammenholde en pasients resultat med pasientens resultat ved behandlingsstart kan dermed pasientens aktuelle tilstand vurderes som

- *verre* ved økning på 6 poeng eller mer
- *uendret* ved mindre enn 6 poengs endring
- *bedre* ved nedgang på 6 poeng eller mer og siste resultat over 6
- *frisk* ved nedgang på 6 poeng eller mer og siste resultat lik 6 eller lavere

Tabell 2 viser resultatområder for de ulike endringskategoriene med utgangspunkt i resultat ved behandlingsstart, og tabellen kan brukes som referanse for å vurdere endring hos en pasient. Eksempelvis må en pasient med et utgangspunkt på 17 ved behandlingsstart oppnå et resultat i området 0–6 for å regnes som frisk. Pasientens tilstand vil regnes som

bedre ved resultater i området 7–11, uendret ved resultater i området 12–22, og som verre ved resultater over 22.

### VURDERING AV UFULLSTENDIG BESVARTE SKJEMAER

Fra tid til annen oppstår det behov for å sammenfatte spørreskjemaer der pasienter av ulike grunner unnlater å svare på enkeltspørsmål. Dette representerer en praktisk utfordring siden de ulike måtene å sammenfatte spørreskjemaer på normalt forutsetter fullstendig besvarte skjemaer. Ufullstendig besvarte skjemaer gir likevel grunnlag for å avgrense og vurdere mulige resultater. Ved kvantitativ sammenfatning angir det faktiske totalresultatet laveste mulige resultat, mens høyeste mulige resultat er gitt ved *faktisk resultat + antall ubesvarte*  $\times 3$ . Eksempelvis vil svarene 2\_020\_\_32 ha et faktisk resultat på 9 og et mulig resultat i området 9–18. Dette indikerer mild til moderat depresjon som mer sannsynlig resultat enn alvorlig eller ingen depresjon.

På samme måte er det også mulig å avgrense hva som er aktuelle diagnostiske muligheter ved ufullstendig besvarte skjemaer. I eksempelet med svarene 2\_020\_\_32 er allerede to kjernesymptomer til stede og fire symptomer totalt. Dette betyr at disse svarene i det minste passer med diagnostiske kriterier for mild depresjon. Med tre ubesvarte spørsmål ville det være mulig med høyst syv symptomer totalt, noe som ville passe med kriterier for moderat depresjon. Slik sett utelukker dette alvorlig og ingen depresjon som muligheter.

### PHQ-9 SAMMENLIKNET MED AKTUELLE ALTERNATIVER

Fried (2017) viser hvordan spørsmålene i ulike strukturerte kartleggingsverktøy for depresjon i begrenset grad samsvarer på tvers av slike verktøy, noe som potensielt bidrar til ulike resultater i kartlegging av depresjon. PHQ-9 har her en generell fordel av å ha spørsmål som er direkte knyttet til diagnosekriterier for depresjon, og kan dermed sammenholdes direkte med disse.

Nasjonale retningslinjer for utredning og behandling av depresjon (Helsedirektoratet, 2009) anbefaler ulike strukturerte kartleggingsverktøy som *Montgomery-Åsberg Depression Rating Scale* (MADRS; Montgomery & Åsberg,



PHQ-9 ved behandlings-start	PHQ-9 resultatområder			
	Frisk	Bedre	Uendret	Verre
0			0-5	6-27
1			0-6	7-27
2			0-7	8-27
3			0-8	9-27
4			0-9	10-27
5			0-10	11-27
6	0		1-11	12-27
7	0-1		2-12	13-27
8	0-2		3-13	14-27
9	0-3		4-14	15-27
10	0-4		5-15	16-27
11	0-5		6-16	17-27
12	0-6		7-17	18-27
13	0-6	7	8-18	19-27
14	0-6	7-8	9-19	20-27
15	0-6	7-9	10-20	21-27
16	0-6	7-10	11-21	22-27
17	0-6	7-11	12-22	23-27
18	0-6	7-12	13-23	24-27
19	0-6	7-13	14-24	25-27
20	0-6	7-14	15-25	26-27
21	0-6	7-15	16-26	27
22	0-6	7-16	17-27	
23	0-6	7-17	18-27	
24	0-6	7-18	19-27	
25	0-6	7-19	20-27	
26	0-6	7-20	21-27	
27	0-6	7-21	22-27	

**TABELL 2** Resultatområder for å vurdere klinisk signifikant endring av depresjon med PHQ-9

*Merknad:* Tallene er basert på en minste målbar endring på 6 poeng og et normalt funksjonsområde med en øvre grenseverdi på 6.

1979), *Beck Depression Inventory-II* (BDI-II; Beck, Steer & Brown, 1996), *Geriatric Depression Scale* (GDS; Yesavage et al., 1982), WHO-5 (Topp, Østergaard, Søndergaard & Bech, 2015), *Hospital Anxiety and Depression Scale* (HADS; Zigmond & Snaith, 1983), *Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders* (SCID-I; First, Spitzer, Gibbon & Williams, 1996) og *Mini International Neuropsychiatric Interview* (M.I.N.I.; Sheehan et al., 1998).

BDI-II, HADS og SCID-I er rettighetsbeskyttet, og av disse har vi kun klart å finne offisiell norsk versjon for BDI-II. I norske versjoner av GDS (Yesavage, 1983) og WHO-5 (World Health Organization, u.å.) er det anbefalt å følge opp med MADRS eller PHQ-9 ved behov for å vurdere depresjon, noe som i praksis betyr at GDS og WHO-5 er overflødige for dette formålet. BDI-II, MADRS og M.I.N.I. ser slik sett ut til å være de aktuelle alternativene til PHQ-9 i praksis.

”

PHQ-9 har her en generell fordel av å ha spørsmål som er direkte knyttet til diagnosekriterier for depresjon

»

”

Så langt inneholder ICD-11 enkelte mindre endringer i diagnosekriteriene for depresjon

Sammenliknet med BDI-II har PHQ-9 fordelene av å være kostnadsfri i bruk, ha langt færre spørsmål (BDI-II har 21 spørsmål), alle spørsmål er knyttet til diagnostiske kriterier, og tolkning er ikke kun basert på grenseverdier. Sammenliknet med MADRS har PHQ-9 fordelene av å være laget for selvutfylling, med klart definerte spørsmål og svaralternativer, noe som gjør at psykometriske egenskaper ikke avhenger av en godt trent intervjuer. Sammenliknet med M.I.N.I. er PHQ-9 enkel å sammenholde med diagnostiske kriterier for ICD-10, mens vurdering av depresjon i M.I.N.I. kun er basert på DSM-IV og ikke lar seg tilpasse til ICD-10. Sammenliknet med alle disse alternativene har PHQ-9 fordelene av å ha offisielle oversettelser for ulike språk fritt tilgjengelig på nett, noe som ofte gjør det mulig å la fremmedspråklige pasienter besvare spørsmålene på eget morsmål.

#### HVA MED ICD-11?

ICD-11 er nå utgitt i en første forberedende versjon (<https://icd.who.int/>), men det kan fortsatt ta mange år før ICD-11 er innført i Norge og overtar som gjeldende diagnosesystem. Så langt inneholder ICD-11 enkelte mindre endringer i diagnosekriteriene for depresjon. Redusert energi eller økt tretthet vil ikke lenger regnes som et kjernesymptom, noe som vil bidra til bedre harmonisering med DSM-5. Håpløshet innføres som nytt symptom på depresjon. Reed et al. (2019) beskriver dessuten at minste antall symptomer som kreves, vil økes til 5 – i samsvar med DSM-5 – men dette gjenspeiles så langt ikke i den siste versjonen av ICD-11 på nett (<https://icd.who.int/>). Slik diagnosekriteriene ser ut så langt, vil PHQ-9 fortsette å være egnet for bruk i klinisk praksis også etter at ICD-11 offisielt tas i bruk.

#### SENTRALE BEGRENSNINGER VED BRUK AV PHQ-9 I PRAKSIS

Et godt validert selvrapportskjema med relativt høy sensitivitet og spesifisitet – slik som PHQ-9 – har fortsatt omfattende begrensninger dersom det brukes alene i forsøk på å identifisere klinisk depresjon. Positiv prediktiv verdi er et mål på hvor sannsynlig det er at et positivt testresultat faktisk stemmer. Levis og kollegaer (2019) anslår at for PHQ-9 gir den anbefalt nedre kliniske grenseverdien på 10 en positiv prediktiv verdi på 0,49 ved bruk i primærhelsetjenesten. I tilfeller der slik forhåndskartlegging med PHQ-9 indikerer mulig klinisk depresjon, vil det derfor være 51 % sannsynlig at dette faktisk *ikke* stemmer. Gitt at vi kan anta at det er høyere forekomst av depresjon i klinisk psykologisk arbeid i spesialisthelsetjenesten vil positiv prediktiv verdi her sannsynligvis være noe høyere.

Anslagene til Levis og kollegaer (2019) tilsvarer en negativ prediktiv verdi på 0,98. Det vil si at i tilfeller der slik forhåndskartlegging *ikke* indikerer mulig klinisk depresjon, vil det være 98 % sannsynlig at dette faktisk stemmer. Oppsummert viser da anslagene til Levis og kollegaer (2019) at PHQ-9 brukt alene i hovedsak egner seg for å utelukke klinisk depresjon. Mitchell, Yadegarfar, Gill og Stubbs (2016) kom til samme konklusjon og viste samtidig til at PHQ-2 – som kun består av de to første spørsmålene på PHQ-9 – med en nedre klinisk grenseverdi på 2 er tilstrekkelig godt egnet for å utelukke klinisk depresjon i praksis. Dette samsvarer godt med de diagnostiske algoritmene for PHQ-9 – det kreves minst ett topoengs svar på de to første spørsmålene for å oppfylle diagnostiske krav til kjernesymptomer ved depresjon både i DSM og ICD-10.

Det kan være verdt å merke seg at en vurdering basert på kliniske grenseverdier ikke nødvendigvis sammenfaller med vurdering av diag-

nostiske kriterier. I spørsmål om diagnostikk gir derfor PHQ-9 bedre informasjon når svarene sammenholdes direkte med diagnosekriteriene, enn ved å tolke resultatet ut fra de omtrentlige nedre grenseverdiene 5, 10 og 20. I teorien kan forskjellen være stor, noe vi kan illustrere med svarene 1 1 3 3 3 3 3 3 0. Med et sammenlagt resultat på 20 kunne disse svarene indikere mulig alvorlig depresjon, men ved å sjekke svarene opp mot diagnosekriteriene ser vi at tilstrekkelig antall kjernesymptomer på depresjon ikke er til stede. Det eneste kjernesymptomet til stede er redusert energi eller økt tretthet (spørsmål 4), noe som ikke holder for å stille en depresjonsdiagnose. Ved slike svar vil det være naturlig å søke etter andre forklaringer enn depresjon for det høye resultatet. Dette illustrerer en sentral begrensning ved alle strukturerte kartleggingsverktøy som kun bruker grenseverdier for å indikere sannsynlig diagnose – det er ikke gitt at et resultat over en klinisk grenseverdi faktisk representerer et tilfelle der diagnosekriteriene er oppfylt.

I klinisk praksis betyr dette at det er begrenset nytte av å anvende strukturerte kartleggingsverktøy med kliniske grenseverdier for å identifisere depresjon. Siden svarene på PHQ-9 kan sammenholdes direkte med diagnosekriterier for depresjon, vil vi derfor hevde at det er større praktisk nytte av å anvende en diagnostisk algoritme i kombinasjon med en helhetlig klinisk vurdering fremfor å anvende kliniske grenseverdier.

En generell begrensning ved strukturerte kartleggingsverktøy er at de ikke er tilstrekkelige for å gjøre en diagnostisk avklaring. Det er i tillegg behov for en faglig vurdering av all tilgjengelig informasjon, inkludert andre mulige forklaringer, for å avgjøre om det foreligger en behandlingstrengende depresjonstilstand. Dette samsvarer også med konklusjonene ovenfor om at PHQ-9 brukt alene i hovedsak egner seg for å utelukke depresjon, men ikke identifisere depresjon. Vi har beskrevet at tilstandsbildet må vurderes opp mot øvrig livssituasjon, og vi har beskrevet hvordan bruk av grenseverdier for å sannsynliggjøre diagnoser i enkelte tilfeller kan være misvisende. Fra eget klinisk arbeid har vi også erfaring med pasienter som besvarer PHQ-9 på en måte som samsvarer med diagnostiske kriterier for alvorlig depresjon, men

der dette ikke understøttes av det kliniske inntrykket og øvrig informasjon. I slike tilfeller er det naturlig å undersøke andre forklaringer på pasientens svar.

I likhet med mange andre oversatte kartleggingsverktøy foreligger det så langt ikke noen norsk valideringsstudie av PHQ-9. Av kartleggingsverktøy for depresjon kjenner vi kun til at det er gjort norsk validering av BDI-II (Aasen, 2001). En rekke faktorer peker mot at PHQ-9 likevel egner seg for bruk under norske forhold. Innholdsmessig fremgår det at spørsmålene på PHQ-9 samsvarer med kriteriene i diagnosesystemene, og det er kjent at resultater på PHQ-9 i stor grad sammenfaller med resultater på BDI-II (Titov et al., 2011). PHQ-9 er allerede i bruk i *Rask psykisk helsehjelp*, og vi er kjent med at Modum Bad og Folkehelseinstituttet har foretatt en uavhengig oversettelse og tilbakeoversettelse av PHQ-9 (tilgjengelig på <https://www.kognitiv.no/>). Denne oversettelsen ser ut til å samsvare godt med den offisielle norske versjonen.

Når det gjelder bruk av kartleggingsverktøy for å vurdere endring, er det verdt å påpeke at observasjon av endring i seg selv ikke kan gi noe informasjon om virkning av behandling. Dette gjelder også ved observasjon av eventuell klinisk signifikant endring. Klinisk signifikans er kun en metodisk tilnærming for å vurdere endring. Metodikken er ikke egnet til å si noe om virkning (Langkaas, Wampold & Hoffart, 2018).

## KONKLUSJON

PHQ-9 er et spørreskjema som er allsidig og anvendelig i vanlig klinisk praksis. Skjemaet er enkelt å besvare, er gratis å bruke og tar kort tid å vurdere. Tabell 3 gir en kort sammenfatning av viktige tall en må huske for å vurdere svarene. PHQ-9 kan fint brukes i papirform, og anvendes både som spørreskjema og intervju. Bruksområdet er både i konsultasjon og mellom konsultasjoner, for forhåndskartlegging av depresjon, diagnostisk vurdering, samt vurdering av endring. For fremmedspråklige pasienter kan skjemaet ofte gis på morsmålet. »

Tall å huske	Forklaring
9	Spørsmål 9 gir informasjon om behov for å undersøke selvmordsfare.
5, 10, 20	Nedre grenseverdier for rask omtrentlig vurdering av henholdsvis mulig mild, moderat eller alvorlig depresjon.
1, 2, 4	Spørsmål 1, 2 og 4 angir kjernesymptomer for depresjon i ICD-10.
2, 4, 6, 8	I ICD-10 må minst 2 kjernesymptomer være til stede og samlet sett minst 4, 6 eller 8 symptomer for henholdsvis mild, moderat eller alvorlig depresjon (alvorlig depresjon krever alle kjernesymptomene).
± 6, ≤ 6	For vurdering av klinisk signifikant endring regnes minste målbare forskjell å være på 6, og øvre grense for normal funksjon er på 6. Ved en målbar nedgang der siste resultat er innenfor området for normal funksjon, regnes endringen som klinisk signifikant.

TABELL 3 Viktige tall for å vurdere svar på PHQ-9

For depresjonsvurdering, som ofte er en rutineoppgave i klinisk praksis, bidrar PHQ-9 etter vårt syn til raskere, mer fokusert og mer fleksibel kartlegging enn annen strukturert kartlegging av depresjon, som med MADRS, M.I.N.I. eller BDI-II. Når det gjelder rutinemessige kliniske oppgaver – som depresjons-

vurdering – vil selv små forbedringer som dette kunne gjøre en forskjell i en travel klinisk hverdag. ✕

#### Takk

Forfatterne ønsker å takke Pål Nielsen Glad for nyttige innspill på et tidligere utkast av denne artikkelen.

### REFERANSER

- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4. utg.). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5. utg.). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Beck, A. T., Steer, R. A. & Brown, G. K. (1996). *Beck Depression Inventory-II (BDI-II)*. San Antonio, TX: Psychological Corporation.
- Bekhuis, E., Hartman, T. C. O., Boschloo, L. & Lucassen, P. L. (2019). A new approach to psychopathology: the example of depression. *British journal of general practice*, 69(680), 146–147. <https://doi.org/10.3399/bjgp19X701717>
- First, M. B., Spitzer, R. L., Gibbon M. & Williams, J. B.W. (1996) *Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders, Clinician Version (SCID-CV)*. Washington, D.C.: American Psychiatric Press, Inc.
- Fried, E. I. (2017). The 52 symptoms of major depression: Lack of content overlap among seven common depression scales. *Journal of affective disorders*, 208, 191–197. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2016.10.019>
- Helsedirektoratet. (2008). *Nasjonale retningslinjer for forebygging av selvmord i psykisk helsevern (IS-1511)*. Oslo: Helsedirektoratet.
- Helsedirektoratet. (2009). *Nasjonale retningslinjer for diagnostisering og behandling av voksne med depresjon i primær- og spesialisthelsetjenesten (IS-1561)*. Oslo: Helsedirektoratet.
- Jacobson, N.S. & Truax, P. (1991). Clinical significance: a statistical approach to defining meaningful change in psychotherapy research. *Journal of consulting and clinical psychology*, 59(1), 12–19. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.59.1.12>
- Kroenke, K., Spitzer, R. L. & Williams, J. B. (2001). The PHQ-9: validity of a brief depression severity measure. *Journal of general internal medicine*, 16(9), 606–613. <https://doi.org/10.1046/j.1525-1497.2001.016009606.x>
- Kroenke, K., Strine, T. W., Spitzer, R. L., Williams, J. B., Berry, J. T. & Mokdad, A. H. (2009). The PHQ-8 as a measure of current depression in the general population. *Journal of affective disorders*, 114(1–3), 163–173. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2008.06.026>
- Langkaas, T. F., Johnson, S. U., Stenshorne, K., Collin-Tiller, C. & Vrabell, K. R. (2017). Klinisk signifikans i praksis. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 54(12), 1160–1167.
- Langkaas, T. F., Wampold, B. E. & Hoffart, A. (2018). Five types of clinical difference to monitor in practice. *Psychotherapy*, 55(3), 241–254. <https://doi.org/10.1037/pst0000194>
- Levis, B., Benedetti, A. & Thombs, B. D. (2019). Accuracy of Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9) for screening to detect major depression: individual participant data meta-analysis. *BMJ*, 365, 11476. <https://doi.org/10.1136/bmj.11476>
- Lichtman, J. H., Bigger Jr, J. T., Blumenthal, J. A., Frasure-Smith, N., Kaufmann, P. G., Lespérance, F., ... & Froelicher, E. S. (2008). Depression and coronary heart disease: recommendations for screening, referral, and treatment: a science advisory from the American Heart Association Prevention Committee of the Council on Cardiovascular Nursing, Council on Clinical Cardiology, Council on Epidemiology and Prevention, and Interdisciplinary Council on Quality of Care and Outcomes Research: endorsed by the American Psychiatric Association. *Circulation*, 118(17), 1768–1775. <https://doi.org/10.1161/CIRCULATIONAHA.108.190769>
- Manea, L., Gilbody, S. & McMillan, D. (2012). Optimal cut-off score for diagnosing depression with the Patient Health Questionnaire (PHQ-9): A meta-analysis. *Canadian Medical Association journal*, 184(3), E191–E196. <https://doi.org/10.1503/cmaj.110829>
- Mitchell, A. J., Yadegarfar, M., Gill, J. & Stubbs, B. (2016). Case finding and screening clinical utility of the Patient Health Questionnaire (PHQ-9 and PHQ-2) for depression in primary care: a diagnostic meta-analysis of 40 studies. *BJPsych open*, 2(2), 127–138. <https://doi.org/10.1192/bjpo.bp.115.001685>
- Montgomery, S. A. & Åsberg, M. (1979). A new depression scale designed to be sensitive to change. *The British journal of psychiatry*, 134(4), 382–389. <https://doi.org/10.1192/bjp.134.4.382>
- National Collaborating Centre for Mental Health. (2018). *The Improving Access to Psychological Therapies (IAPT) Manual*. England: National Health Service.

- National Institute for Health and Care Excellence. (2011). *Common mental health problems: identification and pathways to care* (Clinical guideline CG123). Hentet fra <https://www.nice.org.uk/guidance/cg123>
- Pfizer. (u.å.). *Instructions for Patient Health Questionnaire (PHQ) and GAD-7 Measures*. Hentet fra <https://phqscreeners.pfizer.edrupalgardens.com/sites/g/files/g10016261f/201412/instructions.pdf>
- Reed, G. M., First, M. B., Kogan, C. S., Hyman, S. E., Gureje, O., Gaebel, W., ... & Claudino, A. (2019). Innovations and changes in the ICD-11 classification of mental, behavioural and neurodevelopmental disorders. *World Psychiatry, 18*(1), 3–19. <https://doi.org/10.1002/wps.20611>
- Sheehan, D. V., Lecrubier, Y., Sheehan, K. H., Amorim, P., Janavs, J., Weiller, E., ... Dunbar, G. C. (1998). The Mini-International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.): The development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10. *The journal of clinical psychiatry, 59*(Suppl 20), 22–33.
- Smith, O. R. F., Alves, D. E. & Knapstad M. (2016). *Rask psykisk helsehjelp: Evaluering av de første 12 pilotene i Norge*. Oslo: Folkehelseinstituttet.
- Spitzer, R. L., Kroenke, K. & Williams, J. B. (1999). Validation and utility of a self-report version of PRIME-MD: The PHQ Primary Care Study. *Journal of the American Medical Association, 282*(18), 1737–1744. <https://doi.org/10.1001/jama.282.18.1737>
- Strawbridge, R., Young, A. H. & Cleare, A. J. (2017). Biomarkers for depression: recent insights, current challenges and future prospects. *Neuropsychiatric disease and treatment, 13*, 1245–1262. <https://doi.org/10.2147/NDT.S114542>
- Titov, N., Dear, B. F., McMillan, D., Anderson, T., Zou, J. & Sunderland, M. (2011). Psychometric comparison of the PHQ-9 and BDI-II for measuring response during treatment of depression. *Cognitive behaviour therapy, 40*(2), 126–136. <https://doi.org/10.1080/16506073.2010.550059>
- Topp, C. W., Østergaard, S. D., Søndergaard, S. & Bech, P. (2015). The WHO-5 Well-Being Index: a systematic review of the literature. *Psychotherapy and psychosomatics, 84*(3), 167–176. <https://doi.org/10.1159/000376585>
- World Health Organization. (u.å.). *WHO-5*. Hentet fra [https://www.psykiatri-regi-onh.dk/who-5/Documents/WHO5\\_Norwegian.pdf](https://www.psykiatri-regi-onh.dk/who-5/Documents/WHO5_Norwegian.pdf)
- World Health Organization. (1992). *The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders*. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization. (2017). *Depression and other common mental disorders: global health estimates*. Geneva: World Health Organization.
- Yesavage, J. A. (1983). *GDS – geriatrik depresjonsskala*. Hentet fra <https://ah-web-prod.s3.amazonaws.com/documents/GDS.pdf>
- Yesavage, J. A., Brink, T. L., Rose, T. L., Lum, O., Huang, V., Adey, M. & Leirer, V. O. (1982). Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report. *Journal of psychiatric research, 17*(1), 37–49. [https://doi.org/10.1016/0022-3956\(82\)90033-4](https://doi.org/10.1016/0022-3956(82)90033-4)
- Zigmond, A. S. & Snaith, R. P. (1983). The hospital anxiety and depression scale. *Acta psychiatrica scandinavica, 67*(6), 361–370. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.1983.tb09716.x>
- Aasen, H. (2001). An empirical investigation of depression symptoms: norms, psychometric characteristics and factor structure of the Beck Depression Inventory II. Bergen: Det psykologiske fakultet, Universitetet i Bergen. Hentet fra <https://bora.uib.no/handle/1956/1773>

## FORSKNINGSNOTIS

### Flere selvmord i Japan under pandemien

En japansk studie fant flere selvmord i noen måneder under pandemien i 2020 enn i tilsvarende måneder i 2016 og 2019. For menn økte selvmordsraten i oktober og november, for kvinner i juli og gjennom november. Blant menn var den relative økningen særlig merkbart i aldersgruppen under 30 år. Det samme gjaldt for kvinner, men her slo endringene også ut i aldersspennet 30–49 år. I Japan antas det at ikke minst kvinner og unge voksne er særlig sårbare for økonomiske vanskeligheter og påbudene om sosial distansering som følge av pandemien. Tidligere forskning i øyriket har dokumentert sammenhenger mellom arbeidsledighet og økt selvmordsrate.

