

TIDSSKRIFT FOR NORSK PSYKOLOGFORENING



# PSY KOL OGI

Vol.58 nr.05 2021

---

## Profesjons- utdanning i Agder?

*NÅ-intervjuet*

---

## SEKSUELL OMGANG MED DYR

*Vitenskapelig artikkel  
Forskningsintervju*

---

## Innsyn i elektronisk pasientjournal

*Aktuelt  
Vitenskapelig artikkel*

---

## Marve Fleksnes - den latterlige mannen

*Essay*

# PSY KOL OGI

Vol. 58 nr. 05 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

**Psykologfaglig redaktør** Gro Walø-Syversen,

gro@psykologtidsskriftet.no, tlf. 908 45 076

**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 23.04.2021

**Omslagsillustrasjon** Åge Peterson

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



# Det jeg vil du skal vite, men ikke kan fortelle deg

**I oversiktsartikkelen** «Mennesker som utfører seksuelle handlinger med dyr» av Anja Vaskinn og Karianne Muri på side 369 gir forskerne en presentasjon av studier som er gjort på problematikken. Fenomenet er altså blitt observert, men er av åpenbare grunner vanskelig å forske på. Dyr har begrenset mulighet til å redegjøre for hva mennesker gjør med dem, og seksuell omgang med dyr er sterkt tabuisert. Artikkelen gir således et unikt og viktig bidrag til et krevende tema.

**Transparens og pasientmedvirkning** i behandling innenfor psykisk helsevern er gjeldende gullstandard som omfatter innsyn i journal. Men utredning av psykiske lidelser er ikke en lineær prosess. Ofte tar kartleggingen en hypotesetestings- og forkastingsform, og rapporteringene fra arbeidet har tradisjonelt blitt ført i pasientjournalen. Innsyn i slike arbeidsdokumenter kan virke opprørende for pasienten. Studien som er beskrevet i «Elektronisk innsyn i journal for pasienter i psykisk helsevern» av Asbjørn J. Fagerlund et al. på side 381 tyder på at helsepersonell er svært oppmerksomme på journalens skadelige potensialer. Spørsmålet er om integrering av pasientmedvirkning i behandling har medført tilstrekkelig fagutvikling når det gjelder våre kliniske arbeidsmetoder og kommunikasjonsformer.

**Psykoedukasjon byr også på** et dilemma mellom ønsket åpenhet og ønsket ivaretaging. Ofte blir fokuset rettet på det avvikiorienterte, som kan påvirke individets selvfølelse negativt. I fagessayet «Gruppetilbud til unge med autismespekterforstyrrelse» av Elisabeth Øverland og Erica Zahl på side 362 gir en interessant presentasjon av hvordan de konkret har arbeidet frem tilpasset materiale til psykoedukasjon i arbeidet med pasientgruppen.

**Flere av bidragene** i denne utgaven tar altså for seg den mest karakteristiske av mellommenneskelige konflikter: Vi ønsker å være åpne og redelige, men vil ikke ramme eller belaste. Siden relasjonen er selve mediet for psykologisk behandling, aktualiseres dilemmaet uunngåelig i vårt profesjonelle arbeid. ✕