#### REFERANSE

Sakamoto, H., Ishikane, M., Ghaznavi, C., & Ueda, P. (2021). Assessment of Suicide in Japan During the COVID-19 Pandemic vs Previous Years. *JAMA Network Open, 4*(2). <https://doi:10.1001/jamanetworkopen.2020.37378>

## KOMMENTAR PÅ NETT:

### Ny artikkel om ASRS

I Tanya Ryders rapport i forrige utgave av Psykologtidsskriftet etterlyser hun normdata og valideringsundersøkelser av «The Adult Attention-Deficit / Hyperactivity Disorder (ADHD) Self Report Scale (ASRS)». Psykolog Erlend Joramo Brevik har publisert psykometriske data på ASRS, som kan veilede klinikere i å tolke og bruke instrumentet. Les kommentaren hans på psykologtidsskriftet.no



## VITENSKAPELIG ARTIKKEL

TIDSSKRIFT FOR NORSK PSYKOLOGFORENING 2021 S. 188-199 FAGFELLEVDERT

MARTINE DYRAN<sup>1</sup>, ANNIKA SØDERHOLM<sup>2</sup>, BENTE SOMMERFELDT<sup>3</sup> & FINN SKÅRDERUD<sup>3</sup><sup>1</sup>DPS Nedre Romerike, Allmennpoliklinikk A, Akershus Universitetssykehus HF, <sup>2</sup>Bærum barneverntjeneste,<sup>3</sup>Institutt for spiseforstyrrelser/Villa Sult

KONTAKT martinedyran@yahoo.com

# «DET HAR EGENTLIG VÆRT EN TRYGGING»

- En kvalitativ studie av miljøterapeuters erfaringer med et opplæringsprogram i barnevernet

Litteraturen om terapeututvikling kaster lys over hva miljøterapeuter trenger for å kjenne seg tryggere i en krevende arbeidshverdag i barnevernet.

Nasjonal og internasjonal forskning viser at barn og unge i barneverntjenesten har høyere forekomst av psykiske vansker enn barn og unge i befolkningen generelt. Blant disse ungdommene er prevalensen av spiseforstyrrelser og alvorlig selvskading høy (Kayed et al., 2015). Miljøterapeuter som arbeider med barnevernsbeboere, spiller en viktig rolle for barnas utvikling ved å skape et trygt miljø og være tilgjengelige og sensitive omsorgsgivere (Bræin, Andersen & Simonsen, 2017; Jozefiak, 2016). Vi har vært interessert i å finne ut mer om hvordan kvaliteten på miljøterapi kan fremmes i arbeid med ungdommene med de største utfordringene. I denne studien undersøkte vi hvordan miljøterapeuter selv opplevde at et opplæringsprogram om spiseforstyrrelser og selvskading påvirket dem i deres miljøterapeutiske rolle og praksis.

Miljøterapi brukes innenfor ulike institusjonelle rammer og kan ha sitt utspring i et mangfold av teoretiske retninger (Skorpen, Andersen, Øye & Bjelland, 2008). Miljøterapi som

## ABSTRACT

«*Actually, it has made us feel more at ease*»

- *A qualitative study of milieu therapists' experiences of a training program in child welfare institutions.*

**Background and aims:** There is scant knowledge on milieu therapists' competency development and what they benefit from when it comes to professional growth. This study aims to explore milieu therapists' experience of how an eating disorders training program impacts their role and work in child welfare institutions.

**Method and analysis:** Seven milieu therapists were interviewed. Data was analysed using Interpretive Phenomenological Analysis.

**Results:** Analysis resulted in three main themes and nine sub-themes:

- 1) To enable development through different elements of the program,
- 2) To experience having a joint project and 3) To develop an exploratory attitude. «Feeling more at ease» permeated all the three themes and became an overarching core category.

**Conclusion:** In line with therapist development research, the respondents in our study highlighted the importance of combining theory and case-based supervision in order to develop professionally and to feel more at ease in their role and work. In addition, the milieu therapists experienced that attending the training program as a group was important for creating a sense of community at work and helping each other to feel more at ease.

*Keywords: competence development, milieu therapy, child welfare, eating disorders*

» **MERKNAD** Psykiater Finn Skårderud og psykologspesialist Bente Sommerfeldt fra Villa Sult har utviklet og implementert opplæringsprogrammet i studien for barnevernsinstitusjoner underlagt Aleris (nå Stendi). De inviterte psykologistudenter fra UiO til å forske på prosjektet fra personalets perspektiv. Førsteforfatterne Martine Dyrans og Annika Søderholm gjennomførte alle intervjuer og all dataanalyse i forbindelse med hovedoppgave på profesjonsstudiet i psykologi ved UiO.



## Psykologer har i økende grad fått tildelt rollen som bærere og formidlere av kunnskap i barnevernet

begrep er derfor uavgrenset. For at arbeidet skal forstås som miljøterapi, kreves det i dag noen grunnleggende forutsetninger. Miljøterapi skal begrunnes faglig, være planlagt og legge til rette for at brukere skal kunne nyttiggjøre seg samhandling med omgivelsene. Det er skrevet relativt få fagbøker om miljøterapi som kan gi et faglig fundament for arbeidet. Selv erfarne miljøterapeuter kan streve med å redegjøre for hva miljøterapi egentlig er (Skårderud & Sommerfeldt, 2013).

Utrygghet og kompetansemangler hos miljøterapeuter i møte med personer med psykiske lidelser i barnevernsinstitusjoner har blitt påpekt (Bachmann, Michaelsen & Vatne, 2016; Bufdir, 2017; Røsdal et al., 2017; Røsdal & Nesje, 2018). Evalueringsrapporter av kompetansehevingstiltak til nå viser til et behov for å få økt forståelse av hvordan man kan utvikle opplæringsprogrammer som oppleves relevante av mottakerne, gir økt trygghet i rollen, og bidrar til at fagkunnskapen fra kurs oppleves som nyttig i praksis (Bræin et al., 2017; Røsdal et al., 2017; Røsdal & Nesje, 2018). Det er lite kunnskap om mottakernes perspektiver på opplæringstiltak. For å utvikle og implementere opplæringsprogrammer i barnevernet på best mulig måte er det derfor nødvendig å få økt kunnskap om hva miljøterapeuter erfarer at fremmer deres utvikling.

Psykologer har i økende grad fått tildelt rollen som bærere og formidlere av kunnskap i barnevernet (Hansen, 2015). Dessuten spiller psykologer en viktig rolle i å utvikle evidensbaserte retningslinjer for miljøterapi i barnevern (Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid, 2016). Implementering av retningslinjer i barnevern i form av veiledning og kurs er også en sentral arbeidsoppgave for psykologer. Få studier ser på hva som fremmer kompetanseutvikling hos miljøterapeuter alene. Det er interessant å finne ut om den unike kunnskapen psykologer har om terapeututvikling, kan anvendes innenfor miljøterapifeltet, fordi en del kompetansekrav er like. Det miljøterapeutiske arbeidet skiller seg fra det psykoterapeutiske arbeidet ved at man er mye sammen, både ansatte og beboere. Samtalen vektlegges psykoterapeutisk, mens samværet er grunnlaget for miljøterapien (Olkowska & Landmark, 2009). I begge yrker står likevel relasjonskompetanse sentralt. Da det er gjort få studier på hva som bidrar til utvikling av miljøterapeuters kompetanse, kan det være nyttig å se på studier av terapeututvikling på tvers av profesjoner.

Orlinsky, Boterman og Rønnestad (2001) gjennomførte en stor kvalitativ studie på terapeuter med ulik profesjon, teoretisk orientering og utdanningsnivå. De fant at det terapeutene erfarte at påvirket deres utvikling mest, var henholdsvis 1) direkte klinisk erfaring med pasienter, 2) veiledning og 3) egenerapi. Etterfulgt av dette, men av mindre betydning, var kurs og seminarer, erfaringer utenom terapi, litteratur, uformelle diskusjoner med kollegaer og å veilede andre.

Rønnestad og Skovholt (2003) fant i en longitudinell studie av psykoterapeuter på tvers av erfaringsnivåer at deres evne og vilje til kontinuerlig refleksjon over egen praksis og spesielt utfordringer var en forutsetning for optimal utvikling. Veiledning og samtaler med kolleger ble trukket frem som sentrale arenaer som fremmet refleksjon og bidro til en bedret evne til å håndtere kliniske utfordringer. De indikerer videre at terapeututvikling fordrer kontinuerlig veiledning med fokus på refleksjon over kliniske kasus og sosial støtte.

I denne studien så vi på hvordan miljøterapeuter opplevde at et opplæringsprogram påvirket deres rolle og arbeid. Vi undersøkte to tilgrensende temaer – hva det var med programmet som miljøterapeutene opplevde



at påvirket dem, og hvordan de ble påvirket. Resultatene vil bli drøftet i lys av litteratur om terapeututvikling, for å utvide vår forståelse av miljøterapeutenes erfaringer.

## METODE

Vi har gjort en undersøkelse i tråd med *fortolkende fenomenologisk analyse* («Interpretive phenomenological analysis», IPA). Metoden egner seg godt når man vil forstå menneskers opplevelser av et fenomen i en gitt kontekst, der personer med førstehåndskunnskap gir rike, detaljerte beskrivelser av sine erfaringer (Smith & Osborn, 2015). Semistrukturerte dybdeintervjuer med et mindre antall informanter er den vanligste fremgangsmåten for å sikre slike rike beskrivelser.

## Deltakere

De to førsteforfatterne rekrutterte miljøterapeuter fra to barneverninstitusjoner som hadde deltatt i et opplæringsprogram utviklet av fagfolk på Institutt for spiseforstyrrelser/Villa Sult. Formålet med opplæringen var å løfte kompetansen til miljøterapeuter som jobber med unge med spiseforstyrrelser og selvsykdom. Bakgrunnen for prosjektet var at barneverntjenesten hadde avdekket et behov for økt kompetanse om spiseforstyrrelser hos sine ansatte. Opplæringsprogrammet gikk over to år og bestod av månedlig intern veiledning med psykologspesialister og fire todagers fagseminarer bygget på mentaliseringsteori og en integrativ tilnærming til spiseforstyrrelser og beslektede temaer som kropp, ernæring og selvsykdom (Aleris, 2016; Bateman & Fonagy, 2004; Skårderud, 2008; Skårderud & Sommerfeldt, 2009b). Deltakerne ble rekruttert til studien via e-post i forkant av siste seminar. Av de 20 miljøterapeutene som fylte studiens inklusjonskriterier, var det syv som meldte seg frivillig til å delta. Utvalget besto av seks kvinner og én mann i aldersgruppen 20 til 55 år med ulik utdanningsbakgrunn innenfor psykisk helsearbeid, barnevernspedagogikk, vernepleie, pedagogikk og sosialt arbeid. Fem av informantene hadde deltatt siden prosjektet startet, en hadde deltatt i et år, og en i et halvt år.

## Datainnsamling

Datainnsamlingen ble foretatt av de to førsteforfatterne under og i etterkant av det siste fagseminaret i februar 2018. Vi anså dette tidspunktet som gunstig for å fange opp reflek-

sjoner ettersom deltakerne fremdeles var i opplæringsprosessen og kompetansen var friskt i minnet, samtidig som de hadde hatt tid til å prøve ut elementer fra programmet i sin arbeidshverdag. Intervjuene startet med demografiske spørsmål, og tok videre utgangspunkt i en semistrukturert intervjuguide (Kvale & Brinkmann, 2009). Intervjuguiden ble utviklet for å fange informantenes opplevelse av selve opplæringsprogrammet og eventuelle opplevelser av endring i egen rolle og praksis underveis i programmet. Vår intervjuguide inkluderte derfor spørsmål om miljøterapeutenes erfaringer med opplæringsprogrammet generelt, hva de syntes var mest og minst nyttig og om deres opplevelse av endring – i miljøterapeutrollen, i arbeidet med ungdommene, i det kollegiale miljøet og hos ungdommene. Under intervjuene forsøkte førsteforfatterne å ha en åpen tilnærming der det ble stilt spørsmål etter hvert som deltakerne kom inn på de ulike temaene av interesse. Informantene ble også bedt om å komme med konkrete eksempler på endring før versus nå.

## Dataanalyse

I analyseprosessen gikk de to førsteforfatterne i dybden på ett enkelt intervju om gangen, der de leste gjennom, kommenterte og formulerte gryende temaer hver for seg. Deretter sammenlignet de analysene av intervjuet, før de gikk over på neste intervju. Etter å ha funnet gryende temaer for hvert intervju og sammenlignet disse gikk de tilbake til datamaterialet for å sikre at temaene lå nær deltakerens utsagn. Til slutt ble temaer på tvers av intervjuer sammenfattet til overordnede temaer. I analyseprosessen ble det tydelig at det var ett tema som gjennomsyret alle hovedtemaene. Det ble dermed naturlig å trekke inn begrepet *kjernekategori* fra den beslektede kvalitative metoden, databasert teoriutvikling («grounded theory») (Charmaz, 2006).

## Refleksivitet

Under analyseprosessen reflekterte de to førsteforfatterne over hvordan de kunne påvirke meningskonstruksjonen av dataene ut fra sine erfaringer og forventninger. De to forskerne kjente til opplæringsprogrammets formål på forhånd, men hadde mindre kjennskap til mentaliseringsteori, som programmet bygget på. De fikk økt kunnskap om temaet gjennom å lese »

og observere fagseminarer. Denne nærheten til fenomenet kan ha vært fordelaktig for å stille relevante oppfølgingsspørsmål i intervjurunden. På den annen side kan det ha gjort det mer utfordrende å ha en refleksiv holdning til materialet. Det ble derfor forsøkt å innta en ikke-vitende posisjon i forskningsprosessen.

Som psykologistudenter rekruttert til å forske på opplæringsprogrammet utviklet av Villa Sult, kunne førsteforfatterne bli påvirket både ovenfra – fra prosjektlederne – og nedenfra – fra informantene. Førsteforfatterne kunne forvente at prosjektlederne ønsket seg at programmet skulle ha positive effekter. Det ble derfor spesielt viktig å lytte til hva informantene fortalte om sine faktiske opplevelser, og legge prosjektledernes ønsker om positive effekter til side. Førsteforfatterne ønsket å komme så nær fenomenet som mulig og inkluderte konkrete spørsmål om negative sider ved opplæringsprogrammet i intervjuet.

#### Etiske betraktninger

Studien ble meldt inn til Personvernombudet for forskning (NSD). Alle deltakere underskrev informert samtykke i forkant av intervjuet. Deltakerne ble instruert til ikke å fortelle om sensitive personopplysninger om tredjepersoner for å ivareta deres konfidensialitet. Lydfiler ble slettet umiddelbart etter at intervjuene var transkribert. Vi har valgt å omtale alle informanter og tredjepersonene i hunkjønn for å anonymisere.

#### RESULTATER

Analysen resulterte i én overordnet kjernekategori og tre hovedtemaer med til sammen ni undertemaer. I fremstillingen benytter vi begreper for hvor mange av informantene som har uttalt seg om det samme. Der syv av syv informanter har presentert lignende uttalelser, betegnes det som *alle*. Der det er fire eller flere, benyttes betegnelsen *flesteparten* eller *de fleste*. Der det er to til tre benyttes *noen*.

#### Kjernekategori: Økt trygghet

Økt trygghet var et gjennomgående funn i alle temaene og trådte dermed frem som en overgripende kjernekategori. Alle miljøterapeutene fortalte om en opplevelse av økt trygghet gjennom opplæringsprogrammet. De beskrev trygghet på flere ulike måter, at de var mer robuste i møte med utfordringer, at de følte

seg sikrere i vanskelige samtaler, tålte mer av ungdommenes utagering, turte å være mer åpne om egne reaksjoner og ble mer ydmyke for kompleksiteten i arbeidet. Informantene fortalte at de ble tryggere gjennom å ha fått nye måter å håndtere arbeidet med ungdommene på, og at støtte og anerkjennelse i veiledningen bidro til at de følte seg tryggere i rollen.

Grete: «Man blir stødigere, man står mer for det man gjør, og vet ikke, tåler mye og vet hva man står i. Trygg rett og slett.»

Dessuten var programmets organisering som et felles prosjekt sentralt for følelsen av økt trygghet hos personalet som gruppe. De fikk økt emosjonell innsikt, fikk mer ro av å akseptere egne og ungdommens følelser og kjente seg mindre forstrukket når de turte å sette grenser – som ga trygghet.

Camilla: «Det har egentlig vært en trygging. Ikke bare en trygging som fagperson, men også trygging av en personalgruppe.»

#### Hovedtema 1: Elementer som muliggjorde utvikling

Alle informantene trakk frem elementer ved opplæringsprogrammet som hadde vært betydningsfulle for deres utvikling som miljøterapeuter, og som bidro til en opplevelse av en mer målrettet og faglig begrunnet praksis.

##### 1A: Praksisnær veiledning

Formen på veiledningen ble fremhevet som viktig for egen kompetanseutvikling. Veiledningen ble beskrevet som nyttig ved å være kontinuerlig, praksisnær, kasusbasert og tilpasset til institusjonen. Miljøterapeutene formidlet også at støtte og anerkjennelse fra veiledere virket trygghetsskapende. Grete forteller:

Det er et par timer annenhver uke og det er mer praktisk relatert og det er rettet direkte mot oss (...) og så får man det litt mer ned i praktiske eksempler i de veiledningene vi har da hvor vi diskuterer caser om hvordan vi har det her (...) Vi står litt mer rustet i den problemstillingen vi står i, blir tryggere på det vi gjør og at vi får delt erfaringer og blir veiledet parallelt med de seminarene.

*1B: Øvelse og modellering*

De fleste erfarte at rollespill var viktig for deres kompetanseutvikling. Noen opplevde at det var lærerikt å observere veiledere demonstrere vanskelige samtaler i rollespill. Andre vektla nytten av rollespill som en arena for selv å trene på terapeutiske ferdigheter og for å få konstruktive tilbakemeldinger. Stine sier:

Det er jo vanskelig, men vi har jo gjort det en del ganger nå, så da synes jeg det hjelper gang på gang og så er det jo ofte med kollegaer (...) så da kan man jo tørre å spørre og så få litt feedback (...) Det er lettere å stå i situasjonen da, fordi man har flere verktøy å bruke.

*1C: Teori og erfaringsutveksling*

De fleste beskrev at fagseminarer var nyttig som en arena for å diskutere og dele erfaringer på tvers av institusjoner, repetere teori og få økt kunnskap om psykologien i spiseforstyrrelser og selvskading, noe som i sin tur bidro til mer målrettet miljøterapi. Alle informantene rapporterte at de opplevde å ha fått økt bevissthet om miljøterapeutiske tiltak fra teoriundervisning og diskusjon. De fortalte om å våkne litt opp, bli bevisst på vaner og øke egen refleksjon over hva som er hensiktsmessig praksis. Hanne sier:

Det er fort gjort at man kommer litt inn i den samme tralten da. Det at det kanskje blir stilt spørsmål ved en del ting som vi da kanskje har gjort eller gjennomført lenge (...) da kan man selv få tenkt litt gjennom hvordan vi selv gjør ting og gjennomfører ting – kanskje det går an å gjennomføre det på en annen måte da eller prøve noe nytt?

De fleste rapporterte videre at økt kunnskap om spiseforstyrrelser og selvskading og forståelse for symptomenes følelsesregulerende funksjon gjorde det mulig å se ungdommenes atferd i et nytt lys. Dette bidro til at det opplevdes tryggere å møte atferden i praksis, slik Stine uttrykker her:

Jeg føler jo det her har vært med på å heve kompetansen min om spiseforstyrrelser, selvskading og ja ulike diagnoser vi har vært igjennom, så har det på en måte løftet kompetansen vil jeg si, og meg som person, at jeg tør å spørre mer for det er egentlig ikke så farlig som man tror (...) Jeg føler jeg har lært mer om det følelsesmessige, altså hvorfor.

*1D: Verktøy som stillas*

De fleste av informantene opplevde å ha fått et større repertoar av terapeutiske verktøy i form av huskekort og kriseplaner, som hjalp dem til å trekke ungdommen inn i arbeidet i større grad. De beskrev at konkrete verktøy opplevdes trygghetsskapende og nyttige for å komme i posisjon til utviklingsrettede samtaler. Huskekort var et verktøy med nedskrevne eksempler på terapeutiske måter å snakke om vanskelige temaer som kropp, ernæring, selvskade og suicidalitet på. Miljøterapeutene formidlet at det var nyttig å bruke huskekortene til å snakke med ungdommene om disse temaene, og til å spørre ungdommene om hvordan de kunne støtte og hjelpe dem. Liv forteller:

Å liksom undre seg høyt med ungdommen, og ikke tenke at man må komme med et svar som er riktig i en situasjon på en måte. (...) Hvordan >>



Rollespill var viktig for deres kompetanseutvikling



Informantene fortalte også at de har blitt mer bevisste på å skille mellom eget og ungdommens bidrag inn i relasjonen

skal vi løse dette her? Ofte er det jo veldig mange ungdommer som har tanker om det selv.

Kriseplan var en tekst som ungdommen og miljøterapeuten utarbeidet sammen. Den inneholdt konkrete triggere og varselsignaler samt forslag til måter å håndtere destruktiv atferd på, slik som oppkast, sulting, rus og selvskadning (Skårderud & Sommerfeldt, 2013). Miljøterapeutene opplevde at kriseplan var et terapeutisk verktøy som kunne fasilitere brukermedvirkning, problemløsning og samarbeid med ungdommene i utfordrende situasjoner. Hanne forteller:

De har nok kanskje blitt litt mer bevisste på det selv og, når de har vært med på å lage en sånn kriseplan, så har de fått det litt mer integrert på en måte. Så de er generelt ganske flinke til å be om en kjøretur, en samtale eller en gåtur og sånn hvis de har behov for det.

### Hovedtema 2: Felles prosjekt

Alle miljøterapeutene opplevde at opplæringsprogrammet hadde vært et felles prosjekt for hele personalgruppen.

#### 2A: En felles forankring

Alle beskrev at opplæringsprogrammet har gitt en felles teoretisk referanseramme. Karina forteller:

Og så er det sånn at vi bruker litt fra litteraturen, vi diskuterer litt. Vi har hatt personalmøter hvor vi går igjennom ulike kapitler, og prøver å bruke de litt aktivt. Stadig repetere. Det har vært interessant. Da blir vi alle litt mer likt forankret, på en måte. Det er ikke farlig å tenke ulikt. Men ofte hvis en skal stå i noe, så er det greit å ha samme ståsted.

Flesteparten opplevde at programmet har gjort dem mer samkjørte og bidratt til større enighet rundt rammer og rutiner på institusjonen. De fleste vektla videre en opplevelse av økt kollegial støtte og samhold. Mari sier:

Jeg tror vi har blitt flinkere til å backe hverandre opp. Altså enigheten i gruppa. Det er fint med et litt annet samhold kanskje. (...) Det har vært veldig mye utskiftning i personalet før dette her da. (...) Det har vært mange nye, og det har vært fint å ha noe som man kan gro sammen på da.

### Hovedtema 3: Utvikling av en utforskende holdning

Alle informantene fortalte at de hadde utviklet en mer utforskende, nysgjerrig og undrende holdning underveis i opplæringsprogrammet, både overfor seg selv og i møte med ungdommene. De beskrev at de hadde blitt mer nysgjerrige på relasjonelle prosesser og opplevde at de hadde en mer utforskende tilnærming overfor ungdommen. De fortalte også om at de hadde et mer utforskende blikk på kompleksiteten i miljøterapeutrollen, både i møte med ungdommene og på systemnivå.

#### 3A: Å kikke innover og tørre å kjenne etter

De fleste uttrykte at økt selvrefleksjon, der de ble mer bevisste på personlige styrker og utviklingsområder, bidro til å styrke deres evne til å tåle ubehag og konflikt. Mari opplevde at hun hadde blitt mer bevisst om

selvivaretagelse og grensesetting som viktige utviklingsområder for å forebygge utbrenthet:

Og det har jeg fått hjelp til i veiledning å si, «ja jeg er egentlig kjempetrøtt». (...) Du kan ikke bare jobbe til krampa tar deg, du orker ikke. Da blir du ikke en god mor, du blir ikke en god ansatt, du blir ikke en god kjæreste, du blir ingenting. Å få hjelp til å se at det er en dårlig vei. Du må sette foten ned for deg selv.

Hanne ga uttrykk for at grensesetting overfor ungdommen og det å tåle motstand og konflikt har vært viktig å jobbe med:

Jeg har blitt «flinkere» på en måte, til å sette grenser og stå i det som måtte komme. Jeg er ikke den som er mest glad i konflikter, men i den jobben så kommer man ikke utenom det alltid. Det med grensesetting og sånn, føler jeg at jeg har lært en del om og blitt litt tryggere på nå.

### 3B: Å tenke høyt

Alle miljøterapeutene opplevde å ha utviklet en mer transparent kommunikasjonsstil. De fortalte at de i større grad kunne tenke høyt, være åpne om egne reaksjoner, vise usikkerhet, fortelle om egne bekymringer og å innta en utforskende tilnærming overfor ungdommene. De fleste understreket at dette var en måte å snakke om psykiske vansker på som kunne normalisere følelsesuttrykk og trygge ungdommene. De erfarte at det å invitere ungdommene til å snakke åpent om psykiske vansker bidro til at de ble tryggere på å henvende seg til dem. Hanne forteller:

Det som jeg tenker har endret seg er å ikke være redd for å være transparente overfor ungdommen. Den holdningen om å tilnærme seg ungdommens problematikk, å tørre å bruke seg selv mye mer (...) det hjelper jo å være åpen og ærlig. Og ikke være redd for å si det, at «nå forstår jeg egentlig ikke hva du ønsker.» (...) at det er vi som inviterer til det, det er ikke farlig å snakke om. (...) Den grunnleggende tilnærmingen er at man ikke skal være redd for å undre seg eller spørre, ikke sant.

### 3C: Meg og deg

Alle miljøterapeutene beskrev at de hadde utviklet en mer utforskende holdning til å forstå relasjonelle prosesser. De uttrykte at de reflek-

terte mer over hva ungdommene kunne vekke i dem, og hvordan deres egne reaksjoner kunne invitere til ulike former for samspill. Liv sier:

Å minne seg på at det handler ikke om meg, ikke ta ting personlig. Det tror jeg er veldig viktig, men samtidig ha en forståelse for hva man selv bringer inn i det. Man skaper jo forutsetninger for hvordan andre reagerer.

Informantene fortalte også at de har blitt mer bevisste på å skille mellom eget og ungdommens bidrag inn i relasjonen. De opplevde at dette styrket deres evne til å tåle ungdommens følelser, ga økt empati og motivasjon til å hjelpe. Noen uttrykte også økt forståelse for at relasjonelle brudd og reparasjoner kunne være et viktig terapeutisk grep i arbeidet med ungdommen. Sofie forteller:

Når de har en relasjon til oss da eller meg, så må de se at selv om vi har en liten konflikt så går det an å reparere det igjen da, at det blir fikset. Så når de har opplevd det mange nok ganger, så kanskje det går bedre for dem i livet generelt.

### 3D: Mer enn bare omsorgspersoner

De fleste av informantene fortalte om økt nysgjerrighet på kompleksiteten i egen rolle som miljøterapeut. De opplevde at de hadde ulike roller i møte med ungdommen, som måtte balanseres opp mot hverandre. En balansegang var mellom rollen som behandler versus rollen som omsorgsperson. Liv sier: «Vi er omsorgspersonene og det er ikke vi som skal ha det endelige behandlingsansvaret, samtidig som en del av behandlingen foregår her allikevel. Og det å tørre å tenke at man har en mye større rolle i det.»

Noen reflekterte over at en viktig del av miljøterapeutrollen er å dekke flere behov hos ungdommen, og at det å skape positive opplevelser er vel så viktig som å ta de vanskelige samtalene. Enkelte beskrev også økt rollebevissthet i en større kontekst. De uttrykte en endring fra å være usikker på egen rolle i det helhetlige behandlingssystemet til en opplevelse av mer tydelige, avgrensede roller mellom dem og spesialisthelsetjenesten.

## DISKUSJON

I denne studien har vi undersøkt hvordan miljøterapeuter opplevde at et opplæringsprogram »

om spiseforstyrrelser og selvskading påvirket dem i deres rolle og praksis. Overordnet fant vi at miljøterapeutene kjente seg tryggere i arbeidet etter å ha deltatt på programmet, både som enkeltindivider og som gruppe. Miljøterapeutene erfarte at praksisnær veiledning, øvelse og modellering, teori og erfaringsutveksling samt terapeutiske verktøy var elementer som bidro positivt til deres utvikling og læring. Programmets organisering som et felles prosjekt var sentralt for opplevelsen av økt trygghet hos personalet som gruppe. Miljøterapeutene opplevde at de hadde utviklet en mer utforskende holdning til seg selv og ungdommene de jobbet med, som ga økt trygghet i rollen.

For å forstå den gjennomgående opplevelsen av økt trygghet blant miljøterapeutene kan det være relevant å se på miljøterapeutenes kontekst og utgangspunkt for læring. Miljøterapeuter har, til sammenligning med psykologer, få arenaer for videreutdanning, vekst og utvikling etter at de har påbegynt sin yrkesutøvelse. Dette til tross for at en stor andel miljøterapeuter til daglig jobber med personer med tunge psykiske lidelser. Det vil være naturlig å tenke at informantene kjente seg utrygge i en krevende jobbsituasjon i utgangspunktet, og at de hadde et særskilt behov for veiledning, støtte og faglig påfyll. Miljøterapeutene i denne studien gir oss et innblikk i en hverdag der yrkesutøvelsen står i fare for å gå i sin vante tralt, der det er få arenaer for faglig påfyll og refleksjon. Vi sitter igjen med et inntrykk av at informantene opplevde at opplæringsprogrammet har hatt stor betydning for deres utvikling mot å bli tryggere i rollen og å jobbe mer målrettet.

#### Praksisnær læring

Kunnskap fra terapeututviklingsfeltet kan styrke vår forståelse av hvilke elementer ved opplæring og veiledning som fremmer utvikling og læring hos miljøterapeuter. I samsvar med tidligere studier fant vi at miljøterapeutene erfarte at praksisnær veiledning parallelt med klinisk arbeid var nyttig for å jobbe mer målrettet og faglig begrunnet (Orlinsky et al., 2001; Rønnestad og Skovholt, 2003). Flyvbjerg (2006) argumenterer for at kاسوبasert læring i kombinasjon med teoribasert læring fremmer ekspertise. Han trekker frem studier på læringsprosesser som indikerer at profesjonelle yrkesutøvere opererer ut fra internalisert, prosedural kunnskap som er basert på en stor

mengde individuelle kاسوب fra ulike kontekster. Han fremhever at denne formen for kunnskap ikke kan oppnås kun gjennom leksikalsk kunnskap fra lærebøker og lignende, men må utledes av praktisk erfaring. Flyvbjergs (2006) ideer om læring gjenspeiles i våre resultater, der miljøterapeutene ga uttrykk for at teori ga en rettesnor for miljøterapeutiske tiltak i praksis.

Flere av miljøterapeutene fremhevet øvelse og modellering fra rollespill som nyttig for å øve på terapeutiske ferdigheter. Studier viser at observasjon og imitasjon av profesjonelles terapeutiske arbeid er en viktig form for terapeutisk læring (Rønnestad & Skovholt, 2003). Kunnskap som erverves gjennom arbeid med enkelte kاسوب, gjør at erfaringen organiseres i hukommelsen som scener som så kan generaliseres til andre lignende kontekster (Eraut, 2006; Oddli, 2013). Resultatene våre kan tyde på at bruk av rollespill kan gjøre miljøterapeutene tryggere på å bruke terapeutiske ferdigheter i sitt arbeid.

#### Felles prosjekt

Å delta på programmet sammen som gruppe ga miljøterapeutene en opplevelse av økt samhold og en felles teoretisk forankring, noe som igjen bidro til økt trygghet som personalgruppe. Det finnes lite forskning innenfor terapeututviklingsfeltet på betydningen av et felles prosjekt for læring og utvikling. Terapeututviklingslitteraturen vektlegger individuell læring, men våre resultater viser hvor viktig fellesskapet var for miljøterapeutene. Vårt funn om betydningen av å delta på et opplæringsprogram samlet som personalgruppe, kan derfor anses som et nytt bidrag til forskningen om terapeututvikling. Miljøterapeuter som arbeider på institusjoner i turnus, må i større grad samarbeide om arbeidet med en ungdom enn terapeuter som jobber med individuell samtaleterapi og har mer avgrensede ansvarsområder. Grunnet varierende utdanningsbakgrunn kan det tenkes at opplæringsprogrammet organisert som et felles prosjekt har bidratt til at miljøterapeutene følte seg tryggere på at alle i personalgruppen driver faglig forankret miljøterapi.

#### Betydningen av å være trygg

Miljøterapeutene i vår studie fortalte også om en økt trygghet til å rette søkelyset mer innover i seg selv, noe som fremmet økt selvreflek-

sjon og evne til å tåle emosjonelt ubehag. Dette kan være viktig ettersom evne og vilje til refleksjon ser ut til å fremme terapeututvikling (Rønnestad & Skovholt, 2003). Nissen-Lie og kolleger (2010, 2013) fant i tråd med dette at det å tvile på seg selv som terapeut, såkalt *profesjonell selvtvil*, hadde god effekt på behandlingsutfall. De fant i en senere studie at profesjonell selvtvil hadde høyest terapeutisk effekt når det var kombinert med høy personlig trygghet, såkalt *self-affiliation* (Nissen-Lie et al., 2017). Lite selvtvil og høy trygghet ga derimot dårligst behandlingsutfall. Dette tyder på at en overdreven trygghet, forstått som hovmod og skråsikkerhet, kan være uheldig for barnevernsbeboere. En form for trygghet som er karakterisert av åpenhet og ydmykhet kan derimot være terapeutisk, fordi en tør å se egne begrensninger og kan gjøre noe med det. Når terapeuter er trygge nok til å reflektere over eget bidrag i utfordringer som oppstår i den terapeutiske relasjonen, på en trygg selvmedfølende måte, kan dette også tenkes å legge til rette for internalisering av en slik arbeidsmodell hos klienter.

### Implikasjoner

Resultatene vil forhåpentligvis ha betydning for fremtidige retningslinjer og implementeringer av kompetanseheving i barnevern. Kostnadseffektiv implementering forutsetter kunnskap om hvilke elementer i opplæringsprogrammer som oppleves som nyttige og fremmer kompetanse og profesjonsutvikling hos miljøterapeuter. For å sikre at miljøterapeuter besitter grunnleggende og relevant kompetanse er selvinstruerende teoribaserte nettkurs utbredt i dag (Aasgard, 2017). Til tross for at dette er en kostnadseffektiv form for kompetanseutvikling, kan man her risikere å miste potensialet i den praksisnære kunnskapen man får gjennom rollespill og kasusbasert veiledning. Resultatene våre indikerer at miljøpersonalet trenger sammenheng mellom kurs og praksisnær veiledning for å utvikle trygghet i rollen.

Våre informanters beretninger indikerer at veiledere av miljøterapeuter i barnevern bør etterstrebe å legge til rette for et faglig fellesskap og stimulere til en utforskende holdning. Dette kan skape trygghet for miljøterapeutene til å tørre å reflektere over egne utviklingsområder og utfordringer i relasjonsarbeidet, noe som kan fremme læring og utvikling. Veiledning bør kombineres med fagseminarer som gir miljøterapeutene et felles teorigrunnlag og en arena for å diskutere hensiktsmessig praksis med kollegaer. Det ser også ut til at miljøterapeuter under opplæring kan ha utbytte av konkrete verktøy. I tillegg peker resultatene på at utviklere av opplæringsprogrammer bør anerkjenne verdien av å legge til rette for et felles prosjekt blant personalet for å styrke samholdet og fremme en kultur der alle drar i samme retning.

### Begrensninger ved studien

Miljøterapeutene fortalte gjennomgående om en positiv erfaring av programmet til tross for at det også ble spurt om mindre nyttige aspekter. Det kan stilles spørsmål om validiteten ved de positive selvrapporteringene og om informantene var påvirket av en motivasjon til å gi sosialt ønskelig svar. Til tross for at studien er gjennomført som et selvstendig forskningsprosjekt, viser vi til interessekonflikt der de to førsteforfatterne både måtte forholde seg til prosjektledernes forventninger til positive resultater og samtidig lytte til informantenes opplevelser. Vi viser også til selvseleksjon som en svakhet ved studien, der de som har takket ja til



Veiledere av miljøterapeuter i barnevern bør etterstrebe å legge til rette for et faglig fellesskap



å delta, kan være de som har erfart størst nytteverdi av opplæringsprogrammet. Ettersom utvalget er lite, vil det ikke kunne betraktes som representativt for miljøterapeuter i barnevern (Smith & Osborn, 2015). Forskjeller blant informantene knyttet til utdanning, arbeids erfaring, relasjon til beboerne og varigheten av deltakelse i prosjektet kan ha hatt en betydning for deres opplevelse av endring. Gyldigheten av vår forskningsprosess er forsøkt ivaretatt ved å gi rimelig grad av transparens til prosessen og materialet (Kvale, 2009).

### KONKLUSJON

Studien gir et kvalitativt bilde av syv miljøterapeuters erfaringer med å delta på et opplæringsprogram og hvordan det har påvirket dem i deres rolle og i sitt arbeid. Resultatene kan oppsummeres gjennom én overordnet

kjernekategori: Økt trygghet, og tre hovedtemaer: 1) Elementer som muliggjorde utveksling, i form av praksisnær veiledning, øvelse og modellering, teori og erfaringsutveksling samt terapeutiske verktøy, 2) Et felles prosjekt som bidro til en felles forankring, og 3) Utvikling av en utforskende holdning til seg selv og til ungdommen. Resultatene indikerer at miljøpersonalet trenger en sammenheng mellom faglig opplæring og praksisnær veiledning, samt en fellesskapsfølelse, for å utvikle trygghet i rollen og som personalgruppe. ✕

### Takk

Vi ønsker å takke Hanne Weie Oddli for gode innspill og refleksjoner. Takk til Thomas Høiseith for gjennomlesning. Takk til tre anonyme fagfeller og redaksjonen i Psykologtidsskriftet. En spesiell takk til Ida Holth.

### LITTERATURLISTE

- Aasgard, H.W. (2017). *Traumebevisst omsorg i barnevernsinstitusjon: Hvordan kan komplekse traumer påvirke barns utvikling, og hva innebærer det å jobbe med traumebevisst omsorg i en barnevernsinstitusjon?* [Bacheloroppgave, Høgskolen i Oslo og Akershus]. <https://fagarkivet.hioa.no/en/item/asset/dspace:4914/162.pdf>.
- Aleris (2016). *Styrket kompetanse på spiseforstyrrelser*. [https://www.fosterhjemforening.no/wp-content/uploads/2016/12/201612\\_-\\_Pressemelding\\_Aleris-Villa-Sult.pdf..](https://www.fosterhjemforening.no/wp-content/uploads/2016/12/201612_-_Pressemelding_Aleris-Villa-Sult.pdf..)
- Bachmann, L., Michaelsen, R.A., & Vatne, S. (2016). Feeling «overloaded» and «shortcomings»: milieu therapists' experiences of vulnerability in caring for severely mentally ill patients. *Journal of multidisciplinary healthcare*, 9, 285–296. <https://doi.org/10.2147/JMDH.S106310>.
- Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet & Helse- direktoratet (2017). *Om kompetansesatsingen*. [https://www.bufdir.no/Barnevern/Kompetansesatsing\\_kommunalt\\_barnevern/Om\\_kompetansesatsingen1/](https://www.bufdir.no/Barnevern/Kompetansesatsing_kommunalt_barnevern/Om_kompetansesatsingen1/).
- Bateman, A., & Fonagy, P. (2004). *Psychotherapy for borderline disorder: mentalization-based treatment*. Oxford University Press.
- Braein, M.K., Andersen, A., & Simonsen, A.H. (2017). Traumebevissthet i barnevernet. *Tidsskrift for norsk psykologforening*, 54(10), 990–997. [http://www.psykologtidsskriftet.no/index.php?seks\\_id=498385&a=3](http://www.psykologtidsskriftet.no/index.php?seks_id=498385&a=3).
- Charmaz, K. (2006). *Constructing grounded theory: A practical guide through qualitative analysis*. Sage.
- Eraut, M. (2006). Learning contexts. *Learning in Health and Social Care*, 5(1), 1–8. <https://doi.org/10.1111/j.1473-6861.2006.00115.x>.
- Flyvbjerg, B. (2006). Five misunderstandings about case-study research. *Qualitative inquiry*, 12(2), 219–245. <https://doi.org/10.1177/1077800405284363>.
- Hansen, H.A. (2015). *Barnevernets stemmer. En diskurs og profesjonsteoretisk orientert analyse av fenomenet barnevernfaglig kompetanse*. Institutionen för socialt arbete: Göteborgs universitet.
- Jozefiak, T., Kaye, N.S., Rimehaug, T., Wormdal, A.K., Brubakk, A.M., & Wichstrøm, L. (2016). Prevalence and comorbidity of mental disorders among adolescents living in residential youth care. *European child & adolescent psychiatry*, 25(1), 33–47. <https://doi.org/10.1007/s00787-015-0700-x>.
- Kaye, N.S., Jozefiak, T., Rimehaug, T., Tjelflaet, T., Brubakk, A.M., & Wichstrøm, L. (2015). *Resultater fra forskningsprosjektet Psykisk helse hos barn og unge i barneverninstitusjoner*. [https://brage.bibsys.no/xmlui/bitstream/handle/11250/2392635/Barnevernrapport+RK\\_BU\\_web.pdf?sequence=3](https://brage.bibsys.no/xmlui/bitstream/handle/11250/2392635/Barnevernrapport+RK_BU_web.pdf?sequence=3).
- Kvale, S. (2009). *Interviews: Learning the craft of qualitative research interviewing*. Sage Publications.
- Kvale, S., & Brinkmann, S. (2009). *Interviews: Learning the craft of qualitative research interviewing*. Sage Publications.



- Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid (2016). *Psykolog i kommunen – en medspiller*. (NAPHA rapport 1/2016). [https://www.napha.no/hefte\\_psykolog\\_kommune/](https://www.napha.no/hefte_psykolog_kommune/).
- Nissen-Lie, H.A., Monsen, J.T., & Rønnestad, M.H. (2010). Therapist predictors of early patient-rated working alliance: A multilevel approach. *Psychotherapy Research, 20*(6), 627–646. <https://doi.org/10.1080/10503307.2010.497633>.
- Nissen-Lie, H.A., Monsen, J.T., Ulleberg, P., & Rønnestad, M.H. (2013). Psychotherapists' self-reports of their difficulties and interpersonal functioning in practice as predictors of patient outcome. *Psychotherapy Research, 23*(1), 86–104. <https://doi.org/10.1080/10503307.2012.735775>.
- Nissen-Lie, H.A., Rønnestad, M.H., Høglend, P.A., Havik, O.E., Solbakken, O.A., Stiles, T.C., & Monsen, J.T. (2017). Love yourself as a person, doubt yourself as a therapist? *Clinical psychology & psychotherapy, 24*(1), 48–60. <https://doi.org/10.1002/cpp.1977>.
- Oddli, H.W. (2013). Forskningsbasert kunnskap i klinisk praksis. I I.K. Benum, E.D. Axelsen & E. Hartmann (red.), *God psykoterapi. Et integrativt perspektiv* (s. 293–315). Pax Forlag.
- Orlinsky, D.E., Boteman, J.F., & Rønnestad, M.H. (2001). Towards an empirically grounded model of psychotherapy: four thousand therapists rate influences on their development. *Australian Psychologist, 36* (2), 139–148. <https://doi.org/10.1080/00050060108259646>.
- Rønnestad, M.H., & Skovholt, T.M. (2003). The journey of the counselor and the therapist: research findings and perspectives on professional development. *Journal of Career Development, 30*, 5–44. <https://doi.org/10.1023/A:1025173508081>.
- Røsdal, T., & Nesje, K. (2018). *Evaluering av tjenestestøtte til kommunalt barnevern: Relevans, kompetanseheving og endring i praksis – delrapport 2*. (NIFU rapport 15/2018). <https://brage.bibsys.no/xmlui/bitstream/handle/11250/2502718/NIFUrapport2018-15.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.
- Røsdal, T., Nesje, K., Aamodt, P.O., Larsen, E., & Tellmann, S.M. (2017). *Kompetanse i den kommunale barneverntjenesten: Kompetansekartlegging og gjennomgang av relevante utdanninger*. (NIFU rapport 28/2017). <https://nifu.brage.unit.no/nifu-xmlui/bitstream/handle/11250/2487943/NIFUrapport2017-28%20.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.
- Skorpen, A., Anderssen, N., Øye, C. & Bjel-land, A.K. (2008). Brukerperspektiv i norsk forskning om innlagte psykiatriske pasienter. En litteraturgjennomgang. *Vård i Norden, 28*, 19–23. <https://doi.org/10.1177%2F010740830802800405>.
- Skårderud, F. (2008). Kropp, kompleksitet og kompetanse. Et mentaliseringsbasert perspektiv på spiseforstyrrelser, selvskaide og rus. I P. Nygren & H. Thuen (red.), *Barn og unges kompetanseutvikling*. (s. 211–20). Universitetsforlaget.
- Skårderud, F., & Sommerfeldt, B. (2009b). Selvskading og spiseforstyrrelser. *Tidsskriftet Den norske legeforening, 129*, 877–81. <https://doi.org/10.4045/tidskr.08.0509>.
- Skårderud, F., & Sommerfeldt, B. (2013). *Miljøterapi boken: mentalisering som holdning og handling*. Gyldendal akademisk.
- Smith, J.A. & Osborn, M. (2015). Interpretive Phenomenological Analysis, I J.A. Smith (red.), *Qualitative psychology: A practical guide to research methods* (s. 53–80). Sage.

## FORSKNINGSNOTIS

### Jakter tidlige tegn på Alzheimer

Venstre og høyre hjernehalvdel brytes ikke ned i samme tempo gjennom aldring selv om de henger sammen anatomisk. Det går fortest unna med den tykkeste hjernehalvdelen (ofte den venstre), fremgår det av den vitenskapelige artikkelen *Asymmetric thinning of the cerebral cortex across the adult lifespan is accelerated in Alzheimer's disease*. Artikkelen ble publisert i tidsskriftet *Nature Communications* i begynnelsen av februar i år. Hovedforfatter er James Michael Roe, som er tilknyttet Psykologisk institutt (PSI), Universitetet i Oslo. Han opplyser at forskningen som artikkelen bygger på, slår fast at den gradvise nedbrytingen av hjernebarken som skjer gjennom normal aldring, ser ut til å gå mye fortere hos personer med Alzheimer. De samme områdene i hjernen som er sårbare ved Alzheimers sykdom, viser en klar og gradvis nedgang gjennom hele livet. Nedbryting av hjernen gjennom normal aldring overlapper utviklingen av Alzheimer, og endringer og skader i hjernen skjer altså lenge før effektene av sykdommen manifesterer seg. Ifølge Roe kan dette kaste nytt lys over det mulige tidsperspektivet på utvikling av sykdommen. Studien omfatter personer i aldersspennet 20–90 år,

og dataene ble samlet inn i fem land. Roe skal etter planen disputere for doktorgraden ved PSI i mars.