**Katharine Cecilia Williams**

Sjefredaktør  
katharine@  
psykologtidsskriftet.no



Vi ønsker å være åpne og redelige, men vil ikke ramme eller belaste

# 342/380

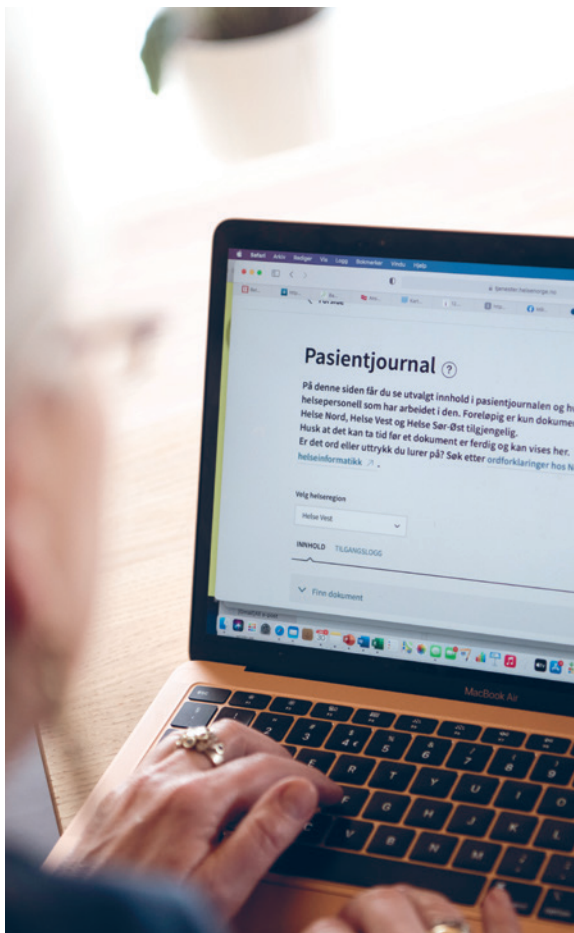


FOTO: JAN INGE HAGGA

## UTFORDRENDE INNSYN

Elektronisk innsyn kan ha endret måten helsepersonell skriver journal på, viser ny forskning. Enkelte behandlere mener innsyn kan ha svekket journalen som arbeidsredskap.

*Aktuelt  
Vitenskapelig artikkel*

# 358



FOTO: ADRIEN MAJEWSKI (1898-99)

## BRUTTE GRENSER

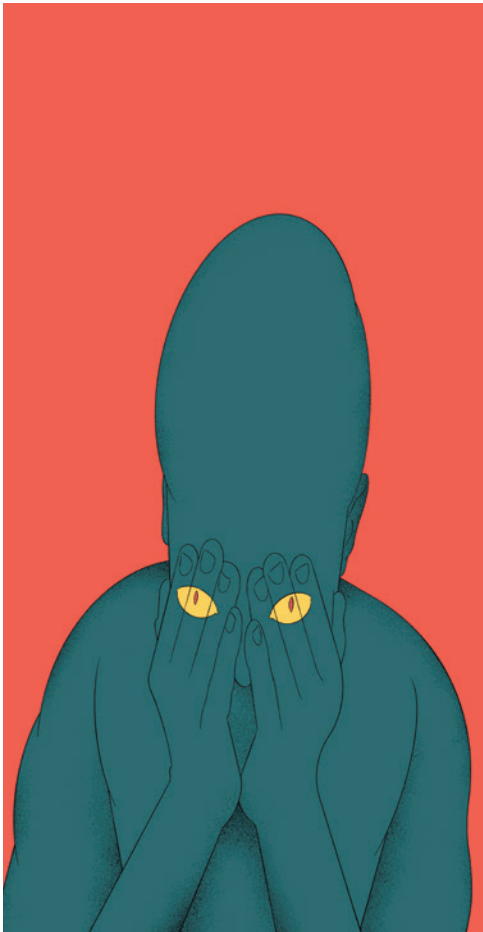
«En ettermiddag satt jeg på fanget hans mens vi fant tid til en ny konsultasjon. Jeg var så glad. Jeg trodde terapiprosessen var over og at vi var kjærestere. Men det var ikke slik.

Alt var terapi.»

*Fra praksis*



# 368/378



ILLUSTRASJON: ÅGE PETERSON

## ALT VI IKKE VET

Spørsmålene er flere enn svarene når menneskers seksuelle omgang med dyr er temaet. Psykolog Anja Vaskinn og veterinær Karianne Muri kaster lys over det tabubelagte emnet.