## REFERANSE

- Roe, J.M., Vidal-Piñeiro, D., Sørensen, Ø., Brandmaier A.M., Düzel, S., Gonzales, H. A., Kjevit, R.A., Knights, E., Kühn, S., Lindenberger, U., Mowinckel A. M., Nyberg, L., Park, D.C., Pudas, S., Rundle, M.M., Walhovd, K. B., Fjell, A. M., & Westerhausen, R. (2021). Asymmetric thinning of the cerebral cortex across the adult lifespan is accelerated in Alzheimer's Disease. *Nature communications, 12*(1), 1–11. <https://doi.org/10.1038/s41467-021-21057-y>

FOTO: NORA SKJERDINGSTAD



**JØRGEN FLOR** er psykolog ved Regional sikkerhetsavdeling OUS, forfatter av boken *Skadelige samtaler* og medlem av Fagetisk råd i Norsk psykologforening. Han er en av flere stemmer som svarer på fagetiske spørsmål i denne spalten.

## *Kan fagetiske prinsipper bidra til at flere psykologer våger å ytre seg i offentligheten?*

### FAGETISKE SPØRSMÅL?

Send dem til  
etikk@psykolog-  
tidsskriftet.no

**H**elseråd via Snapchat, «ferndiagnostikk» av Donald Trump og psykologer som formidler budskap på TikTok og Instagram. Noen av våre modigste kolleger driver fagutøvelse i langt mer krevende farvann enn de fleste av oss.

Samtidig er det mange som vegrer seg for å skrive eller uttale seg i offentligheten. Noen vil gjerne ha så godt faglig belegg som mulig for det de skriver, slik at risikoen for imøtegåelse blir så lav som mulig. Andre er bekymret for å bli «sanksjonert» av kolleger, for eksempel på interne, analoge eller digitale møteplasser. Men fordi psykologisk kunnskap er etterspurt, blir konsekvensen av slik vegring at søkelyset blir konsentrert på veldig få fagpersoner. Da går

offentligheten glipp av det spennende mangfoldet i faget vårt.

Våre fagetiske prinsipper sier ikke noe direkte om hvordan opptre i mediene. På et vis kan prinsippene fremstå som gammelmodige. De er generelle og blir ikke konkrete i henhold til de helt særegne utfordringene et digitalt psykologliv gir. Min hypotese er at fagetikken likevel kan hjelpe.

Hvis du velger å skrive et innlegg, svare på en intervjuforespørsel eller deltar i sosiale medier – hvordan kan du sørge for å vise respekt for andres kunnskap, innsikt, erfaring og ekspertise? At du respekterer andre yrkesgruppers kompetanse? Dette kan leses ut av det etiske prinsippet om respekt.



Titulert som psykolog er det mange som vil ta kontakt for å dele personlige historier eller be om din hjelp på indirekte vis. Det stiller store krav til det å være redelig, tydelig, saklig og nøyaktig om egen rolle. I Aftenposten før jul kunne vi lese hvordan psykologen Maria Østhassel, som står bak «Psyktdeg» på TikTok og Instagram, har løst dette: De som kontakter henne, får beskjed om at hun ikke «gir helsehjelp ved å svare følgerne personlig. Du blir også bedt om å ikke dele sensitive opplysninger». Så enkelt kan det altså gjøres.

Jeg vil også nevne et etisk prinsipp som handler om faglig kompetanse. Det står skrevet at vi psykologer realistisk skal kunne vurdere med hvilken kompetanse vi skal påta

oss ulike oppgaver. Når det gjelder faglig formidling, debatt i offentligheten og deltakelse i sosiale medier i kraft å være psykologer, skulle jeg mene at vi i aller høyeste grad har slik tilstrekkelig kompetanse. Ikke minst er vi iboende nysgjerrige på andres perspektiver, og vi behersker dialogformen. Dette burde gjøre oss godt i stand til å ivareta nett-opp respekt for den eller dem vi skriver til eller diskuterer med. Med fagetiske prinsipper som rettesnor ønsker jeg derfor lykke til med din formidling i tiden som kommer. Ditt bidrag trengs! ✕

”

Våre fagetiske prinsipper sier ikke noe direkte om hvordan opptre i mediene

## FRI ASSOSIASJON

## «Homoterapi»

Kva kan verte konsekvensen dersom ein let diagnostiske kategoriar skugge over eksistensielle spørsmål?

**TEKST** Arnstein Søvik,  
familieterapeut og barnevernspedagog

**E**g såg det egentleg med ein gong Jan<sup>1</sup> kom inn i rommet. Det var ikkje berre kroppsspråket som avslørte han. Det var like mykje det nølende smilet, omkransa av ein manglande identitet. Usikkerheita. Den som han sjølv trudde han klarte å gøyme, lyste som ein glorie rundt han. Ungdom i den alderen vil oftast vere noko og forsøke å passe inn. Bli identifisert med noko eller nokon. Men Jan stod midt mellom alt. Som eit forvaks barn som rett og slett ikkje hadde bestemt seg. «Hei, eg heiter Arnstein. Hyggeleg å helse på deg.» Jan mumlar noko tilbake. Blikket vårt møttest. Idet vi helsar på kvarandre, blir eg servert eit langt meir målretta og bestemt handtrykk enn mi første vurdering skulle tilseie. Kanskje vart eg litt usikker og også.

## KLINISKE KATEGORiar

Med eit klinisk blick er eg sjølvsgt bekymra for at stadig fleire unge ser ut til å oppleve vanskar.

.....

1. Jan er anonymisert og har gitt tillating til publisering.

Med eit eksistensielt blick er eg meir uroa over det tilbodet vi terapeutar serverar til desse borna og ungdommane. Stillesittande samtalar, med eit og anna innslag av farmakologi. Sjølvsgt finnes det born og ungdommar som treng hjelp. Det skal vi alltid ta på alvor. Men mest av alt finnes det born og ungdommar som har behov for å bli sett og forstått. Dei fleste vil vere einige i påstanden at alle menneskje er meir komplekse enn ein diagnosekategori. Men kva kan verte konsekvensen dersom ein let diagnostiske kategoriar skugge over eksistensielle spørsmål?

Jan hadde akkurat flytta hit for å byrje på vidaregåande skule. I same anledning hadde han blitt overført til poliklinikken og arbeidde på. Vanskane til Jan var avklart frå før vi møttes: ADHD. Den typen som vert omtala med taus h og fell under kategorien uoppmerksom. I tillegg var Jan vegrande og usikker. Denne åtferda hadde truleg bidrege til definerer av sosial angst som tilleggsdiagnose. Behandlinga var allereie i gang. Jan hadde byrja med utprøving av medikament som skulle hjelpe han med å halde på merksemda. Effekten var sånn passe. Ingen revolusjon verken på merksemda eller skuleprestasjonane. Samtidig var det ikkje nok biverknadar til at ein berre kunne avslutte utan å ha prøvd litt meir og litt lenger.

Eg skulle arbeide vidare med den opplevde angsten. Det gav meining slik symptoma og situasjonen var beskrive. Nokon vil kanskje tenke at eg var fordomsfull. Men slik eg såg Jan, var han sjølv definisjonen på usikkerheit, manglande merksemd og vegrande åtferd. Dette bekrefta han villig sjølv, eksplisitt og implisitt. Eg spurde han kva vi burde arbeide med først. «Hmm. Det er eit godt spørsmål. Eg veit liksom ikkje heilt. Det er liksom så vanskeleg å bestemme seg», sa Jan.



**IDENTITET** TV-serien *We Are Who We Are* følger to amerikanske tenåringer på en militærbase i USA. Karakterene strever med å finne ut av identitet og seksualitet. Jack Dylan Grazer spiller Fraser Wilson (bildet) i serien, ved regi av Luca Guadagnino. Foto fra serien: HBO

## TAUSE HYPOTESAR

Dei første timane med Jan vart som ein pingpongparodi på terapi. Han lista opp nye vanskar. Alt frå å gå i butikken, skule, ta kontakt med vener, spørje om hjelp, snakke med familien, organisere dagen sin – nærast alt var vanskeleg og angstframkallande. Eg stoppar opp og forsøker å ta tak i noko for å forstå, utfordre eller endre. I same augeblikk sender Jan av stad neste serv av «problem» i full styrke mot meg. Det var pingpong. Som terapeut veit eg at dersom eg ikkje lukkast med å bidra til endring eller sjølv kjenner på noko meistring, så er eg neppe til hjelp for pasienten. Denne irritasjonen byrja gnage på meg. Jan trengte hjelp. Det var vi einige i. Men med kva?

Heldigvis. Eg hadde filma alle samtalanene mellom meg og Jan. Eg sette meg fore å studere innhaldet. Der låg den tause hypotesen frå vårt første møte. Etter det overraskande maskuline handtrykket hadde eg ikkje tenkt meir på den feminine og usikre utstrålinga som eg først hadde reagert på. Dessutan. Skal ein terapeut legge seg opp i kva legning nokon har? Seksualitet var ikkje ein del av bestillinga. Eg kunne likevel ikkje unngå å hamne tilbake til mi første hypotese. Det var noko der. Men korleis skulle eg tematisere seksualitet utan å bekrefte eller forsterke Jan si usikkerheit? Meir nysgjerrigheit måtte være einaste rette intervensjon.

«Jan. Det er litt rart for meg, som egentleg skal hjelpe deg, når eg tenker over kor lite eg egentleg veit om deg og livet ditt. Er det greitt at vi kanskje snakkar om litt andre ting i dag?»

Jan samtykka. Eg måtte vere målretta og direkte, men ikkje for generaliserande. Tidlegare kjærastar, forelskingar, idol, favorittmusikk, hob-

byar, favorittmat, osv. Eg leita etter spor som kan legitimere fleire spørsmål om det eg egentleg lurar på. Men igjen var det vanskeleg å få klare svar. Jan sin ondarta tvil hadde spreitt seg til fleire område. Rett nok gir eg meg sjølv nokre poeng når Jan endeleg fortel om sitt forhold til Mariah Carey og hennar musikk. Det er kanskje ein klisjé, men akkurat no er det mitt beste spor.

Eit augneblikk innser eg kva eg har gjort. Eg har berre leita etter informasjon som bekreftar mi eiga hypotese. Ei hypotese om ein normalvariasjon innan seksualitet, som paradoksalt nok stod som ei eiga psykiatrisk diagnose litt tilbake i tid. Eg er sikker på at Jan er homofil. Samtidig var eg redd for at han skulle kjenne seg krenka over at eg har «plassert» han i denne båsen og kanskje avslørt han. Dersom eg har feil, kva vil det gjere med det allereie vaklande sjølvbiletet hans? Eg kan ikkje fortsette denne pingongleiken.

«Jan. Dette er kanskje eit rart spørsmål. Men du seier at du aldri har hatt kjærast, og du trur egentleg ikkje at du har vore forelska heller. Det eg lurar på er, dersom du fritt kunne velje kjærast, hadde det blitt ei jente eller ein gut?»

Det blir stille. Jan ser på meg. Som klipt ut av ein tidlegare dialog svarar han. «Hmm. Det »



Subjektet – mennesket Jan, – kjem på avstand, og vi risikerer å oversjå det som er det vesentlege i liva til dei vi skal hjelpe

er eit godt spørsmål. Eg veit liksom ikkje heilt. Det er liksom så vanskeleg å bestemme seg.» Same svaret som alltid. Men det er ein forskjell denne gongen. Ein nyanse som gjer at eg ikkje føler meg som ein heilt ubrukeleg terapeut. No ser det faktisk ut som Jan meiner det han seier!

I Jan sin tidlegare dialog med hjelpeapparatet har ikkje seksualitet og legning vore tema. Eller, det var ikkje heilt sant. Mange vaksne hadde fortalt Jan at det var greitt å vere annleis, og at gutar også kunne vere kjærast med kvarandre. Alt dette veit Jan. Men det Jan ikkje visste, var korleis han skulle finne ut om det var gutar han likte. Dei andre borna og ungdomane hadde, som meg, tatt det som ei sjølvfølge at Jan var homofil. Venskapleg støtte, som egentlig hadde kjenst som mobbing og stigmatisering, hadde ikkje gjort Jan sitt indre dilemma enklare.

#### DJEVELEN I DETALJANE

Kognitive og emosjonelle ekspedisjonar i kjærleikens landskap kan vere ei utfordrande reise. Enklare vert det ikkje når den ein reiser saman med, er ein ungdom som ikkje veit kven eller kva han er. Dette må takast på alvor, og ein må bruke den nødvendige tida. Eg trur ikkje det er mogleg å «helbrede», behandle eller endre nokon si legning med samtale. Men eg fryktar at ein kan forvirre, undertrykke, stigmatisere, moralisere og provosere. Alt dette er moglege så lenge eit menneskje er eit menneskje. For meg og Jan vart resultatet klarare etter nokre samtalar. Jan kom ein dag til ein konklusjon. Han var nok homofil. Men han konkluderte også med at dette skulle vere ei privatsak ei stund til. Det er han sjølv sagt i sin fulle rett til. Men det som var langt meir interessant enn legning, var kva konsekvensar denne bevisstgjeringa fekk.

I neste time møter Jan meg med ei overraskande nyheit. Han hadde slutta på medisiane sine! Han meinte at han ikkje lenger trengde medikamentell behandling for sine

vanskar med merksemd. Om denne samanhen- gen skuldast korrelasjon eller kausalitet, skal eg ikkje skrive i stein. For alt eg veit kunne Jan vere både homofil og ha ADHD, eller ingen av delane. Dilemmaet ligg i nyansane. Kva om den grunnleggande usikkerheita var ein avgjerande faktor til at akkurat denne ungdommen fann det vanskeleg å oppretthalde merksemda? Kunne den eksistensielle tvilen vere rota til at livet vart vanskeleg å følge med på? Dersom det var slik, då må ein også tørre å spørje seg kva symptom vi i realiteten forsøkte å regulere eller behandle. Slike nyansar må gis si rette tyngde. Tek ein for lett på dei, risikerer vi å drive med homoterapi utan at vi egentlig veit kva vi driv med. I Jan si sak såg alt greitt ut. Alle gjeldande prosedyrar og instruksar var følgde. Det står nemlig ingen plass at vi var pålagt å spørje om Jan var homofil.

Vi prøvar sjølv sagt så godt vi kan å gi born og ungdom vi møter i psykiatrien, rett og god hjelp. Vi ynskjer at dei skal bli både sett og forstått. Stablar med kartleggingsskjema skal hjelpe oss å definere, avgrense og namngi vanskane dei har. Neste stabel, med evalueringsskjema, skal helst vise oss at det vi driv med, er til hjelp. Nokon vil alltid kunne argumentere for at fleire og betre skjema eller anna verktøy, både innan utgrei- ings- og evalueringsteknologi, vil kunne hjelpe oss til å verte enda meir nøyaktige i dette arbeidet. Då overser ein dessverre det verkelege problemet. For det verkelege problemet er kva slags blick denne teknologien gir oss. Vi ser alt som kan objektiverast og gi oss informasjon om moglege diagnosar eller endring som følgjer behandlinga. Mens subjektet – mennesket Jan – kjem på avstand, og vi risikerer å oversjå det som er det vesentlege i liva til dei vi skal hjelpe.

I praksis er det umogleg å etterprøve dei ulike påstandane eg har beskrive her. Det finnes berre ein Jan med akkurat dette uttrykket som kom i kontakt med hjelpeapparat på det gitte tidspunkt. Likevel trur eg vi alle er einige: Eksistensielle spørsmål skal ikkje møtast med medikamentell behandling. ❌

# Meninger



FOTO: WIKIMEDIA COMMONS



## KOLLEKTIVT PRESS

Danske Banks aktiviteter går på tvers av Akademikerens policy og verdigrunnlag. Bør vi bruke vår kollektive forbrukermakt til å gjøre bankavtalen bedre? spør Klimautvalget.

## IKKE KUNST, MEN HÅNDVERK

Det kan smerte å gi avkall på kunstnerstatusen, man da kan vi øve oss på å bli gode håndverkere isteden. Lene Paulsen Walderhaug slår et slag for standardisering i psykisk helse.

Send innlegg til [meninger@psykologtidsskriftet.no](mailto: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.





# Subjektet betyr mer enn gruppeidentitet

Jeg vil berømme president Håkon Skard for å sette diskriminering på dagsorden. Men noen av løsningsforslagene kan skape flere problemer enn de løser.

**KUNNSKAP FREMBRAKT** over flere tiår har gjort det tydelig at det fins samfunnsmessige strukturer som forhindrer lik deltakelse. Kort fortalt har hvite, heteroseksuelle og kjønnskongruente menn som meg vært uforholdsmessig privilegerte. I samfunnet som sådan, så vel som i Norsk psykologforening. Jeg håper og tror at de fleste er enige om at dette er et problem som det er på høy tid at vi gjør noe med. Nettopp på grunn av hvor viktig det er å forebygge diskriminering, tror jeg alle tjent er med at vi forsøker å lage så nyanserte problembeskrivelser og så godt tilpassede tiltak som mulig.

President Håkon Kongsrud Skard forsøker å sette diskriminering på agendaen i NPF i tidskriftets juliutgave i fjor. Foreningen for interkulturell psykologi (FIP) følger opp i septemberutgaven, der de berømmer Skards initiativ og kommer med flere forslag til hvordan man kan nå hans målsetting om å være «aktivt mot diskriminering». Diskriminering av etnisitet er grunnlaget for debatten, men jeg tar utgangspunkt i at både presidenten og FIP vil til livs alle former for diskriminering.

Presidentens og FIPs forslag, slik jeg leser dem, kan oppsummeres på følgende måte:

- tiltak som er ment å fremme kultursensitivitet og privilegiebevissthet
- tiltak som er ment å føre til økt sensitivitet overfor individet som del av en marginalisert gruppe

- tiltak som er ment å øke graden av mangfold i organisasjonen

Disse tror jeg er gode tiltak. Spesielt når det gjelder å fremme rettferdighetsprinsippet i samfunnet som sådan, og i møte med diskriminering i vår egen organisasjon. Men: I klinisk arbeid med pasienter og klienter betviler jeg denne type tiltaks egnethet.

## PERSPEKTIVET TIL PRESIDENTEN OG FIP

Presidenten skriver i juliutgaven av tidsskriftet:

«Tar du med kulturell kunnskap eller mangel på denne i forståelse av dine klienter? Har du som psykolog et kritisk blikk på hvor din egen praksis kan bidra til å fremmedgjøre minoritetsklientene dine?»

Jeg leser dette som en utfordring om større bevissthet rundt hvordan individer vi er satt til å hjelpe, kan tenkes å bli møtt på en dårlig måte, ved at vi – uten å vite det – diskriminerer dem som følge av manglende kunnskap om deres tilhørighet til en gruppe. Videre leser jeg det som en antydning om at løsningen på denne risikoen er å øke psykologens kunnskap og bevissthet om forskjellige *minoritetskategorier* som pasientene kan tenkes å tilhøre. Med andre ord er problembeskrivelsen så vel som løsningen fundert på en tanke om at man ikke nødvendigvis kan skille individet fra sin (antatt



**TEKST** Ole Magnus Ø. Vik, psykolog og filosof

**ILLUSTRASJON**  
Hilde Thomsen

**DISKRIMINERING**





Å møtes som subjekter innebærer en aksept av gapet mellom meg og deg

diskriminerte) gruppetilhørighet. Mitt inntrykk er at FIP forfekter et lignende menneskesyn. Jeg er dog usikker på om dette menneskesynet er mest hensiktsmessig med tanke på å forebygge diskriminering. Men først, hva er det egentlig med diskrimineringens natur som gjør den så problematisk?

#### DISKRIMINERING STRIDER MOT RETTFERDIGHETSPRINSIPPET

Det er først og fremst urettferdig diskriminering som er et problem. Det forekommer mange former for uproblematisk diskriminering i kulturen vår. For eksempel aldersdiskrimineres individer under 18 ved at de ikke får stemme ved stortingsvalg. Dette tydeliggjør den uløselige forbindelsen mellom begrepene «diskriminering» og «rettferdighet». Diskriminering er rett og slett så tett forbundet med urettferdighet at det er vanskelig å tenke seg en situasjon der man kan si at noe er urettferdig uten å samtidig si at det er diskriminering på en eller annen måte. En kan nærmest tenke seg at de to begrepene er synonyme.

Rettferdighet må kunne sies å være et universelt gode.<sup>1</sup> Det er altså relevant som mål uavhengig av kulturell og historisk kontekst. Jeg tror det er viktig at vi erkjenner dette. Og at vi erkjenner at vi, i arbeidet mot diskriminering, dermed jobber mot å realisere det samme målet: rettferdighetsprinsippet. Spørsmålet må så være hvordan vi kan fremme rettferdighet, blant annet for å forebygge diskriminering<sup>2</sup>, på best mulig måte. Jeg tror svaret på dette er ved å forfekte en grunnleggende *subjektforståelse* av individet, og jeg tror en grunnleggende *gruppeforståelse* kan være skadelig.

#### INDIVIDET SOM SUBJEKT

I en forståelse av individet som subjekt vil dennes unike, partikulære eller *ene-stående* livsutfoldelse i hovedsak vektlegges. I stedet for å tenke at egenskaper som kjønn, alder og legning *må* være en del av individets selvopplevelse, åpner man heller for at disse kan, eller ikke kan, være en del av subjektets *fortelling*. Og at det derfor i større grad, men selvfølgelig ikke utelukkende, er opp til subjektet hvordan denne fortellingen skapes og formidles. Det eneste grunnleggende i forståelsen av individet som subjekt blir bevissthet og behovet for å skape en fortelling om et *selv*. Alt annet er iscenesatte narrativer. Noen av disse skapes og opprettholdes av samfunnet, men subjektet velger selv, i alle fall til en viss grad, hvordan det trer inn i dem.

Den subjektive vektleggingen antyder at ikke alle *generaliserende* narrativer (utover narrativet om at vi er subjektiviteter med bevissthet og skapertrang) nødvendigvis vil passe så godt på individet. I psykoterapi vil ofte dette perspektivet være rådende da det er pasientens *unikhet* som er mest relevant. Jeg tror derfor det er avgjørende at tiltak som skal forebygge urettferdighet i møte med klienter og pasienter, hensyntar subjektivitetsperspektivet over andre perspektiver.

.....

1. En bred diskusjon av dette er utenfor tekstens rammer. Den særskilt interesserte leser henvises til Stanford Encyclopedia of Philosophy's artikkel om «justice» (<https://plato.stanford.edu/>).
2. Rettferdighet kan også sies å være et mål i seg selv, ikke bare et middel for å oppnå et annet mål. Rettferdighet er altså ikke bare et instrumentelt gode.

## ULIKE IDENTITETSTYPER

Å legge gruppetilhørighet ned som et hovedpremiss i forståelsen av individet er å ta utgangspunkt i en tanke om at gruppen er uløselig knyttet til dets selvopplevelse. Da vil man tenke at for eksempel hudfarge *må* være en del av måten dette individet ser seg selv på og verden via. Det blir derfor en del av dette individets *essens* på samme måte som «evnen til å skjære» er en del av en knivs *essens*. En persons hudfarge blir altså en del av det som *gjør* den personen til *den hen er*, akkurat som skjæregenskapene til en kniv er det som *gjør* den til en kniv.

Hovedproblemet med identitet basert på en slik *essentialistisk* gruppetenkning er at den er reduksjonistisk. Dette fordi den begrenser individers muligheter for selvforståelse og selviscenesettelse. Å si at hudfarge er en del av et individs *essens*, er det samme som å si at dette individet *umulig* kan forstå seg selv helt eller delvis uavhengig av denne. Det følger logisk av dette at de til enhver tid rådende narrative om gruppen av mennesker som innehar egenkapen «hudfarge X», også må bli en del av narrative til individene i gruppen av mennesker med «hudfarge X». Individet er med andre ord mer priggitt de rådende narrative.