*Vitenskapelig artikkel  
Forskningsintervju*

# Innhold

- 337 **Det jeg vil du skal vite, men ikke kan fortelle deg**  
Leder | Katharine Cecilia Williams
- 340 **Ønsker utdanning med kommunal spissing**  
NÅ: Sunniva Whittaker | Per Olav Solberg
- 342 **«Journalen min er ingen kladdebok for behandlere»**  
Aktuelt | Øystein Helmikstøl
- 350 **Innfører merkeordning for psykologiske tester**  
Aktuelt | Per Halvorsen
- 352 **Kreative dialoger**  
Fagessay | Reidulv Dyrkorn
- 358 **Min grenseoverskridende terapeut**  
Fra praksis | Kjersti Bjøntegård
- 362 **Gruppetilbud til unge med autismespekterforstyrrelse**  
Fagessay | Elisabeth Øverland & Erica Zahl
- 368 **Mennesker som utøver seksuelle handlinger med dyr**  
Vitenskapelig artikkel | Anja Vaskinn & Karianne Muri
- 378 **Et sort hull**  
Forskningsintervju | Per Olav Solberg
- 380 **Elektronisk innsyn i journal for pasienter i psykisk helsevern – Helsepersonells erfaringer**  
Vitenskapelig artikkel | Asbjørn J. Fagerlund et al.
- 390 **Helsepersonells egenerfaringer innen psykisk helse og rus – En pilotstudie**  
Vitenskapelig artikkel | Tone Larsen Hoel et al.
- 398 **Trenger barnesakkyndige særbehandling ved fagetisk klagebehandling i foreldrevister?**  
Etikkpanelet | Mette Garmannslund
- 401 **MENINGER**  
Hovedinnlegg: Kunsten å lyve så mange nok tror det | Paul Moxnes (s. 402)  
Debat: Hovedsatsingsområdet (s. 406), Sakkyndighet (s. 408 & 409), Standardisering (s. 410 & 411), Medisinfri behandling (s. 412), ME (s. 414), Fagformidling (s. 416), Epistemisk tillit (s. 417)
- 419 **INNTRYKK**  
Essay: Kampen er tilværelsen | Simen Fjellstad Holm (s. 420)  
Anmeldelser: Etterlengt et oversettelse (s. 428), Eldrebølgen kommer – her er et surfebrett (s. 430)
- 432 **Annonser**
- 439 **Stillingsannonser**

# Ønsker utdanning med kommunal spissing

Rektor Sunniva Whittaker ved Universitetet i Agder mener hele regionen trenger flere psykologer. Hun vil vekke en profesjonsutdanning mot kommunale helsetjenester.

TEKST Per Olav Solberg FOTO Jon Petter Thorsen Aptum, Universitetet i Agder

## – Hvorfor ønsker dere en profesjonsutdanning i psykologi ved Universitetet i Agder?

– Dette er et fagområde som ligger tett opp mot andre fag vi tilbyr allerede, eksempelvis psykososial helse og barnevernsstudier. Men hovedgrunnen er at vi lever i en region med store levekårsutfordringer, og det har vist seg vanskelig å få nok psykologer hit. Vi ser også hvordan mange kommuner både på Sørlandet og i andre regioner har problemer med å rekruttere kommunepsykologer. Når vi i tillegg vet at det finnes rundt 900 psykologistudenter i utlandet, er det mer fornuftig å få studentene hjem og tilby flere profesjonsutdanninger i Norge.

## – Selv om det er en profesjonsutdanning i Tromsø, har det vist seg svært vanskelig å rekruttere kommunepsykologer til byens nabokommuner. Tror du det blir enklere å få til hos dere?

– Jeg tror det blir lettere å rekruttere psykologer til vår region hvis vi har utdanningen hos oss, enn hvis vi ikke har det. Avstandene her er også en del kortere enn i Nord-Norge. Et tilbud ved Universitetet i Agder vil derfor gagne flere fylker enn bare Agder. Sjansen for å få en nyutdannet student ved Universitetet i Oslo til å ta en kommunepsykologstilling i en liten distriktskommune er liten. Dersom vi får utdanningen hit og studenten har en tilknytning til regionen fra før, tror jeg sjansene er langt større for å få dekket opp denne typen stillinger. Hvis vi i tillegg får til et godt samarbeid med omliggende kommuner som en del av utdanningen, tror jeg mye er gjort.

## Hvorfor NÅ?

- Regjeringen foreslår å myke opp den såkalte gradsfor-skriften for å gi flere universiteter mulighet til å tilby ulike profesjonsutdanninger.
- Hvis forskriften vedtas i Stortinget, vil Universitetet i Agder søke NOKUT om en profesjonsutdanning i psykologi.
- Universitetet planlegger for opptak av 40 studenter per år.