Dessuten vil en slik forståelse av individet redusere eller i verste fall *nulle ut* forståelsen av individet som *selviscenesettende*. Vi er ikke bare passive brikker på normenes, patriarkatets og systemets sjakkbrett, like lite som vi er fullt ut passivisert av gener eller det ubevisste. Vi er også *aktører*, ikke bare statister.

## SUBJEKTIVITET SOM FORUTSETNING

Mange vil hevde at medlemmer av en gruppe med makt ikke kan forvente å fullt ut forstå opplevelsene til medlemmene av grupper med mindre makt. Dette er et godt poeng. Det samme er forslag som anbefaler at stemmen til gruppemedlemmer med (historisk sett) mindre makt i visse sammenhenger bør ha forrang fremfor stemmen til gruppemedlemmer med (historisk sett) mer makt. Empati og forståelse er begrensede verktøy, og det vil derfor være naivt å tenke at for eksempel hvite heteroseksuelle menn som meg kan forstå svarte homofile menn like godt som jeg kan forstå folk fra min egen gruppe. Jeg er helt og holdent enig i alt dette. Mitt eneste problem med en slik analyse er at den ikke går langt nok.

Slik jeg ser det, er det empatiske og forståelsesmessige gapet mellom individer, *uavhengig av gruppe*, dypere, bredere og mer fundamentalt enn analysene over tar høyde for. I verste fall kan man tenke at de opprettholder illusjonen om at så lenge man har ytre og indre karakteristika til felles, kan man forstå hverandre uten problem. Jeg tror dette er for optimistisk. Men ikke bare det: En slik illusjon kan tenkes å gjøre mer skade enn gagn.

Å møtes som subjekter innebærer en aksept av gapet mellom meg og deg. Jeg kan på ett nivå ikke vite hva du snakker om, ikke først og fremst fordi du har en annen hudfarge, et annet kjønn eller en annen legning, men fordi du lever i en annen verden. Din verden. Den deler du ikke med noen. Hadde alle de andre markørene vært identiske, så hadde det fortsatt eksistert et dypt gap mellom våre to erkjenneshorisonter. Det er altså ikke primært mine eller dine *privilegier* som forhindrer forståelse.

*Erkjennelsesbroene* mellom individer er altså umåtelig skjøre konstruksjoner. En konseptualisering av den andre som først og fremst representant for en gruppe vil risikere å gjøre brobygging vanskeligere. Dette fordi det alltid er det partikulære som er mest relevant i klinisk virksomhet. Det partikulære er de fortellingene ved individet som *divergerer* fra gruppens fortelling. Dette vil den alltid gjøre på en eller annen måte. Jeg tror de fleste psykologer intuitivt vil være enige i at det er individets partikulære opplevelse og fortelling om eksempelvis depresjon som er viktigst. Fortellinger om deprimerte som gruppe, eksempelvis utformet gjennom forskningsstudier eller av brukergrupper, er høyst relevante. Men de er ikke mer relevante enn personens egen, *subjektive* fortelling.

For å komme i en posisjon til å hjelpe må vi først akseptere den svært begrensede tilgangen vi uansett har til den andres verden. Å forsøke å utvide denne tilgangen vil i beste fall gjøre oss til mindre effektive hjelpere. I verste fall risikerer vi å objektivisere den andre. Å objektivisere er å redusere den andres selvfortelling ved å gjøre den til en del av ens egen fortelling. Dette kan vanskelig forenes med rettferdighetsprinsippet. Satt på en annen måte: Uten subjektivtetsperspektivet som grunnleggende (dvs. satt foran andre perspektiver) øker risikoen for urettferdighet.





Vi risikerer å svekke  
vår evne til å  
fremme rettferdighet  
hvis vi ikke lar  
subjektivitetsforståelsen  
ha forrang

Derfor vil jeg hevde følgende:

- I vår *profesjonsutøvelse* er det subjektive en forutsetning for det rettferdige.
- Konseptualiseringer av mennesker fundert på subjektivitet bør derfor ha forrang.
- Dette vil forebygge diskriminering mer effektivt enn konseptualiseringer av mennesker fundert på gruppeidentitet.

#### TO ULIKE NIVÅER

Når det gjelder vår *profesjonsutøvelse*, vil altså arbeidet for å realisere rettferdighetsprinsippet være nødt til å være tilpasset vår profesjonelle praksis. Dette mener jeg som sagt best gjøres gjennom å øke forståelsen for subjektet og det subjektive. Vi risikerer å svekke vår evne til å fremme rettferdighet hvis vi ikke lar subjektivitetsforståelsen ha forrang. En vei der vi for eksempel lar de to menneskesynene bli like viktige, tror jeg derfor ikke er av det gode.

Når det gjelder hvordan vi som medlemmer av en *profesjon* arbeider med å realisere rettferdighetsprinsippet overfor andre medlemmer så vel som i det offentlige ordskifte, er jeg mer enn villig til å se på hvordan forståelsen av individet som fundamentalt sett en del av en eller flere grupper, kan være nyttig *sammen med* forståelsen av individet som subjekt. Her tror jeg mange av tiltakene lagt frem av presidenten og FIP er gode og hensiktsmessige.

#### HVA BØR VI GJØRE?

Hva angår konkrete tiltak, vil jeg berømme og slutte meg til mange av de forslagene FIP presenterer, med noen nyanser og tillegg.

*Mine* konkrete forslag til hvordan Psykologforeningen kan «starte arbeidet med å sørge for at likeverdige helsetjenester blir en realitet», er derfor

- at Psykologikongressen 2021 har subjektivitet og fenomenologi som tema. Jeg mener at fenomenologien er den teoretiske tradisjonen som på best mulig måte ivaretar subjektperspektivet, og at det beste vi kan gjøre for å forebygge diskriminering, derfor er å styrke psykologers fenomenologiske kompetanse.<sup>3</sup>
- å sammenstille et kunnskapsgrunnlag om hvordan psykologtjenester kan være strukturelt og *subjektfornektende* diskriminerende, og hvordan disse strukturene og menneskesynene kan motvirkes.
- å oppfordre NPF til å arbeide for at kunnskap om subjektivitet og fenomenologi blir obligatorisk i alle ledd av psykologutdanningene.

Spørsmålet om hvordan vi jobber med diskriminering og urettferdig begrensning av individers og gruppers ytringsmuligheter og livsutfølelsesmuligheter, er uansett et altfor viktig spørsmål til å forbli ferdig snakka. ✕

.....

3. For en innføring av (husserliansk) fenomenologi, se f.eks. Russel: Husserl – A Guide for the Perplexed (2007).



Faksimile fra februarutgaven

**REPLIKK:**

Det er ingen automatikk i at Helsedirektoratets veileder for behandling av ME/CSF speiler den britiske.

**TEKST** Morten Græslı, avdelingsdirektør Avdeling retningslinjer og fagutvikling

**ME**

**I TIDSSKRIFT FOR Norsk psykologforening nr. 2 2021** spør Nina E. Steinkopf om Helsedirektoratet vil følge nye behandlingsråd for ME/CFS på bakgrunn av endringer foreslått av National Institute for Health and Care Excellence (NICE) i Storbritannia.

Helsedirektoratet kommenterer ikke høringsversjoner av NICE eller andre myndigheters retningslinjer, hverken om CFS/ME eller andre fagområder. Helsedirektoratet vil ta den endelig publiserte retningslinjen til orientering når den foreligger. Deretter vil Helsedirektoratet gjøre en selvstendig vurdering av om det er behov for å revidere en eller flere anbefalinger i Helsedirektoratets veileder. Det er ikke noen automatikk i og heller ingen målsetting at vår veileder speiler den britiske. Ulike instanser og ulike land vil kunne vurdere kunnskapsgrunnlaget ulikt, vektlegge andre forhold ulikt, og potensielt komme fram til noe ulike anbefalinger. ✕



FOTO KASPARS GRINVALDS / NTB SCANPIX

**FORSKNINGSNOTIS**

**Hyppig skjermbruk distraherer spedbarn**

Spedbarn som ofte benytter berøringsskjermer, lar seg lettere distrahere når de skal fullføre en oppgave på skjerm enn jevnaldrende med mindre adgang til berøringsskjermer. Slik lyder en av konklusjonene til forskerne som over en periode på tre og et halvt år målte eksogen og endogen oppmerksomhet hos 40 barn mellom ett og tre og et halvt år. Forskerne fant også at storbrukerne av berøringsskjermer var flinkere til å oppfatte oppmerksomhetsvekkende objekter når de først dukket opp på skjermen. På [www.ki.se](http://www.ki.se) skriver forskerne at kunnskap om spedbarns skjermbruk kan være ekstra relevant under pandemien. Grunnen er at skjermbruk i sin alminnelighet har økt det siste året på grunn av krav om sosial distansering. I eksempelvis Storbritannia har tre av fire foreldre rapportert at barna deres tilbringer mer tid enn før foran TV og andre skjermflater.

**REFERANSE**

Portugal, A. M., Bedford, R., Cheung, C. H., Mason, L., & Smith, T. J. (2021). Longitudinal touchscreen use across early development is associated with faster exogenous and reduced endogenous attention control. *Scientific reports, 11(1)*, 1-12.

**FORBILDE**

Psykologien trenger forskere som forfekter flerfaktorteorier, mener Jørn Hokland. Leigh McCullough (bildet) var en slik kvinne, som med sin teori om affektfobi integrerte flere teoretiske perspektiver. Foto: Unni Tobiassen Lie, Modum Bad



## Teoretisk forsterkning

Forsterkning er vellykket integrert med dynamisk og humanistisk teori, i motsetning til det Torgeir M. Hillestad synes å tro.



**TEKST** Jørn Hokland, spesialist i psykoterapi

### TEORETISK INTEGRERING



Alle som hadde gleden av å se Leigh gjøre terapi, vet med hvilken varme og respekt hun møtte pasienten

**I SISTE INNLEGG** i debatten om forsterkningsbegrepet kritiserer Hillestad de som fremholder forsterkning som eneste forklaring, altså som enfaktorforklaring. Jeg er enig i denne kritikken, men i samme epistemologiske grøft finner vi mange av psykologiens skolefedre; klyngingen til Det ene prinsipp som alle andre(s) prinsipper kan reduseres til eller oppløses av. For å sette det på spissen – Skinner reduserte Piagets utvikling til forsterkning, slik Piaget reduserte forsterkning til utvikling, og Freud reduserte fri vilje til deterministisk drift, slik May oppløste psykologisk kausalitet i den store friheten. Mønsteret er skolefaderen som riktignok avdekker én viktig psykologisk faktor, men som samtidig viser et splittende behov for å hevde at alle andre(s) grunnfaktorer er feil. Hillestad har derfor rett i at psykologien trenger en flerfaktorteori. Men han gir inntrykk av at ingen har lyktes med dette. Da glemmer Hillestad teoretikeren ved Harvard Medical School, også professor II ved NTNU og forskningssjef ved Modum Bad – ikke en splittende skolefader, men en samlende kvinne: Leigh McCullough.

Det viste seg verdifullt at McCullough allerede var trent i atferdsterapi da hun begynte i

lære hos psykoanalytikeren Habib Davanloo. Davanloo hadde ved å studere sine pasientvideoer funnet at forsvar effektivt kan avdekkes og blokkeres, slik at pasienten i tilknytning til sin terapeut opplever intense gjennombrudd til fortrenge følelser og minner, med rask symptomlette som resultat. Da McCullough så og lærte dette, smeltet psykoanalysen sammen med atferdsterapi: Tilknytningsfølelsene utgjør det fobiske objekt, forsvarene utgjør unnvikelsesrespons, og Davanloos ISTDP er i sin kjerne *eksponeringsterapi med responsprevensjon* (i seg selv en revolusjonerende metode oppdaget av en annen kvinne, Mary Cover Jones, også kjent som atferdsterapiens mor).

Med affektfobiteorien bidro Leigh McCullough til en læringsteoretisk reformulering av psykoanalytisk teori: Sigmund Freuds angstteori (at ubevisste følelser trigger angst som driver forsvar mot følelsene), Anna Freuds egopsykologi (om forsvars mangfoldighet), Bowlbys tilknytningsteori (som utvider Sigmunds todriftsteori) og Davanloos svært effektive metode. I tillegg til affektfobiformuleringen mildnet McCullough ISTDP ved å nedregu-

lere intens angst med CBT-intervensjoner, og i boken *Treating Affect Phobia* (McCullough mfl., 2004) fjernet hun I-en fra ISTDP. I *Changing Character* (1995) gikk hun også langt i en interteoretisk reduksjon av Malans konfliktriangel (Freuds angstteori) til læringsteori: først at følelser lærer å trigge angst gjennom pavloviansk betingning (trigging som kan desensitiviseres ved jonesiansk eksponering), dernest at forsvarernes angstdempende effekt virker skinneriansk forsterkende på angst som forsvars primærmotiv (forsvars sekundærmotiver har andre forsterkere).

Det eneste *Changing Character* syntes å mangle som komplett flerfaktorteori, og som Leigh drøftet under opphold ved NTNU på begynnelsen av 2000-tallet, var en kognitiv teori for dannelse av forsvarernes indre struktur. Her viste hun interesse for Piagets studier av barns kognitive utvikling, spesielt at læring av objekter og kausalitet er uløselig sammenfiltret. Kausal tekstur var allerede undersøkt av Tolman og Brunswik som strategilæring, og hva annet er forsvar enn kausale strategier for unngåelse og oppnåelse? Leigh McCullough hadde en sjelden evne til å finne og samle gullklumpene fra psykologiens spredte grustak.

Alle som hadde gleden av å se Leigh gjøre terapi, vet med hvilken varme og respekt hun møtte pasienten. I bokform kommer det humanistiske i korttidsdynamisk terapi godt frem i Jon Fredericksons *Co-Creating Change* (2013), der pasienten igjen og igjen gis valget mellom enten å bruke sitt vanemessige, men nå bevisstgjorte forsvar, eller å kjenne følelsens somatiske komponent og impuls og bli fri – et eksistensielt valg.

Leigh McCulloughs originale bidrag ligger ikke i de spesifikke intervensjoner – her henter hun i likhet med eklektikere fritt fra verktøykassa. Og med moderne ISTDPs tilpasninger til fragile og høymotstandspasienter er dette en mer komplett modell enn Leighs STDP. Men både ISTDP og eklektismen etc. savner dyp teoretisk integrasjon: Leigh etterlot seg en genialt enkel flerfaktorforklaring som samler de fleste grunnprinsippene våre skolefedre splittet faget opp i. Leigh McCullough er etter mitt syn blant psykologihistoriens mest samlende og underverderte teoretikere. Og vi hadde henne blant oss. Leigh døde av ALS i 2012. ✘

## Debattert

# Hva veier tyngst?

**Overvekt – politikk eller psykologi, spurte Rune Flaaten Bjørk i FB-gruppa psykologer 3. februar.**

**Stor fall:** Internett og sosiale medier må vel ta sin andel av skylden her. Stort fall i prestasjoner på utholdenhet siste 10-15 år blant ungdommer.

*Anders Hverøy*

**Ingen motsetning:** Men er det en motsetning her? Er ikke overvekt både politikk og psykologi, akkurat som undervekt?

*Sidsel Fjelltnu*

**Komplekst:** Jeg jobber ved en overvektspoliklinikk og kan ikke understreke nok at dette er komplekst. For noen kan det handle om vansker med stoffskifte, eller inaktivitet grunnet skade man har blitt utsatt for, etc... For andre kan overvekten være et symptom på underliggende psykiske vansker (...).

*Sól Geirsdóttir*

**På linje med rus:** En del av de har så komplekse problemstillinger og en avhengighet som burde blitt prioritert på lik linje med rus, og derfor trenger behandling i speshelsetjenesten (...)

*Ingrid Elisabeth J. Holstad*

**Liten verdi:** (...) Det er som oftest ulike forklaringer på endring i en populasjons gjennomsnitt (av et trekk, egenskap eller karakteristika) og hva som forklarer individuell variasjon. Det gjør at erfaringer fra terapirommet ofte har liten verdi når endringer i en befolkning skal forstås.

*Børge Mathiassen*

**Pulveriserte råvarer:** (...) Leser poenget først og fremst til at helsepersonell ikke sitter på hele løsningen, og at vi ikke må bli med på å legge det frem på den måten. Man kan være så lite deprimert man bare vil. For en betydelig andel vil et måteholdene forhold til raffinert sukker og prosessert mat uansett være en utopi. Kroppen vår er ikke skapt til å ta imot råvarer pulverisert og sammensatt til det ugjenkjennelige, der våre naturlige hormonelle hjelpere settes ut av spill.

*Mari De Flon Hetland*

# Standardisering har fremmet faget

Akiah Ottesen romantiserer en behandlingshverdag uten dokumentasjonskrav, diagnoser, behandlingsplan og behov for evaluering.



**TEKST** Lene Paulsen  
Walderhaug, psykolog  
i spesialisering

## STANDARDISERING

**ET SLIKT TERAPISYSTEM** ville skape enorme forskjeller i hva pasienter vil møte når de trenger hjelp. Det vil skape et helsevesen der hver enkelt terapeuts overbevisninger, følelser og innfall vil utgjøre det tilbudet pasienten til enhver tid vil ha tilgjengelig.

Standardisering har hjulpet vårt fagfelt opp og frem. Koblingen til somatiske systemer og forståelsesmodeller har muliggjort vår eksistens som helsefag og skiller oss fra coacher og veiledere. At vi driver behandling, gjør det viktig å definere lidelse og vise hva vi gjør av behandling, slik at vi og andre kan vurdere resultatet. Hvorfor er det så mye negativitet i vår faggruppe nå det gjelder krav om å dokumentere resultater?

### MER HÅNDVERK ENN KUNST

Det er klart det kan være en trøst i ikke å bli sett i kortene og å slippe å forholde seg til ytre observerbar eller rapporterbar endring, samfunnsøkonomi eller vår faggruppes posisjon i større systemer. Det kan også være strevsomt å forholde seg til systemer og struktur, men er det i seg selv negativt? Mange gir for tiden uttrykk for at de kjenner de «mister seg selv i systemet». Jeg mener vårt fag kan betraktes mer som et håndverk enn en kunstform. Det handler om god utøvelse av et fag vi behersker godt, og kreativ bruk av verktøy heller enn inspirasjon og iboende talent. Det innebærer at terapeuten selv er mindre viktig enn hva hen gjør, og på hvilken måte. Det kan jo være både en kilde til fortvilelse og trøst. Det kan smerte å gi avkall på kunstnerstatusen, men hvis noe er håndgripelig, kan det for eksempel øves på.

Jeg ser daglig i min jobb hvordan skreddersøm, validering og vitalitet kan foregå innafor rammene av dagens spesialisthelsetjeneste. Får vi samme svar om vi stiller ulike folk de samme

spørsmålene? At standardisering av utredning gir standardiserte svar, er i beste fall en forenkling, i verste fall vitner det om dårlig håndverk.

### PAKKEFORLØP = ET MINIMUM

Det er inspirerende å kunne dele erfaringer med andre, og å kunne lære av andre hvordan man kan hjelpe pasienter på en god måte. Erfaringer med hva som kan hjelpe mange, samlet på bakgrunn av diagnoser, kokt ned og arbeidet frem av kloke hoder med det mål å gi best mulig hjelp for flest mulig.

Pakkeforløp sikrer et minimum av likhet i tilbud på tvers av tjenestested, pasient- og terapeutkarakteristika og skal synliggjøre terapeutiske valg og mål med behandling. Men det dikterer ikke hvilket innhold som er klinisk best for akkurat din pasient.

Hvorfor kan man ikke ha «speiling og validering» i behandlingsplan for angst? Klart man kan, men det er lettere for både pasienter og behandlere å vurdere om det er dette som gir best hjelp, hvis vurderinger om forventet endring, mål og midler er gjort synlig i en behandlingsplan på forhånd. Dessuten: Er det ikke rimelig å be om en begrunnelse for hvorfor man ikke velger den behandlingsformen som mange har vist gir best hjelp? Det er viktig å huske på at dette er en frihet vi har. Det er kun et krav om å begrunne sine valg. Ubehaget i å trosse retningslinjer får vi som fagpersoner bære.

Standardiseringen har tatt faget vårt fremover historisk sett. Vi kan som helsepersonell gjøre vurderinger som både følger og trumfer nasjonale retningslinjer, fordi vi er helsepersonell med evne og rett til å gjøre kliniske vurderinger. Men når man har helsehjelp som profesjon, er det vel rimelig at man forholder seg til forskning om hva man gjør, og er åpne om sine vurderinger?





## En sakte invasjon

Gradvis mister vi kontrollen: Systemets standardiseringer invaderer våre tanker og teknikker og styrer terapien.

**HER OMDAGEN** hadde jeg en fin morgen. Det var kaldt, og ettersom det var klart var, kunne jeg ta på meg en lår lappe. Jeg pakket veske og dro ut i verden på vei til en arbeidsdag full av pasienter. Det var ikke for jeg var sammen, at trykkløst påveid fremmet. Jeg hadde ikke

konten til kvantitet. Derfor stod jeg på gate og tenkte da dagen tenkte å være ganske. Vi måtte kutte litt med min kløvetthet mens jeg ringte i et rommet eggenes i veske, der jeg gikk opp til et lag i trappene gikk på en.

Da vi endelig kom inn og fikk stå oss, var jeg sånn som det var ikke rett. Jeg var uforberedt, og jeg hadde jeg ikke klart å se noe hele dagen. Jeg ble forstyrret av tanken på at jeg ikke hadde overvakt noen der som skulle følge i trappene. Ikke visste jeg hva jeg hadde skrevet etter siste møte, eller om eventuelt planer pasienter og jeg hadde laget. Var det noe jeg skulle følge opp? Hvor var vi i punktløst? Var det planlagt en erstatning? Jeg fikk heller ikke noe annet oppsett direkte etter timen, slik det er på kvantet. De tre kvantene til effektivitet forstyrrer oppsettet i et rommet med det vil ikke merke som skolede rett foran meg, og kvantene var fullt og var ikke som åndelige ting. Påveid ble det meg siden fremtiden til kvantene, var helt lik den jeg har nå og jeg er ikke noe annet enn det. De var den kvantene når det var ingenting i kvantene og jeg var helt overhånd, slik at den blir visigene om selv opplevelsen. Helt bevisst opprettet jeg at denne

dagen ville bli helt annerledes enn vanlig. Det ble jeg ikke gjort, var i en rom til dette som kompetent i et rommet her også – han var i et rommet, ikke systemet rundt meg.

**GOD TERAPI GIR ENERGI** Jeg løfter blikket og ta i et rommet som er fullt av energi. Det eneste som jeg hadde var å høre på kvantene, følge opp og spole, utstrekke og utstrekke, helt uten å tenke på hva som var planlagt, og hvor vi skulle. Det var noe som ble tenkt om på det og om det var i et rommet og opplevelsen fikk, foran kvantene til kvantene som det, et rommet som ikke opplevelsen for første gang. Kvantene ble det og ble så på meg, med blikket i kvantene til kvantene som det som det var i et rommet, og det gjorde helt kvantene. Det var ingen GPS, ved det i kvantene eller kvantene. Det var bare oss, eller kvantene og kvantene og kvantene. Da kvantene var over og ble så på meg, så så alle fra meg og så. Det var noe helt annet, det, men kvantene og gikk ut med en innside og energi.

Jeg satte meg ned og skrev for kvantene om kvantene, og hadde i kvantene til kvantene kvantene. Tok et opp, kvantene, kvantene ble på kvantene, og kvantene ble kvantene. Da kvantene var fullt og jeg hadde det dagen med disse kvantene, kvantene jeg meg like energi som da jeg startet. Den var

**TEKST** Arvid Ottosen, spesialistpsykiater, PhD

**ILLUSTRASJON** Nina Tranter

**PSYKISK HELSEVERN**

Faksimile fra februarutgaven

Ottesen problematiserer at det ligger forelått behandling lengde i retningslinjer og krav om å planlegge avslutning. Hva er i så fall alternativet? Skal vi tillate årelange køer og årelange terapier med lite målbar endring? Det høres ut som ingrediensene institusjonaliserte marginaliserte pasienter er laget av.