## – Du har i andre intervjuer snakket mye om nettopp kommunepsykologrollen. Du ser for deg en utdanning som er tilpasset denne rollen?

– Ja, vi ønsker en spissing mot det kommunale nivået. Jeg ønsker et større fokus på kommunale helsetjenester og lavterskeltilbud, og jeg har også lyst til å trekke kommunepsykologer inn i utdanningen. Dette må balanseres opp mot de nasjonale retningslinjer for helse- og sosialfagutdanningene (RETHOS), som vi selvsagt må holde oss innenfor. Regelverket er temmelig strengt, men det er samtidig viktig for oss å legge til rette for et studium som gjør det attraktivt for studentene å bli i regionen etter endte studier. Selv Sørlandet sykehus i Kristiansand har problemer med å rekruttere mange nok psykologspesialister. Behovet i regionen er stort.

## – Hvordan vil du sørge for at kvaliteten på studiet blir god nok?

– Vi har ingen bachelorutdanning i psykologi fra før. Det betyr at vi må starte fra bunnen, selv om vi har flere utdanninger her som grenser opp mot psykologi, for eksempel innenfor psykososial helse og rusarbeid. Dette gir oss en gylden anledning til å tenke nytt og ikke lage en blåkopi av hvordan andre utdanninger ser ut. Vi har opprettet en arbeidsgruppe med deltakere både fra universitetet, sykehuset og kommunene rundt oss, som ser på hva slags kompetanse vi trenger for å få dette til, for vi er nødt til å trekke veksler på alle relevante miljøer i regionen. Med tanke på lærekrefter kan det være



**OFFENSIV** Sunniva Whittaker har en god stund jobbet for en profesjonsutdanning i psykologi ved Universitetet i Agder.

aktuelt å knytte til seg gjesteforelesere fra andre læresteder og opprette såkalte II-er-stillinger i 20 prosent. Vi må tenke på dette som en trinnvis utvikling, der det tar noe tid å få alt på plass. Forskning på feltet må også styrkes, og her vil vi trekke veksler på Sørlandet sykehus og andre kompetansemiljøer slik at vi i fellesskap utvikler et sterkt forskningsmiljø i regionen.

**– Kan du si mer om hvordan studiet i Agder skal skille seg fra andre profesjonsstudier i psykologi?**

– Vi holder den akademiske friheten høyt hos oss, samtidig skal og må vi naturligvis rette oss etter retningslinjene som ligger i RETHOS. Her må vi finne en god balanse. Hvordan studiet blir, vil i noen grad også avhenge av sammensetningen av fagpersoner vi rekrutterer. Det skal jo være meningsfullt for dem å være knyttet til vårt universitet. Både universitetet og regionen er kjent for å få til gode og tette samarbeid på tvers av institusjoner og nivåer, og det tenker jeg også vil sette sitt særpreg på et framtidig psykologistudium. Det er små forhold her og dermed lett å opprette kontakt og trekke veksler på naturlige samarbeidspartnere.

**– Profesjonsstudiet i psykologi har svært stor overvekt av kvinner. Har du tanker om hvordan dere kan få til en bedre kjønnsbalanse?**

– Dette opptar meg, og jeg synes det er viktig at det utdannes nok mannlige psykologer. På sykepleiestudiet vårt er det nå 25 prosent menn som starter opp på studiet. Her har vi hatt en god utvikling, og vi har brukt kjønnspoeng bevisst. På psykologi må vi også finne virkemidler som gjør at vi tiltrekker oss mannlige studenter. Kjønnspoeng kan være en

mulighet også her. I tillegg har vi sterke miljøer knyttet til teknologi, e-helse og kunstig intelligens ved universitetet. Kanskje kan vi gjøre noen grep her som kobler psykologutdanningen opp mot disse miljøene, og som mannlige søkere vil oppleve som attraktivt og interessant.