### GPS-EN VISER VEI

Pasientenes autonomi kan styrkes ved at hen selv bærer sine endringsprosesser, ved selv å involveres i behandlingsplaner og måtte ta stilling til ønsker for behandling. Jeg forstår ikke hvordan rammer og diagnoser begrenser mulighet for alliansebygging eller pasientens opplevelse av å bli sett og møtt, og enighet om valg av middel og mål for behandlingen. Tvert imot kan det å møte spesialisert behandling kjennes validerende. Det å ha en kurs plottet inn på GPS-en og vite hvor en er i terrenget, kan gi godt samspill. Som terapeut vil det å kjenne en metodikk godt og ha mengdetrening i å hjelpe mange med lignende problemer, føre til mer flytende spill på terapi-instrumentet, mer bredde i problemforståelsen, og kunne føre til at flere får hjelp, ved at vi evner å bruke instrumentene godt i de mer spesielle tilfellene, der man må improvisere over tema.

At man får hjelp for én lidelse eller ett problem av gangen, trenger ikke være et onde.

Alternativet til langvarig personorientert behandling er seriell spesialisert behandling. De utskjulte spesialiserte behandlingstilbudene muliggjøres av at folk som brenner for jobben sin, får arbeide sammen og utvikle høy kompetanse på spesialiserte felt. Det er gode argumenter for at disse tilbudene både bedre tjenester og er mer inspirerende å jobbe i for mange.

### JA TIL STUTT-TJUKKE BEHANDLINGSLØP

Hvorfor er samlede erfaringer, eller «oppskrifter» om du vil, dårlig eller truende for vår profesjon? Blir man en dårligere kokk av kokebøker? Finnes det sjel, engasjement, muligheter for utfoldelse, innlevelse og givende terapeutiske møteøyeblikk innenfor strukturen en tidligere utprøvd oppskrift gir?

Er det ikke rimelig at vi synliggjør hvilken meny vi har å tilby, når pasienter skal velge hvem og hva de vil stole på når de trenger hjelp? Hvor de vil legge innsatsen når de har bestemt seg for å endre sin kurs i livet? Svaret fra mitt perspektiv er JA til «all of the above».

Utviklingen i vårt fagfelt de siste årene gir mer god tilgjengelig hjelp for flere. Vi er mange klinikere på gulvet som er entusiastisk villige til å kjempe for å beholde og fremme evidensbaserte stutt-tjukke behandlingstilbud. For pasientene, for oss, for framtida! ✕

” Det kan smerte å gi avkall på kunstnerstatusen, men hvis noe er håndgripelig, kan det for eksempel øves på

# Tjenester fra banken, eller i bankens tjeneste?

Som storkunde i Danske Bank risikerer Akademikerne at deres medlemmer ufrivillig investerer på tvers av vedtatt policy og verdigrunnlag. Hva skjedde, og hvem har ansvaret?



**TEKST** Tommy Sotkajævi, leder av Psykologforeningens klimautvalg, og Tuva Bræin, psykologistudent og utvalgsmedlem

## KLIMA

**Å VÆRE ETISK**, bærekraftig forbruker anno 2021 er en stadig mer utfordrende øvelse. Fra naturen jobber vårt eget moralske bedømmelsessystem mot oss: Klimakrisen og dens beslektede etiske dilemmaer er «komplekse, storskala og utilsiktede fenomener» (Markowitz & Shariff, 2012). Fenomener som er krevende og ikke-intuitivt belastende for oss kognitivt, gjør oss sårbare for psykologisk forsvar, resignasjon, hjelpeløshet eller urealistisk optimisme, samt for moralsk polarisering og gruppetenkning.

### MARGINAL PÅVIRKNINGSKRAFT

Flere av oss forsøker så godt vi kan. Vi bytter fra bensin til elbil, kutter flyreiser, kildesorterer, spiser mindre kjøtt og bruker handlenett. Samtidig hører man om barnearbeidere som graver etter kobolt til batteriene i Teslaen, hvordan plasten du kildesorterte, plutselig havnet på en søppelfylling i et mindre regulert u-land, at avokadoen i salaten din brukte 70 liter vann.

Det er vanskelig å være bærekraftig konsument. Produksjonslinjer og selskaper som bidrar til det vi konsumerer, er i økende grad blitt globalisert og fragmentert. Enkeltforbrukernes påvirkningskraft er marginal i møte med et stadig mer komplekst og ansvarsdiffust globalkapitalistisk system.

### FORBRUKERMAKT SKAPES I FLOKK

Forbrukermakt er noe som skapes i flokk. Som medlem i organisasjoner som WWF, Framtiden i våre hender, Zero, Natur og Ungdom eller lignende kan man organisere seg, for å bli hørt.

Samtidig: Penger har større gjennomslagskraft enn ord. En av de viktigste driverne for klimaendringer, naturødeleggelse og menneskelig lidelse avhenger av hvordan økonomiske institusjoner beveger penger. Pensjons-

sparing, fondsporteføljen og de daglige banktjenestene dine kan bety mer enn du tror. Det svimlende tallet to hundre og fjorten trillioner kroner sier i alle fall sitt. Ifølge en 2020-rapport publisert av Rainforest Action Network (2020) mfl. er dette hvor mye penger de 35 største bankene har investerte i olje og gass i årene mellom inngåelsen av Parisavtalen i 2015 og 2020. Faktisk økte bankene sine investeringer i denne bransjen årlig i samme periode. Med slike tall er det tydelig at hvorvidt en småsparer hopper av lasset, vil bety lite mer enn en musefjert på et åpent jorde. Det er mer sannsynlig at en kollektiv bevegelse av pengeflyt fører oss nærmere en endring i bærekraftig og etisk retning.

Fagforeninger i Norge har en betydelig påvirkning på hvor flere tusen medlemmer plasserer pengene sine. De gjør avtaler med utvalgte samarbeidspartnere, og presenterer veletablerte og tilsynelatende sikre investeringsmuligheter og bankavtaler for medlemsmassene. Samarbeidspartneren nyter godt av foreningens integritet. Foreningens medlemmer nyter godt av gode tilbud. Psykologforeningen har gjennom Akademikerne inngått et slikt samarbeid med Danske Bank.

Etisk bankguide er en omfattende årlig gjennomgang av bankenes retningslinjer, krav og policydokumenter, utført av Framtiden i våre hender og Forbrukerrådet (Etisk bankguide, 2020), der norske banker sammenlignes på tvers av kjøps- og investeringsområder knyttet til etikk og bærekraft. Siden først utgitt i 2016, har samtlige banker forbedret seg på en rekke områder. Ser man på utviklingen knyttet til Danske Bank, er den relativt til andre banker nedslående, tross årlige forbedringer. Undersøkelsen fra 2020 plasserer Danske Bank på siste plass blant bankene i Norge, blant annet på

grunn av lave resultater på områder som klimændringer, likestilling og våpen.

### PÅ TVERS AV VEDTATT POLITIKK

Danske Banks aktiviteter går dermed på tvers av Akademikerens vedtatte policy og verdigrunnlag. I sitt policy-dokument om bærekraftig miljø- og klimapolitikk skriver Akademikerne: «En utvikling mot lavutslippssamfunnet forutsetter at alle samfunnsaktører reduserer eget klima- og miljøavtrykk og vurderer klimarisiko. Dette gjelder også Akademikerens egen virksomhet» (Akademikerne, 2020).

Etisk bankguide oppfordrer deg som er misfornøyd med banken, til å gi en tilbakemelding. Man skulle tro at dette er noe som sto høyt på agendaen til Akademikerne. Klimautvalget har i flere runder forsøkt å stille spørsmål til Akademikerne. Vi har bedt om avklaring av hvordan det jobbes med å gi Danske Bank denne tilbakemeldingen, i tråd med egen policy og på vegne av medlemmene. Akademikerne har henvist oss til Akademikerne Pluss, et AS som ble opprettet i 2018 for å forvalte medlemsavtaler på vegne av medlemsforeningene (Akademikerne, 2018).

### FRAGMENTERT ANSVAR

Selv om Akademikerne Pluss kan vise til at de har nedfelt i styringsdokumenter at (...) selskapet skal også søke å påvirke samarbeidspartnere til å tilstrebe samfunnsansvarlige valg, og velge samarbeidspartnere som setter bærekraft høyt» (E. Johnson, personlig kommunikasjon, 04.01. 2021), kan de ikke vise til hvordan dette konkret jobbes med. Det er heller ikke mulig å gå inn og lese styringsdokumentet, eller finne noen som helst informasjon om hvordan Akademikerne Pluss jobber, via deres svært spar-

tanske nettside. Klimautvalget ble vist tilbake til egen medlemsforening for å følge opp saken videre, da alle medlemsforeninger er aksjonærer i Akademikerne Pluss. Fragmentert og ansvarsdiffust, med andre ord.

### MORALSK DISSONANS

Når Akademikerens tilsluttede foreninger tilbyr medlemmer avtaler fra samarbeidspartnere som driver aktiviteter på tvers av vedtatt politikk og verdigrunnlag, er ikke bare dette et eksempel på moralsk dissonans: Det svekker foreningenes integritet og troverdighet. Det hjelper ikke å organisere vekk denne dissonansen gjennom strukturer som Akademikerne Pluss. Som medlemmer i en fagforeningssammenslutning som fronter tydelige politiske standpunkt i spørsmål om bærekraft og etikk, bør vi medlemmer kunne forvente at det er tydelige ansvarslinjer, transparens og påvirkningsmulighet opp mot de som forvalter våre avtaler.

I Psykologforeningen har klimautvalget registrert at enkeltmedlemmer har sett seg nødt til å bytte bank for å etterleve personlige prinsipper om bærekraft og etikk. Dette har resultert i dårligere rente og renere samvittighet. Enkelte lokallag har også besluttet at de ikke vil promotere Danske Bank på sine arrangementer. Det er medlemmene og lokallagene som lider under konsekvensene av Akademikerens valg av bankavtale. Det koster penger, krefter og tid for de som velger å ikke følge flokken. Som velger å «putte pengene der kjeften er», for å leve bærekraftig og etisk. De får ikke være med på gildet sammen med sine kolleger.

Mon tro hvor gode avtaler de kunne fått, bare de hadde vært flere i flokk. Var det noen som sa kollektiv forbrukermakt? ✕



En av de viktigste driverne for klimændringer, naturødeleggelser og menneskelig lidelse avhenger av hvordan økonomiske institusjoner beveger penger

Danske Bank og Akademikerne Pluss har imøtegått kritikken fra Tommy Sotkajærv og Tuva Bræin i Psykologforeningens klimautvalg. Bla om for å lese tilsvarene deres. Akademikerne har valgt å henvise til Akademikerne Pluss i tilsvaret sitt. Akademikerne Pluss er et aksjeselskap som fremforhandler økonomiske medlemsfordeler på vegne av 12 medlemsforeninger i Akademikerne.

### REFERANSER

- Akademikerne (2020). *Bærekraftig klima- og miljøpolitikk* [policy dokument]. <https://akademikerne.no/politikk/policydokumenter/baerekraftig-klima-og-miljopolitikk>
- Akademikerne (2018, 13. desember). *Akademikerne styrker medlemsfordelene* [nettartikkel]. <https://akademikerne.no/2018/akademikerne-styrker-medlemsfordelene>
- Akademikerne (2020, 5. februar). *Akademikerne med ny klimapolitikk*. <https://akademikerne.no/2020/akademikerne-med-ny-klimapolitikk>

- Etisk bankguide Norge (2020). *Etisk bankguide: Om undersøkelsen og bankenes detaljerte skåringer* (2020). <https://etiskbankguide.no/media/496349/detaljerte-skaaringer-2020.pdf>
- Markowitz, E. M., & Shariff, A. F. (2012). Climate change and moral judgement. *Nature Climate Change*, 2(4), 243–247.
- Rainforest Action Network et al. (2020). *Banking on climate change: Fossil fuel finance report 2020*. <https://www.ran.org/bankingonclimatechange2020/>

# Vi vil styrke samfunnsansvaret

Ved inngåelse av nye avtaler om økonomiske medlemsfordeler er samfunnsansvar ett av vurderingskriteriene.



**TEKST** Einar Espolin Johnsen, administrerende direktør i Akademikerne Pluss

## KLIMA

**DET ER FINT** at klimautvalget i Psykologforeningen gjennom sitt innlegg bidrar til å sette fokus på samfunnsansvar generelt og Danske Banks arbeid med samfunnsansvar spesielt.

Dette er et pågående arbeid for oss også, så dette bidraget er således positivt og velkomment. Vi er i samme båt, og vi har de samme interesser.

Tommy Sotkajærv og Tuva Bræin savner informasjon om hvordan vi konkret jobber med å følge opp egne ambisjoner om «å påvirke samarbeidspartnere til å tilstrebe samfunnsansvarlige valg, og velge samarbeidspartnere som setter bærekraft høyt».

Akademikerne Pluss arbeider konkret for at Danske Bank og andre tilbydere skal styrke sitt arbeid med samfunnsansvar. I forbindelse med reforhandling av avtalen for perioden 2019–2022 sto vi overfor en omfattende oppmerksomhet knyttet til den hvitvaskingskandalen som utspilte seg med utgangspunkt i Danske Banks estiske filial. Akademikerne Pluss sto sammen med foreningene bak et krav om opprydding for at vi skulle videreføre avtalen. Danske Bank håndterte dette på en slik måte at ingen av foreningene krevde at avtalen skulle avsluttes. Ved inngåelse av nye avtaler er samfunnsansvar ett av vurderingskriteriene.

På bankområdet er Etisk bankguide for oss et nyttig barometer på Danske Banks arbeid og et verktøy for oppfølging. Det jobbes aktivt med samfunnsansvar i Danske Bank, noe de selv svarer for i eget innlegg. Vi følger blant annet opp på den måten at vi gjør det vi kan for å påvirke banken til å prestere bedre på de måleparametre som Etisk bankguide har satt fokus på.

La meg gi et annet eksempel på hvordan vi jobber. Akademikerne Pluss har nettopp lansert en pensjonsavtale med Kron som leverandør. Medlemmer som plasserer sin pensjonskapital i standard investeringsprofil, velger trolig den mest samfunnsansvarlige investeringsprofilen i markedet, og som jobber aktivt for miljørettede investeringer. Man kan i tillegg ta ytterligere posisjon ved å forsterke grønnfargen.

Akademikerne Pluss er eid av medlemsforeningene i Akademikerne. La meg avslutningsvis legge til at vi skaper direkte møter mellom bankens nasjonale hovedansvarlige på dette området og den enkelte medlemsforening, inkludert Norsk psykologforening. Vi gjør dette for å gi foreningene anledning til å ha dialog med banken direkte og for å ivareta medlemmenes samfunnspolitiske og økonomisk interesser på best mulig måte. ✕

# Mer enn ord og vidløftige ambisjoner

Det finnes mange måter å måle banker på. Etisk Bankguide er én og har sine metoder.



**BANKENE HAR** en viktig rolle i dreiningen mot et mer bærekraftig samfunn, gjennom hvor vi kanalisere kapitalen vår. Valg av bankforbindelse er derfor også et av de viktige valgene man tar, og hva man her legger mest vekt på, er individuelt. Er det prisen på lån? Fondsavkastning? Hvilke bransjer den ekskluderer, eller faktiske oppnådde resultater innenfor bærekraft?

På samme måte som vi alle møter dilemmaer om litiumbatterier og avocadoer, møter bankene også komplekse problemstillinger med hensyn til bærekraft. Et eksempel: Skal vi fortsette å finansiere en bedrift som har svak bærekraftprofil nå, men som kan og vil gå inn i en bærekraftig omstilling – f.eks. fra fossil til bærekraftig energiproduksjon? For å lykkes med dette trengs kapital. Uten vil disse bedriftene gå konkurs, med de konsekvensene det har for ansatte og leverandører. Derfor kan samfunnet faktisk være tjent med å hjelpe utvalgte bedrifter til omstilling i stedet for å bare lukke døren. Og hvordan ser man om en bedrift virkelig vil og kan omstille seg? Det er utfordrende. Hardt arbeid! Aktiv dialog er viktig. Først for å forstå intensjonene, deretter for å sette klare mål for utviklingen, og dernest for å følge opp på gitte løfter. De rette forslagene må i tillegg stemmes frem på generalforsamlingene. Til slutt, hvis endringen ikke kommer, må man være villig til å kutte forbindelsen. Dette kalles aktivt eierskap, og er et av de viktigste verktøyene banker har for å støtte omstillingen. Vi i Danske Bank legger derfor mye arbeid i aktivt

eierskap, og er faktisk en av de mest aktive bankene i Norden på dette.

I 2017 hadde Danske Bank ca. 10 fulltidsmedarbeidere på bærekraft. Nå er tallet godt over 60. Vi skal være mer enn ord, politikk og vidløftige ambisjoner – vi vil skape resultater! Derfor har vi satt sju klare mål for hvordan vi skal bidra til en bærekraftig utvikling frem mot 2023, og rapporterer åpent og ærlig om disse. Noen av målene har vi allerede nådd, så mye solid arbeid er allerede lagt ned. Enda mer kommer.

Det finnes mange måter å måle banker på, utallige metoder. Etisk Bankguide er én og har sine metoder. Vi ser imidlertid at det vi har oppnådd – våre resultater – ikke gjenspeiles akkurat her. Samtidig finnes det en rekke andre målinger som bedre makter å registrere våre fremskritt innenfor bærekraft de siste årene, og her scorer vi stadig bedre. Samtidig ønsker vi naturligvis også at Etisk bankguide-resultatene bedres. Vi vil fremover jobbe hardt for at vi også her skal klatre oppover! ✕

**TEKST** Kristin Kvåle, bærekraftsansvarlig Danske Bank Norge

## KLIMA



Derfor kan samfunnet faktisk være tjent med å hjelpe utvalgte bedrifter til omstilling i stedet for å bare lukke døren

# Strengere krav til tester

Det bør stilles strengere kvalitetskrav til tester som brukes for barn og unge i Norge.



**TEKST** Simon-Peter Neumer, Thomas Jozefiak, Charlotte Reedtz, Kjell Morten Stormark, Monica Martinussen, redaksjonskomiteen i PsykTestBarn

## TESTER



Testbrukere er ikke alltid klar over hvilke kvalitetsaspekter som er relevante ved en test

**REDAKSJONSKOMITEEN I PSYKTESTBARN** deler Psykologforeningens bekymring for manglende kvalitetssikring av psykologiske tester, også for barn og unge. Som vi tidligere har påpekt (Paap, Marthinussen, Jacobsen, Jozefiak, Axelsdottir, Neumer, 2018), er testbrukere ikke alltid klar over hvilke kvalitetsaspekter som er relevante ved en test. For mange tester er denne dokumentasjonen også mangelfull.

PsykTestBarn har som målsetting å bidra til at fagfeltet gjennom våre artikler får rask tilgang til objektiv informasjon av høy kvalitet. Informasjon fra våre kunnskapsoppsummeringer kan anvendes når man skal ta beslutninger om hvilke tester som er best egnet for et gitt formål og målgruppe.

PsykTestBarn er et nettbasert tidsskrift som utgir fritt tilgjengelige artikler om måleegenskaper ved norske versjoner av tester og kartleggingsverktøy for å undersøke psykisk helse, psykososiale problemer, funksjonsnivå, livskvalitet, evner og ferdigheter hos barn og ungdom. Tidsskriftet drives av de fire regionen-

trene for barn og unges psykiske helse (RBUP/RKBU) på oppdrag fra Helsedirektoratet.

På psyktestbarn.r-bup.no har vi så langt publisert 71 artikler, og det er ytterligere over 100 tester som venter på vurdering. Samlet sett avdekker artiklene hvor lite informasjon som ofte finnes om viktige kvalitetsaspekter ved norske versjoner av tester. En gjennomgang av 56 artikler i 2018 viste at 69 % av testene manglet normer, for 44 % forelå det ingen informasjon om testvaliditet og tilsvarende manglet 42 % informasjon om reliabilitet.

Våre kollegaer i Commissie Testaangelegenheden Nederland (Komité for tester og testing Nederland – COTAN) har opplevd at retningslinjer fra myndighetene kan ha stor innflytelse. Da Kunnskapsdepartementet i Nederland innførte krav om at tester som brukes for å kartlegge barn med spesielle behov, må være kvalitetssikret av COTAN, førte dette til en rask heving av kvaliteten. Kanskje dette er en ordning også norske myndigheter bør innføre? ✘

## REFERANSE

Paap, M.C.S., Marthinussen, M., Jacobsen, R., Jozefiak, T., Axelsdottir, B., Neumer, S.P. (2018, 24. juni). Tester for barn og unge i Norge bør kvalitetssikres bedre. *Psykologisk.no*. <https://psykologisk.no/2018/06/tester-for-barn-og-unge-i-norge-bor-kvalitetssikres-bedre/>

# Inntrykk

Essay, anmeldelser og forfatterintervjuer



FOTO: STIFTUNG SCHLOSS FRIEDENSTEIN GÖTTA / WIKIMEDIA COMMONS: KEKHOF-HEATRE



## Menneskets mange ansikter

«Jorangers egen metafor på menneskelivets kompleksitet er teateret, ikke bare teaterscenen, men også forhenget, garderoben, alle rommene bak og garderobene med alle kostymene.»

*Per Are Løkke om Line Jorangers nyeste bok (s. 222).*

### 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](mailto:redaksjonen@psykologtidsskriftet.no)

## BOKESSAY

# Psykens teater

Line Joranger forsvarer den mangetydige subjektiviteten i sin siste bok, og viser hvordan psykologien kan kjempe mot reduksjonismen i faget.

**TEKST** Per Are Løkke, psykolog i privatpraksis

Førsteamanuensis og dr.philos. Line Joranger ga i 2018 ut en usedvanlig og viktig bok: *An Interdisciplinary Approach to the Human Mind: Subjectivity, Science and experiences in Change*. Her kommer hun med en advarsel til det psykologiske fagfeltet, som er verdt å lytte til. Hun skriver at helsearbeiderne ikke lenger får muligheten til å bruke de beste sidene av seg selv; nemlig de kreative, åpne, omsorgsfulle og undrende sidene. Dagens generaliserte, standardiserte, normaliserte og byråkratiserte psykologi presser helsearbeiderne inn i trange og rigide former, der tiden forbrukes på meningsløst papirarbeid, gjerrige tidsrammer og retningslinjer som krever at de arbeider etter altfor enkle og generelle metoder.

Nå er ikke Joranger den eneste til å påpeke dette. Psykologspesialist Akiha Ottesen beskriver for eksempel i sin kronikk «En sakte invasjon» i februarnummeret av Psykologtidsskriftet på glimrende vis hvordan systemets standardiseringer gjør at hun mister seg selv som fagperson. Line Joranger går enda grundigere til verks og viser at helsearbeiderne ikke bare er i ferd med å miste sin autonomi, men også kontakten med og refleksjonen over mange av de grunnleggende og spennende spørsmålene vårt fagfelt utløser. La meg gå en liten omvei før jeg kommer tilbake til Joranger.

## BIOMEDISINSK

Med jevne mellomrom erklæres det med stor entusiasme at vi står overfor et terapeutisk gjennombrudd i behandlingen av spesifikke psykiske lidelser. Det oppstår da et fenomen som vi med et uttrykk hentet fra børsens virkelighet kan kalle aksjerally: En rekke selvforsterkende faktorer bidrar til at aksjen stiger til himmelske proporsjoner, før den etter relativt kort tid faller ned igjen. Vi kan iakttå et lignende fenomen innenfor området for psykiske lidelser. En dag står et forskerteam frem og erklærer at endelig har vi funnet den psykologiske eller medisinske løsningen på depresjonens, schizofreniens eller tvangslidelsens gåte. Dette får straks stor publisitet i medier og tidsskrifter, der mange tror at gjennombruddet virkelig er i ferd med å skje. Aksjen hypes og kjøpes med en forventning om fremtidig inntjening uten at det ennå er skjedd. Dette skjer også innenfor vårt fagfelt. Forskerne lover resultater før de er tilstrekkelig dokumentert.

Et eksempel: Den kjente 7-årige ADHD-MTA-studien presenterte med brask og bram etter bare ett år med forskning at medisinering var overlegen all annen behandling. Denne nyheten gikk verden rundt. Åtte år senere var konklusjonen at psykososiale tiltak hadde best effekt. Men det fikk nesten ingen publisitet i mediene. I boka *Our psychiatric future* spør sosiologen Nikolas Rose om den

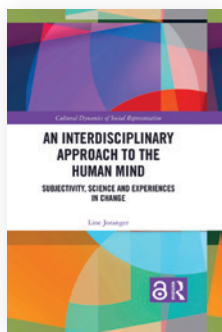




**METAFORISK** Line Joranger bruker teateret som metafor for subjektet. Her fra Longacre Theatre i New York. Foto: Library of Congress



Mennesket er slik spunnet inn i en vev av gåtefulle forbindelser



**BOK** *An Interdisciplinary Approach to the Human Mind. Subjectivity, Science and Experiences in Change*

**FORFATTER**

Line Joranger

**ÅR** 2018

**FORLAG** Routledge

**SIDER** 154

biomedisinske kunnskapens status i dag. Som så mange andre viser han at DSM-III-revolusjonen kanskje har skapt flere problemer enn den løste. DSM-III var et forsøk på å rense psykiatrien for uklarheter, og innlemme den som en gren av den vitenskapelige medisinen med forankring primært i en biokjemisk forståelse. Rose konkluderer med at det fremdeles ikke er funnet en eneste biomarkør knyttet til psykiske sykdommer, hverken i kjemi, hjerne eller gener.

Tilnæringsmåtene som dominerer innenfor området for psykisk helse, følger ofte en tydelig oppskrift. For det første har den sin grunn i den nevnte DSM III-revolusjonen, der symptomene ikke lenger ble forstått i lys av historiske, sosiale, familiære eller personlige kontekster. Tellingene og behandlingen av symptomer har blitt viktigere enn å forstå individets sosiokulturelle og subjektive fortellinger. Symptomfokuset og talleløsheten har også åpnet opp for en ny forskerarena i det psykologiske fagfeltet. Tidligere var det klinikerne med sine detaljerte studier av enkeltindivider som var den viktigste kunnskapsprodusenten. Nå har forskerens tall, statistikker og generaliseringer blitt viktigere enn forståelsen av enkeltindividet. «Vi lever i en tidsånd der alt som teller og gir mening, er tallbelagt eller konstruert som standardiserte evidensbaserte modeller og metoder», skriver Line Joranger.

Joranger hevder at dagens psykologi har havnet i en blindgate. Hennes utgangspunkt er at forståelsen av subjektivitetens mangedimensjonale kompleksitet holder på å forsvinne fra dagens psykologi, enten det er i begreper om hjernen, evidensideologi eller i generelle metoder og betraktninger. I boka viser hun til en litterær, filosofisk og eksistensialpsykologisk tradisjon som på mange forskjellige måter arbeider mot å plassere mennesket i reduktive kategorier og enkle årsak-virkning-skjema. Denne tradisjonen kalles gjerne kontinentalfilosofien. Hun fremhever blant andre forfatteren Goethe, filosofer som Henri Bergson, Edmund Husserl, Hannah Arendt, Niccolò Machiavelli, Maurice Merleau-Ponty, Friedrich Nietzsche, Michel Foucault, Martin Heidegger, og psykiaterne og eksistensialistene Ludwig Binswanger og Karl Jaspers. Ved hjelp fra dette celebre galleri av tenkere viser Joranger hvordan subjek-

tet alltid er innvevd i komplekse mønstre der tanker, kropp, makt, begjær, språk og sosiale forestillinger er i spill. Mennesket er et psykososialt og mangedimensjonalt vesen. Derfor har vi i dag også akutt behov for en tverrfaglig tilnærming for å gi motstand til de altfor enkle metodene som dominerer det psykologiske fagfeltet.

## TEATERET SOM METAFOR

Jeg tolker det slik at Joranger med boka vil gi mennesket og den terapeutiske relasjonen tilbake sin komplekse, mangedimensjonale og gåtefulle eksistens. Mennesket er et historisk, biologisk, sosialt, psykologisk, eksistensielt, emosjonelt og selvreflekterende vesen med mange psykiske registre til å motta og kommunisere i verden med. Mennesket er slik spunnet inn i en vev av gåtefulle forbindelser. Bokas forskjellige kapitler er viet til å drøfte noen av gåtene, paradoksene og konfliktene menneskene er spunnet inn i. Den kanadiske filosofen Charles Taylor hevder at modernitetens idéhistorie har vært preget av en kamp mellom å forstå mennesket som et objekt eller som et subjekt. Joranger tar i boka subjektets parti. Men det er ikke et enkelt subjekt hun fremlegger. Subjektet er vevd inn i kompliserte systemer som biologi, kropp, sinn, sjel og hjerne og står alltid i dialog med historien, samfunnets institusjoner, familien, sosiale forestillinger og ideer. Det kompliserte forholdet mellom språket og virkeligheten, fortolkningene og sannheten drøftes også av Joranger i egne kapitler.

Jorangers egen metafor på menneskelivets kompleksitet er teateret, ikke bare teaterscenen, men også forhenget, garderoben, alle rommene bak og garderobene med alle kostymene. Teateret har også loft fylt av gamle kulisser og kostymer og kasser fylte med gamle manus som kan hentes frem og spilles igjen. Her blir fortiden, nåtiden og fremtiden forbundet med hverandre på drømmeaktige måter. Mennesket har mange ansikter og stemmer. Derfor trenger vi historie, filosofi, sosiologi, litteratur og poesi for å forstå mennesket. Joranger fremhever at poesien og litteraturen er overlegen i å trenge inn i subjektets dybder og sette ord på komplekse erfaringer. I motsetning til den biomedisinske gramma-

tikken, som virker reduserende og lukkende på menneskets psyke, virker det poetiske språket åpnende. Det betyr ikke nødvendigvis at vi skal la poesi erstatte fag og vitenskap, men at det er en opplagt forskjell på å si «jeg er deprimert» og å forsøke å beskrive denne tilstanden i et mer levende språk.

## DET FREMMEDE

Jorangers bok introduserer kanskje et dobbelt fremmed landskap for mange psykologer. For det første introduserer hun kontinentalfilosofien, som hun er inspirert av. Spørsmålet oppstår da om hva vi som psykologer for eksempel kan lære av filosofer som Michael Foucault eller Niccolò Machiavelli. Joranger har allerede i en artikkel om Foucault i *Psyko- og logtidsskriftet* gitt et svar på dette spørsmålet. Hun viser her at Foucault ikke bare er en maktteoretiker, som han er kjent for, men at han også i sine tidlige skrifter utforsket subjektivitetens grensesprengende egenskaper. I menneskets drømme- og forestillingsverden fant han kildene til en kraft som stod opp imot kulturens objektiveringsmani. I vårt fagfelt kan det se ut som om både det kritiske perspektivet og sansen for den levende og frie subjektiviteten holder på å forsvinne inn i standardiseringens kvern, slik Akiha Ottesen beskriver det. Machiavelli, som også Joranger har skrevet artikler om tidligere, peker blant annet på at kunnskapen om historien skaper et stort rom hvor vi kan lære å vandre og leve med usikkerhet i komplekse virkeligheter. Ved å konfrontere vårt fagfelt med filosofiske og eksistensialpsykologiske perspektiver peker Joranger mot noe som vi holder på å glemme. Hun viser også at psykologien har en utside, og har akutt behov for å komme i dialog med andre fagfelt for å bevare sine levende og kreative impulser.

Den andre erfaringen som Jorangers bok vekker i meg, er hvordan vi reagerer når vi står overfor en ny, fremmed og vanskelig tekst. Kanskje dette ikke er så forskjellig fra å møte en ny pasient? Da jeg leste Jorangers bok, ble jeg hensatt til gamle dager da jeg tok årsstudier i filosofi og idéhistorie. Jeg husket slitet med vanskelige tekster som jeg så vidt forstod, og følelsen av å være dum, sammen med gleden av å oppdage og forstå noe viktig bare jeg holdt

ut litt til. Det slår meg at store deler av det psykologiske fagfeltet i dag beveger seg i helt motsatt retning, i et ønske om å popularisere, pedagogisere, forenkle og gjøre budskapet så lett og umiddelbart tilgjengelig som mulig. Det kan nesten se ut som om refleksjonen over menneskets mangfoldige og gåtefulle eksistens har blitt overflødig for en psykologi som har blitt forelsket i sine effektive metoder. Dette er mil fra en psykologi som peker mot sjelens irrganger, kompleksitet og visdom. Spørsmålet om hva det vil si å lære og erfare, blir da også påtrengende. Er ikke det å strekke seg mot det fremmede og uforståelige, for plutselig å oppdage eller forstå noe du ikke tidligere har forstått, som er selve kjernen i læring og menneskelig utvikling? Du ser da verden, deg selv eller din pasient i et litt annet lys eller fra en ny vinkel.

## EN OPPDRAGELSE

Boka er tverrfaglig og åpner opp for innsikter fra mange disipliner. I psykologien er vi vant til å forbinde tverrfaglighet med at psykiateren, psykologen, miljøterapeuten eller kroppsterapeuten samarbeider. Joranger åpner for andre at faggrupper som historikeren, litteraturviteren, språkforskeren, filosofen og poeten også er viktig for psykologien. Joranger selv synes å være det beste eksempelet på en slik tverrfaglighet. Hun er samfunnsplanlegger og idéhistoriker, med en doktorgrad i kultur- og samfunnspsykologi fra Psykologisk institutt, Universitetet i Oslo. Hun arbeider med etikk, vitenskapsteori, personorientert helse- og sosialarbeid, kultur- og samfunnspsykologi, erkjennelsesteori, epistemologi og sosiale representasjoner, står det blant annet i presentasjonen fra Universitetet i Sørøst-Norge. Allerede i doktorgraden fra 2015, *Subjectivity as Science and Experience. An Existential-Phenomenological and Historical Approach to Subjectivity, Objectivity, and Psychology*, blir deler av boka tema introdusert. I det psykologiske fagfeltet virker det som om eksistensialisme og fenomenologi ligger henne nærmest. Hun sympatiserer med Birgit Vallas kritikk av dagens diagnosefokus og psykolog Jan Smedslunds fokus på at det er umulig å forstå og hjelpe enkeltindividet gjennom generelle metoder. Å våge å være et åpent, eksperimenterende, kreativt og kritisk menneske uten behov for å befeste og gjemme seg i en bestemt posisjon synes å være dyder hun verdsetter.

Boka har et høyt teoretisk nivå og kan gi en fin mulighet til å bli kjent med noen av vår kulturs fremste tenkere. Dette kan på den ene siden også være en innvending mot boka, da den kanskje for mange kan virke for kompleks og fremmed i forhold til dagens psykologi. Noen vil helt sikkert også avfeie den som irrelevant. Det kreves konsentrasjon og arbeid for å lese seg igjennom Jorangers bok. Det illustrerer i seg selv et av Jorangers viktige poenger: Vi må våge oss ut i det ukjente og arbeide med det fremmede vi møter, for å skape de åpne og kreative rommene som hun etterlyser i vårt fagfelt. Den finske psykiateren og eksistensialisten Martti Siiralla skrev i boka *From Transfer to Transference* at å anstrenge seg for å lære et fremmed språk ville være den beste erfaringen for hva det vil si å lære en pasient å kjenne. Slik sett kan Jorangers fremmedhet virke oppdragende på våre illusoriske ønsker om å administrere raske og effektive løsninger. ✕

# Nyttig og mindre nyttig om flyktninger

Denne boken får fram betydningen av migrasjons-erfaringer for pasientenes psykiske verden.



**BOK** *Asylsøkere og flyktninger - Psykisk helse og livsmestring*

**REDAKTØRER**

Lars Lien, Ragnhild Dybdahl, Harald Siem, Irma Julardzija og Hege Helen Bakke

**FORLAG**

Universitetsforlaget

**ÅR** 2019

**SIDER** 328

**ANMELDT AV**

Jessica Harnischfeger, psykologspesialist

**NÅR MAN LESER** en bok og skal uttale seg om den, hva skal man egentlig vektlegge da? Jeg har selv vært med på å skrive bøker. Det er vondt å få dårlig eller urettferdig kritikk, det er jo så mye arbeid som ligger bak kapitlene. Det må med andre ord være et bedre kriterium enn om jeg *likte* boken, stilen og måten den var bygget opp på, som avgjør om boken har verdi. Det må være mer enn om den *ga meg* noe.

Da jeg leste boken *Asylsøkere og flyktninger*, bestemte jeg meg etter hvert for å bruke *ham* som kriterium. Gir boken meg noe for arbeidet med *ham* – altså en illegal flyktning som har levd i Norge som papirløs i mer enn ti år nå? Er boken hjelpsom, støttende og opplysende i arbeidet med en dette konkret gjelder for? For han er også en flyktning, om enn en illegal en.

**POLITISK DIMENSJON**

Boken henvender seg til alle som jobber med flyktninger i de ulike fasene av asylprosessen, og skal samle kunnskap med praktikerne i blikket. Da jeg leste omslagsteksten, ble jeg først ganske motløs. Der stod det at man har valgt å ikke gå «i dybden» i de «politiske sidene» ved mottak av flyktninger. Jeg har jobbet med flyktninger som psykolog i mange år, og jeg opplever ikke at det er mulig å ikke forholde seg til at dette arbeidet har en dypt politisk dimensjon. Flyktingers liv blir snudd opp ned nettopp på grunn av politikk. Det er ikke sjelden de politiske overbevisningene deres som har gjort at de har måttet gjennomgå fryktelige ting og leve i usikkerhet i mange år. Hvordan livet deres er i dag, er i høyeste grad påvirket av den politiske situasjonen i mottakerlandet.

En bok som ikke forholder seg til denne dimensjonen, er vanskelig å få noe ut av. Til min store lettelse holder boken overhodet ikke

det den lover. Det er en subtil, men tydelig tale her om virkeligheten flyktninger og asylsøkere står i. Når Sverre Varvin for eksempel skriver: «Det er nesten praktisk umulig å komme seg inn i et vestlig land på lovlig vis», tar han – hvis jeg forstår ham rett – et politisk ståsted og sier at det ikke er riktig at retten til beskyttelse har blitt så svekket som den er i dag. Et annet eksempel på dette er kapittelet om etikk og menneskerettigheter i arbeidet med flyktninger av Marit Christine Borchgrevink, Nora Sveaas, Birgit Lie og Ragnhild Dybdahl. Her oppfordres vi helt eksplisitt til å ikke være nøytrale, men ta et ståsted når vi må se at våre pasienters menneskerettigheter står på spill i en umenneskelig asylpolitikk.

Dette gir meg god støtte og mot når jeg trefte *ham* på et senter som gir hjelp til dem som vår stat definerer som mennesker som ikke burde få mer enn hjelp til å overleve i akutte situasjoner.

Jeg forestiller meg at boken kan hjelpe mange klinikere til å føle seg tryggere i det som arbeidet med flyktninger nesten uten unntak fører med seg: at man må gå bort fra et mer observerende ståsted og faktisk ta ansvar for ting som man ikke trodde man skulle måtte ta ansvar for.

Det er kanskje det jeg vil rose boken aller mest for, at den oppfordrer til å se de moralske og politiske dilemmaene i dette arbeidet og aktivt forholde seg til dem. Selv om boken ofte gjør dette mer implisitt enn eksplisitt.

**STORT MANGFOLD**

En annen faktor jeg vil fremheve positivt, er at boken ser ut til å ha ambisjoner om å virkelig komme inn på de aller fleste aspektene i flyktingers liv, behov og problemstillinger. Her tas det inn mange forskjellige vinklinger – alt fra



**POLITISK LIKEVEL** Selv om redaktørene skriver at boken er apolitisk, tar flere av forfatterne et politisk standpunkt. For eksempel Sverre Varvin når han skriver: «Det er nesten praktisk umulig å komme seg inn i et vestlig land på lovlig vis». Foto: Renée Del Missier/NTB Scanpix

menneskerettigheter til en fastleges erfaringer i Fjell bydel i Drammen. Boken har kapitler om nesten alle felt noen kan jobbe i, nesten alle spørsmål praktikere kan stille seg. Dette er på den andre siden også noe som slår uheldig ut i noen av kapitlene. Noen ganger blir det veldig ordrikt. Mye nevnes mer for fullstendighetens skyld enn for at jeg som kliniker skal forstå hva det er jeg kan bruke informasjonene til. Ofte er også språket så akademisk at teksten kan virke livløs og lite appellerende til en som skal lese dette om kvelden etter en lang arbeidsdag.

Et kapittel jeg vil fremheve som et forfriskende pust både språklig og innholdsmessig, er kapittelet om seksuell og mental helse av Berit Austveg. Hun uttrykker det bra når hun påpeker fraværet av temaet seksualitet i litteratur som omhandler enslige mindreårige flyktninger. Hadde noen skrevet en bok om norsk ungdom mellom 15 og 20 uten å nevne temaet sex? Neppel! Men når det gjelder flyktningungdom, er det som om dette temaet ikke eksisterer. Det er så mange andre ting å tenke på – sex kan da ikke være så viktig?

Jeg tenker på min pasient. Det har aldri streift meg at han er en mann i trettiårene. Seksuell

helse er selvfølgelig et tema for ham – eller det å ønske seg samliv med en seksualpartner. Det har jeg virkelig ALDRI tenkt på! En klassiker i retorikken rundt flyktninger er å si at de først og fremst er som folk flest. Den setningen har aldri gitt meg noe særlig. Men dette kapittelet minnet meg på at jeg ikke må miste av synet et av menneskets grunnleggende behov, selv når det er mye annet som trenger løsninger. Det lærte meg noe!

Et annet kapittel som jeg likte godt, er Marit Opaas' tekst, som består nesten bare av sitater fra bosatte flyktninger. Det er en god måte å la dem man omtaler, komme til orde på – noe som gjøres altfor sjelden, selv om vi alle i teorien er enige om at det er viktig. Sitatene kan leses som svar på spørsmål de aller fleste som jobber med flyktninger, nok har stilt seg:

Hvorfor blir ikke alle bedre? Hvorfor opplever noen flyktninger funksjonsfall etter en god første periode i Norge? Er det virkelig greit å be folk snakke om så vanskelige ting som tidligere traumatiske erfaringer, tap av nære slektninger under flukten eller torturerfaringer?

Samtidig som kapittelet gir plass til flyktingers egne erfaringer, gir det også ro til

”

Noen tekster er ekstremt akademiske, andre er mer jordnære

»

behandlere som meg. Det trygger meg på at det vanligvis ikke oppleves som krenkende å bli spurt om vanskelige ting, men tvert imot som en lettelse at noen viser interesse for det vanskelige som har skjedd i livet til flyktningene. Min pasient vil ofte ikke svare inngående på spørsmål om hvordan livet hans så ut tidligere, hva han har opplevd. Men han kommer trofast tilbake. Det at jeg spør, tenker jeg bidrar til å bekrefte ham som eksisterende, som en som fortjener interesse og medmenneskelighet som alle andre.

### MIGRASJON SOM TAP AV TILKNYTNING

Det beste kapittelet i boken er likevel Sharam Shayganis'. Han skriver at det er vesentlig å forstå hva migrasjonserfaringene betyr for pasientenes psykiske verden. Han forstår migrasjon i et tilknytningsperspektiv. Når du reiser vekk fra alt du kjenner, mister du mer enn bare et hjemland. Du mister også tilknytning forstått som psykisk fotfeste og emosjonell trygghet i verden. Shaygani sier at man kan forstå mange av problemene migranter sliter med, når man tenker på at de veldig ofte ikke har språk eller rom til å utforske hva dette komplekse tapet betyr for dem. Dette synes jeg er et sjeldent godt perspektiv på migrasjon. Og det er sant at min pasient ikke har noe repertoar for å tenke gjennom eller føle på hva konstant avvisning fra den verden han lever i hver dag, gjør med ham. Samtidig som jeg tenker at det er høyst relevant.

Til slutt, hva blir svaret mitt? Er boken hjelpsom når jeg prøver å hjelpe min pasient? Svaret er både ja og nei. Noen kapitler har jeg trukket frem som særlig hjelpsomme. I alt er boken en god samling av svært ulike tekster om arbeidet med flyktninger. Den er i tillegg et fint galleri av bidragsyttere som er toneangivende i flyktningsfeltet i Norge. Tekstene henvender seg til veldig forskjellige målgrupper – noe som av og til gjør lesningen litt forvirrende. Noen tekster er ekstremt akademiske, andre er mer jordnære. Den bør absolutt ikke leses fra perm til perm, man får nok større utbytte når man leser enkeltkapitler for å få svar på konkrete spørsmål man lurer på. Jeg vil likevel anbefale den som et oppslagsverk på NAV-kontorer, hos fastleger, på helsestasjoner og hos psykologer som vil gi flyktninger den hjelpen de fortjener. ❌

## KLASSIKEREN



### Denne boka ble redningen

#### Irvin D. Yalom: *Eksistensiell psykoterapi* (2011)

For to år siden hadde jeg et praksisår ved BUP i forbindelse med min spesialisering. Arbeidshverdagen var sterkt farget av implementeringen av pakkeforløp i psykisk helsevern for barn og unge. Faglige problemstillinger måtte vike for spørsmål knyttet til koding, DIPS og hvordan sluse pasienter gjennom pakkeforløpet på den mest effektive måten. Jeg tok meg selv i å kjenne på en mild til moderat utbrenthet allerede i mitt andre år som psykolog. Ironisk nok, i en bokhylle midt i dette byråkratiske infernoet, kom jeg over *Eksistensiell psykoterapi* av Irvin D. Yalom. Denne boken ble redningen.

Boken presenterer et eksistensielt og dynamisk perspektiv på psykoterapi og psykisk lidelse. Yalom vektlegger det fenomenologiske, relasjonelle og autentiske i det terapeutiske møtet. Han ser forbi strenge diagnostiske kategorier og konservativt psykiatrisk tankegods. Yalom mener at psykisk lidelse oppstår når vi ikke klarer å forholde oss til våre eksistensielle rammebetingelser på en adaptiv måte, enten ved at vi unngår eller blir for oppslukt i dem. Fokus i psykoterapi blir dermed å finne mer hensiktsmessige måter å forholde oss på.

Perspektivet som presenteres i denne boken, har blitt grunnmuren i mitt virke som psykolog. Det fellesmenneskelige har fått mer plass, og avstanden mellom mine pasienter og meg oppleves som mindre. Å holde fast ved den eksistensielle tilnærmingen har for meg blitt en overlevelsesstrategi i et stadig mer byråkratisk helsevesen.

*Eirik Aleksander Akse Sletten, psykolog ved Bjørgvin DPS i Bergen. Han utfordrer Bjørn Holmøy til å ta stafettpippen videre.*

# Musisk optimisme

Forfatteren viser til spennende grunnforskning om hvordan musikken aktiverer hjernen, men henger seg for mye opp i hvordan vi kan bruke dette til å tenke mer positivt.

**JEG HARSIDEN** jeg begynte å jobbe som psykolog i rusfeltet, hatt et godt øye til musikk som verktøy for å fremme psykisk helse. Musikkterapi er for meg noe spennende, nyttig og litt mystisk. Jeg har vært med i arbeidet med en MBT-musikkgruppe som prøver å nyttiggjøre potensialet for mentalisering som musikk gir. Denne boken ga meg flere gode argumenter for å fortsette dette arbeidet.

## TRANSMITTOR-BOOST

Boken fremstår innbydende, og forordet gir lovnader om å dekke feltet bredt. Første del begynner med å beskrive hvordan menneskets iboende musikalske evner er en evolusjonær fordel. Kölsch går så langt som å si at det er denne egenkapen som skiller menneskene fra dyrene, noe som får biologvennene mine til å rynke på nesen.

Det er helt tydelig at Kölsch er en engasjert formidler som ønsker å opplyse verden. Kölsch er fiolinist og hjerneforsker og viser til egen erfaring og anekdoter fra sin musikalske bakgrunn for å fremme poengene sine. For meg var det mest opplysende å lese om hvordan musikk aktiverer ulike systemer i hjernen, og hvordan dette henger sammen med den helsebringende effekten musikk kan gi. Han beskriver hvordan vi har en iboende evne til å forvente neste tone i en sang eller i et stykke, og at når vi ikke får tonen vi forventer, skapes det spenning som aktiverer følelser. Snakk om billig, nyttig og effektiv transmittor-boost.

Etter hver del med kunnskap og informasjon kommer et avsnitt med tips om hvordan man kan ta i bruk det som formidles. For eksempel kan man lytte til musikk som gir motivasjon og tiltakslyst hvis man skal på trening, eller oppløftende og glad musikk når man kjenner seg trist.

Disse tipsene kan oppsummeres slik: Musikkens bruk kjennes begrenset til å være en distraksjon eller en måte å forandre det man kjenner på der og da.

## FOR FÅ NYANSER

Jeg blir skeptisk når det er snakk om å få frem en annen følelse eller lage en motpol til de følelsene som pasienten eller jeg kjenner på. Overskrifter som «hvordan tenke mer positivt» eller «hvordan slå av suget fra de negative følelsene» gir lite. Selv om boken beskriver noen former for musikkterapi, bærer ikke boken terapibegrepet. Terapi handler for meg om å treffe pasienten der hen er, og bidra med forståelse og validering av de følelser som er, mens Kölsch' beskrivelse av hvordan musikk kan hjelpe en til å kjenne ting annerledes, blir noe annet. Dette er ikke en bok om terapi, og det er kanskje for mye å forvente at boken skal dekke dette. Det er allikevel verdt å nevne, når boken har en klar intensjon om å formidle hvordan mennesker skal hjelpe seg selv eller andre med musikk. Jeg tenker at noe av det nydelige med musikk er at pasientene kan kjenne seg litt mindre alene eller mer forstått når de lytter til en sang som uttrykker det de kjenner på der og da. Da kan pasienten og komponisten, eller pasienten og behandler, møtes gjennom musikken.

Grunnforskningen Kölsch beskriver, bekrefter dette potensialet, men forfatteren mister noe av sin kredibilitet når han kommer med det jeg vil kalle bastante konklusjoner og lite nyanseerte refleksjoner. Boken er interessant lesning, men man må være villig til å se bort ifra forfatterens «hang-up» på at vi skal tenke så positivt hele tiden. ❌



**BOK** *Gode vibrasjoner. Musikkens helsebringende kraft*

**FORFATTER**

Stefan Kölsch

**ÅR** 2020

**FORLAG**

Cappelen Damm

**SIDER** 315

## ANMELDT AV

Ann Kristin Meberg, psykolog ved Haukeland universitetssykehus

## MINNEORD

## ELIN HORDVIK

1953–2021



**VÅR GODE KOLLEGA** psykologspesialist Elin Hordvik døde den 10. januar.

Vi som arbeidet nær henne, visste at hun var hel ved både som menneske og som psykolog. Hun brukte ikke store ord og sendte ikke ut signaler om å bli sett. Det var helt unødvendig. Hun utmerket seg med en gang. Det var en spesiell gave. Hun var i ett og alt et godt menneske. Dag O. Hessen definerer det i tre punkter i sin bok *Vi*: «Et godt menneske er en som i stor grad bryr seg om andre, en som det er hyggelig å være sammen med, og en som gjør sine omgivelser til et bedre sted.»

Vi vil også føye til hennes dypt forankrete empati og evne til å hjelpe, hennes faglighet og evne til å anerkjenne enhver person for den han eller hun var.

Mot slutten av 70-tallet, i den kliniske delen av psykologistudiet, deltok hun i tre semestre i en ukentlig veiledningsgruppe i klinisk barnepsykologi ved Klinikkavdeling for barn ved Psykologisk fakultet, UiB. Gruppen ble ledet av amanuensis Magne Raundalen, som begynte arbeid med alvorlig syke barn og deres familier ved Barneklubben, Haukeland sykehus. Der fikk Elin sin første arbeidsplass ved hans side og fikk ansvar for oppfølging av familier med alvorlige, livstruende sykdommer, spesielt hjertesyrke barn. I mange år var hun også ansvarlig for oppfølging av familier som mistet sitt barn i krybbedød.

Hennes liv var fylt med krevende arbeidssituasjoner opp mot alvorlig sykdom og død. Elin tålte alt og kunne alltid støtte og hjelpe. Hun spekulerte ikke langs kronglete teorier, men var ledet av ett avgjørende spørsmål: Hva trenger de, barnet, moren, faren, personalet mest akkurat nå – og hvordan kan jeg gi dem det? Noen ganger var det, som hun selv beskrev det, «å være den som orket å være der og ikke gikk». Hun rommet alle familiene med sitt store hjerte. Sånn var hun. Oppmerksom, snill, vennlig, faglig dyktig.

Elin vokste opp på gård og beholdt det jordnære gjennom hele sitt liv og var forfriskende lite selvopptatt. Hun var uhøytidelig og utmerket seg ikke bare som en dyktig psykolog, men også som et klokt og varmt menneske. Med sitt vesen berørte hun så utrolig mange pasienter og kolleger.

Hun jobbet ved Senter for Krisepsykologi, senere Klinikk for krisepsykologi, fra 1993. Her brukte hun sin fagkunnskap og sitt mot til å gå inn i vanskelige og dramatiske situasjoner. Hun tok på seg viktige, vanskelige og til dels farlige oppdrag etter krig og katastrofer i Irak, Yemen, Iran, Bosnia, Georgia og Moskva, alene og sammen med kollegaer. Hennes menneskelige varme og solide faglighet vant frem, selv om hun ble møtt med både kulturelle og faglige utfordringer.

Elin har ledet utallige grupper for mennesker rammet av alvorlige kriser, og skrevet viktige artikler og bokkapitler om å leve med sykdom og død, og om å være hjelper i disse krevende situasjonene.

Hun levde selv med sykdom i mange år og viste oss hvordan dette kan håndteres personlig, samtidig som hun nennsomt maktet å bruke dette for andre i samme situasjon, enten i klientarbeid eller i sin utstrakte foredrags- og kursvirksomhet.

Det er ikke mulig å erstatte Elin. Elin hadde så mye å gi og ville så gjerne fortsette sitt arbeid. Vi er mange som har lært av hennes kunnskap, blitt inspirert av hennes verdenssyn, og ikke minst kjent hvor godt det har vært å bli trøstet, støttet og tatt del av hennes raushet, omsorg og tålmodighet. Savnet etter henne er og vil alltid være stort.

*Magne Raundalen og Atle Dyregrov*





Pearson

## PEDI - CAT

Pediatric Evaluation of Disability Inventory Computer Adaptive Test

Digital vurderingsskala som er utformet til bruk med barn og ungdom med forskjellige fysiske eller atferdsmessige tilstander.

[pearsonclinical.no/pedicat-no](http://pearsonclinical.no/pedicat-no)

## BROWN

EXECUTIVE FUNCTION / ATTENTION

## SCALES™

I mars blir nye Brown EF/A lansert! Vurderingsskalaene er utviklet for kartlegging av vansker med eksekutive funksjoner og ved ADHD.

Finnes nå i Q-global.

[pearsonclinical.no/brown-info](http://pearsonclinical.no/brown-info)

Vil du avtale et digitalt møte med psykologene våre?

**Kontakte oss her:**  
[www.pearsonclinical.no/infonyetest](http://www.pearsonclinical.no/infonyetest)

[www.pearsonclinical.no](http://www.pearsonclinical.no)



# IGA

Institutt for  
gruppeanalyse og  
gruppepsykoterapi

## Utdanning i GRUPPEPSYKOTERAPI og GRUPPEANALYSE

### Psykoterapispesialitet for psykologer kan inngå (4 år)

Utdanningen starter med 1-årig Grunnleggende trinn eller 2-årig Trinn A, avhengig av teori- og erfaringsbakgrunn. Utdanningen er tverrfaglig og arrangeres som blokk-kurs med fem årlige samlinger å tre dager, som består av teori, veiledning og egenerfaring i grupper. Lokale kollegiale veiledningsgrupper mellom delkursene tilkommer.

**Grunnleggende trinn** formidler basiskunnskap om gruppeprosesser og gruppepsykoterapi.

**Trinn A** utdanner til å arbeide kvalifisert og systematisk med gruppepsykoterapi i førstelinjen og på spesialistnivå.

**Trinn B**, også 2-årig, setter kandidatene i stand til å arbeide selvstendig med gruppepsykoterapi og gruppeanalyse og gir grunnlag for å veilede i gruppepsykoterapi. Full gruppeanalytisk utdanning inkluderer godkjenning av skriftlig oppgave etter fullført Trinn B.

IGA tilbyr også kurs i mentaliseringsbasert terapi (MBT-G), rus- og avhengighetsbehandling i grupper og i grunnleggende psykoanalytisk teori knyttet til utdanningsprogrammet.

**Psykologer som ønsker spesialisering i psykoterapi** tilbys et 4-årig obligatorisk program, som starter med Trinn A. Norsk psykologforening har ikke avgjort om gruppeveiledning på video kan godkjennes til spesialiteten. Beslutning forventes vår 2021. Uten slik godkjenning vil spesialitetutdanning være mulig, men krevende for psykologer utenfor Oslo-området.

**NY 2-årig BUP psykoterapispesialitet** for leger i spesialisering (LIS), hvor andre interesserte fra BUP-feltet også kan søke. Her går man i egen teori- og veilednings-gruppe, har egne forelesninger og egen forberedelsesdag, men følger ellers fellesprogrammet.

**Sted:** Voksenåsen kurs- og konferansehotell, evt. online, gitt at det ikke er mulig å møtes ved alle samlinger.

For mer informasjon og søknadsskjema, se vår hjemmeside [www.iga.no](http://www.iga.no). **Søknadsfrist 15. april 2021.**

**Institutt for gruppeanalyse og gruppepsykoterapi, IGA**, Fr. Nansens vei 2, 0369 Oslo  
tlf. 466 11 630, e-post [iga@iga.no](mailto:iga@iga.no)

## Bli sertifisert MBSR - mindfulnessinstruktør

Creationwork tilbyr

Jon kabat-Zinns

MBSR-Instruktørutdanning

i samarbeide med IMA

- Institute for Mindfulness-Based Approaches -

Informasjonsmøte på zoom 29. mai

Kursstart 7. oktober 2021



Les mere på  
[www.creationwork.org](http://www.creationwork.org)

[info@creationwork.org](mailto:info@creationwork.org) Tel. 910 01 921



Grunnutdanning i  
**EMDR**

Eye Movement Desensitization  
and Reprocessing

**Nytt:**

**Digitalt gjenoppfriskningskurs 23. mars**

Finn oppdatert info om kommende EMDR-kurs ved fysisk oppmøte eller online på [www.emdrutdanning.no](http://www.emdrutdanning.no)

Kursholder: Psykolog Bjørn Aasen,  
EMDR Europe Approved Trainer

Følg Tidsskrift for  
Norsk psykologforening på

**facebook**

Boliglån

1,35 % *nom.*

1,41 % *eff.\**

# Senk skuldrene med bankavtalen

\* Pr. 15.2.21. Eff.rente 1,41 %, 2 mill., o/25 år, totalt 2 371 063. Forutsetter at låntakere har lønnsinnteg og kort- eller regningsbetaling i Danske Bank.

Akademikerne Pluss tilbyr sammen med Danske Bank en bankavtale til alle medlemmene i Norsk Psykologforening. Den kollektive avtalen sikrer at du kan være trygg på å alltid ha blant markedets beste betingelser.

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

Les mer på [danskebank.no/psykologforeningen](https://danskebank.no/psykologforeningen)



A<sup>+</sup> | akademikerne pluss

Danske Bank



## Valgfritt program i **Psykologfaglig arbeid med barn og unges omsorgsbetingelser**

*Det valgfrie programmet i psykologfaglig arbeid med barn og unges omsorgsbetingelser skal gi deltageren økt kompetanse i psykologisk arbeid med barn og unge med utfordrende omsorgsbetingelser. Deltagerne vil få økt kjennskap til lovverk, forvaltning og hvordan barnevernet er organisert på statlig og kommunalt nivå.*

### **Målgruppe**

Psykologer som arbeider i en kontekst hvor barn og unges omsorgsbetingelser er et sentralt arbeidsområde. Psykologer som har fullført obligatorisk program til spesialiteten i barne- og ungdomspsykologi, voksenpsykologi, familiepsykologi eller samfunns- og allmennpsykologi.

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

### **Målsetting**

Å gi deltagerne økt kunnskap om forvaltning av relevant lovverk og psykologisk kunnskap i en barnevernfaglig sammenheng, i tillegg til å øke kompetansen om barnevernsundersøkelser, vurderinger og tiltak. Arbeidet med barns omsorgsbetingelser retter seg både mot barnet/ ungdommen, omsorgsgivere, systemet rundt og forvaltningen på ulike nivåer.

### **Kursleder**

Bernadette Christensen var tidligere fagdirektør for avdeling ungdom på Nasjonalt utviklings-senter for barn og unge- NUBU. Hun har hatt ansvaret for implementeringen av metoder for behandling av familier og ungdommer med alvorlige atferdsproblemer, vold i nære relasjoner og for behandling av familier der det forekommer vold og omsorgsvikt. Hun er spesialist i klinisk psykologi og har i mange år undervist på Psykologisk Institutt ved Universitetet i Oslo.

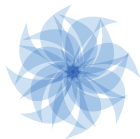
Sted og dato: Oslo, 6.-7. mai 2021 (1. samling)

Påmeldingsfrist: 1. april 2021

Medlemspris: kr 7300 per samling

Kursnr.: 120-21

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



Norsk psykologforening – utdanningsavdelingen  
Pb 419 Sentrum, N-0103 Oslo  
Tlf: 23 10 31 30 | Fax: 22 42 42 92

Helse Sør-Øst RHF  
søker:



## Ledig 100 % avtalehjemmel i klinisk voksenpsykologi lokalisert til Elverum

### 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](https://helse-sorost.no/ledigstilling)

**Søknadsfrist: 22. mars 2021**



Helse Sør-Øst RHF  
søker:



## Ledig 100 % avtalehjemmel i klinisk voksenpsykologi lokalisert til Hamar

### 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](https://helse-sorost.no/ledigstilling)

**Søknadsfrist: 22. mars 2021**



## Ønsker du å annonsere i Psykologtidsskriftet?

Neste utgivelse er **6. april**,  
frist for å bestille annonse  
til april-utgaven er **19. mars**

Kontakt oss på e-post  
[tidsskrift@psykologtidsskriftet.no](mailto:tidsskrift@psykologtidsskriftet.no)  
eller tlf. 23 10 31 33

PSY  
KOL  
OGI

### SØKER DU JOBB?

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

Send e-post til  
[tidsskrift@psykologtidsskriftet.no](mailto:tidsskrift@psykologtidsskriftet.no)  
og meld din interesse.

# PSYK KOL OGI

## MATERIELLFRISTER OG PRISER 2021

### SPESIALPLASSERING:

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

### KURSANNONSER/RUBRIKANNONSER:

Kurs, utleie av lokaler m.v. kr 25 per sp.mm.

Fargetillegg kr 11,50 per sp.mm.

Priseksempel for en 1/4 sides kursannonse i sort/hvitt kr 2 875, samme format i farger kr 4 198.

Vi tilbyr en eller flere oppføringer i papir-utgavens spalte «Kurskalenderen». Oppføring i kurskalenderen gir mulighet for å forhåndsannonsere med henvisning til kursannonse som trykkes i en kommende utgave og/eller påminnelse om allerede annonsert kurs. Begrenset tekstmengde. Pris for innrykk i tillegg til annonse i Psykologtidsskriftet: 1 innrykk kr 2 000, 2 innrykk kr 3 000, 3 innrykk kr 3 500, 4 innrykk kr 4 500.

### 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. Nettannonsene har ingen frister, kan publiseres i løpet av kort tid, og ligger tilgjengelig inntil en måned. For et tillegg på kr 4 500 kan kursannonser annonsert i Psykologtidsskriftet også oppføres på [www.psykologforeningen.no](http://www.psykologforeningen.no) under «Kurs og konferanser» og [www.psykologtidsskriftet.no/Kurskalenderen](http://www.psykologtidsskriftet.no/Kurskalenderen).

**Få ekstra oppmerksomhet** til din stillingsannonse på nettsiden. For kr 1 950 per uke eller 5 950 for inntil en måneds visning kan stillingen vises på forsiden [www.psykologtidsskriftet.no](http://www.psykologtidsskriftet.no) med link til bedriftens stillingsannonse.

**Bannerannonser** publiseres både på [www.psykologforeningen.no](http://www.psykologforeningen.no) og toppbanner på [www.psykologtidsskriftet.no](http://www.psykologtidsskriftet.no) og koster kr 14 900 per måneds visning.

#### ANNONSEFORMATER FOR BANNERANNONSER

Nettsidene		Visning på mobil
220x170 px	980x150 px	320x120 px

Nr	Materiellfrist	Utgivelse
4	19.03	06.04
5	19.04	03.05
6	19.05	01.06
7	18.06	01.07
8	19.07	02.08
9	19.08	01.09
10	17.09	01.10
11	18.10	01.11
12	18.11	01.12

#### PRISER: STILLINGANNONSER/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

*Alle stilling ledig-annonser innrykket i Psykologtidsskriftet blir også publisert, som en medlemservice, på [www.psykologtidsskriftet.no/stillingsannonser](http://www.psykologtidsskriftet.no/stillingsannonser)*

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

#### ANNONSEFORMATER

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

#### ABONNEMENT OG LØSSALG

Institusjons- abonnement	Privatabonnement i Norge
kr 2 650	kr 1 495

Portotillegg for utsendelse innen Norden og Europa kr 360, til verden for øvrig kr 520  
Løssalg kr 185 + porto/eksp.gebyr (Egne priser for temautgaver)

Se informasjon om annonsering også på [www.psykologtidsskriftet.no/](http://www.psykologtidsskriftet.no/) annonsorer

Stavanger DPS / Ettervernspoliklinikk,  
Helse Stavanger HF

## Engasjert psykologspesialist/ psykolog i Etterverns- poliklinikken

Vi styrker laget! Det er ledig en 100 prosent stilling som psykologspesialist/psykolog ved Etterverns-poliklinikken (EVP) – som er et satsingsområde ved Stavanger distriktpsykiatriske senter (DPS). Hit kommer pasienter med sammensatt og alvorlig psykisk lidelse, ofte med rusproblematikk. En stor andel av pasientene er underlagt tvungent psykisk helsevern.

Her får du muligheten til å være med på å forme og bygge opp et viktig tilbud. Det er ambisjoner om å etablere FACT-team (Flexible Assertive Community Treatment) – i tillegg til å starte IMR-gruppe. IMR er et standardisert kunnskapsbasert behandlingsprogram, som skal hjelpe personer med alvorlige psykiske lidelser til å utvikle personlige strategier for å mestre eget liv.

Utenom denne stillingen er det ansatt leder (psykolog-spesialist) og tre psykiatriske sykepleiere i tilsammen 2,85 stilling. Avdelingsoverlegen ved Stavanger DPS jobber 50 prosent klinisk i EVP. I tillegg er det utlyst en 100 prosent stilling som overlege/psykiater.

Sjekk ut [sus.no/takeover](https://sus.no/takeover) for å bli bedre kjent med oss! Vi disponerte SUS sin Instagram konto og la ut mye innhold både fra EVP og fra Stavanger DPS forøvrig.

Se også [sus.no/byen](https://sus.no/byen) for å se hva Stavanger-regionen har å by på!

Kontaktinformasjon: Steinar Apeland,  
leder/fagleder/psykologspesialist,  
tlf. 51 51 45 37, e-post [steinar.apeland@sus.no](mailto:steinar.apeland@sus.no)

Vil du lese mer og søke på stilling? Se [sus.no/job](https://sus.no/job)

Søknadsfrist: 15.03.2021 | [www.helse-stavanger.no](http://www.helse-stavanger.no)

 **HELSE STAVANGER**  
Stavanger universitetssjukehus

## Ledig 100 % fast stilling som psykolog/psykologspesialist i TSB

Russeksjonen Narvik er en del av Universitetssykehuset Nord-Norge HF. RN er lokalisert i Håkvik utenfor Narvik, og tilbyr døgnbasert rusbehandling, samt avrusning til ulike grupper rusavhengige i tillegg til poliklinikk. Ved RN har vi totalt fire psykologstillinger som har varierte og utfordrende oppgaver i sin arbeidshverdag. Psykologene er en del av seksjonens tverrfaglige behandlingsteam med leger, fysioterapeuter, sykepleiere, barnevernspedagoger, sosionomer og ergoterapeuter.

Å bo i Narvik betyr at du har fantastisk variert og flott natur rett utenfor døra, og kort kjøretur til spektakulære Lofoten, Vesterålen, Eidfjorden og Hamarøy. Narvik ligger ved foten av Fagernesfjellet (1273 m.o.h.) hvor du har fantastisk utsikt mot byen og havet. Her kan du utforske naturen året rundt. Det er varierte aktivitetsmuligheter fra klatring, dykking, ski, padling og gåturer.

For fullstendig annonse se: [https://8038.webcruiter.no/Main2/Recruit/Public/4338671852?language=nb&link\\_source\\_id=0](https://8038.webcruiter.no/Main2/Recruit/Public/4338671852?language=nb&link_source_id=0)

**Søknadsfrist: 15.03.2021**

 **UNIVERSITETSSYKEHUSET NORD-NORGE** |   
DAWI-NORRGA UNIVERSITEHTABUOHCCVEIUSSU



**Bufetat**  
Barne-, ungdoms- og familieetaten - Region øst

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

Noen få barn har så store og sammen-  
satte vansker at vi strever med å gi dem  
virkningsfulle og samordnede tjenester.

Det er derfor behov for å styrke Bufetats  
tjenestetilbud til disse barna, og vi skal  
nå i gang med å prøve ut en ny tjeneste  
som har fått navnet «Støttespillerne».

I den forbindelse søker vi

**Psykologspesialist/  
psykolog**

til et tverrfaglig ambulant team i  
Støttespillerne.

Kjenner du at dette vekker noe i deg?  
Da vil vi gjerne høre fra deg.

Se fullstendig utlysning og søk på [bufdir.no](http://bufdir.no)

[www.bufdir.no](http://www.bufdir.no)

## NORSK PSYKOLOGFORENING

---

### SENTRALSTYRET

#### President

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

#### Visepresidenter

**Rune Frøyland**  
rfroey@online.no  
450 30 522

#### Arnhild Lauveng

913 17 162  
post@arnhildlauveng.com

#### Medlemmer

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

**Hanne Indregard Lind**  
948 05 153  
h\_indregard@hotmail.com

**Bjarte Bønes Bruntveit**  
909 98 052  
bjartebruntveit@yahoo.no

**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**  
**Maria Nylund**  
maria\_nylund@hotmail.com  
997 98 973

**Aust-Agder**  
**Janne Veer**  
Janne.Hammervold.Veer@sshf.no  
452 14 480

**Buskerud**  
**Henriette Alsaker**  
henriette.alsaker@gmail.com  
997 22 725

**Finnmark**  
**Dagmar Patricia Steffan**  
dagmar.patricia.steffan@finnmarkssykehuset.no  
971 95 996

**Hedmark**  
**Lene Engen Kleppe**  
leneeng@hotmail.com  
924 53 116

**Hordaland**  
**Runa Kongsvik**  
runa.kongsvik@gmail.com  
938 63 918

**Møre og Romsdal**  
**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 Søderholm**  
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 larsravnhlckers@  
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](http://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-  
sitetforskning 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  
kunnskapssenter 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), fagessay (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](mailto:tidsskrift@psykologtidsskriftet.no) eller [www.psykologtidsskriftet.no](http://www.psykologtidsskriftet.no), se: *For annonsører* for informasjon om annonsering.

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



# Holder *litt* trofast 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 kvalitetsstampelet 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](https://fagpressen.no/palitelig)