**– Når kan en profesjonsutdanning i Agder bli en realitet?**

– Det er flere formelle ting som gjenstår. Gradsforskriften skal opp i Stortinget i løpet av våren, og vi må avvente om Regjeringens forslag til endringer blir vedtatt. Deretter må vi jobbe med selve søknaden som skal sendes til Nasjonalt organ for kvalitet i utdanningen (NOKUT) for eventuell godkjenning. Det er de som bestemmer om vi får lov til å sette i gang med utdanningen eller ikke. Søknadsfristen der er 15. september. Vi må også sørge for å få tildelt studieplasser av Kunnskapsdepartementet. Går alt som vi ønsker, kan vi trolig starte opp med studenter høsten 2022, men det er kanskje enda mer realistisk at oppstart blir høsten 2023. Vi har stor oppmerksomhet på denne saken nå og opplever et sterkt engasjement i regionen for å få til et profesjonsstudium i psykologi. ✘





**FOR TILGJENGELIG** Forfatter, hjelpepleier og tidligere erfaringskonsulent Målfrid J. Frahm Jensen mener at altfor mange som arbeider i helsetjenesten har tilgang til altfor mye fortrolig pasientinformasjon.

## «Journalen min er ingen kladdebok for behandlere»

Ny forskning reiser spørsmål om pasientjournalen som arbeidsredskap. «Journalen min skal ikke være en åpen lærebok for studenter og annet helsepersonell», advarer forfatter, hjelpepleier og tidligere erfaringskonsulent Målfrid J. Frahm Jensen.

**TEKST** Øystein Helmikstøl **FOTO** Jan Inge Haga



## Innsyn i elektronisk journal

**E**n ettermiddag i mars 2003: Målfrid J. Frahm Jensen sitter hjemme i stua si i Sandnes, alene, og blar fram og tilbake i en bunke papirer som hun nettopp har fått utlevert på sykehuset i Stavanger. Der har hun vært innlagt på psykiatrisk avdeling.

Bunken med papirer er Frahm Jensens egen pasientjournal.

– Jeg ble oppgitt og matt og ble sittende med en tung følelse i magen. De tolket seg til mye som ikke stemte. Hadde de snakket med meg, bare spurt litt, så kunne journalen vært korrekt, sier hun.

Retten til innsyn i journal har pasienter hatt siden 1977. På sykehuset ba hun om å få en utskrift, hun ville sjekke hvem som hadde skrevet hva om henne, forteller hun til Psykologtidsskriftet i dag, atten år etter at hun leste journalen første gang.

### DEFINISJONSMAKT

Frahm Jensen opplevde at noe hun hadde sagt, var tatt ut av sin sammenheng og satt inn i en ny. Hun forteller at hun også var tillagt meninger hun ikke hadde. Navngitte personer var omtalt med feil opplysninger, forteller hun.

– Det ligger en enorm definisjonsmakt i å føre pasientjournal. Den makten må den som skriver journal, være seg bevisst. Helsepersonell har makt til å definere og devaluere personer med både diagnoser og egenskaper som ikke alltid stemmer, sier Frahm Jensen.

Fram til de siste åtte årene krevde det mye for å få innsyn i pasientjournalen. Pasienten måtte be om innsyn, fysiske papirer måtte skaffes til veie og hentes. Nå er tilgang kun et tastetrykk unna, via helsenorge.no, ofte rett etter lege- eller psykologtimen.

Det er kun pasienten som har innsyn i den elektroniske journalen på helsenorge.no, men annet helsepersonell kan logge seg inn i pasientjournalen via de journaladministrative systemene i helsetjenesten. Pasienten kan selv, på helsenorge.no, se loggen over alle andre som har vært inne i journalen, enten de har lest eller skrevet. Helsedirektoratet opplyser at de ikke har tall på hvor mange pasienter som hittil har logget seg inn i elektronisk journal.

Det er ifølge Frahm Jensen få, om noen, behandlere som snakker med pasienten om

- Pasienter har siden 1977 hatt rett til innsyn i egen journal.
- Helse Midt-Norge tilbyr foreløpig ikke elektronisk innsyn i pasientjournal, men de tre helseregionene Helse Sør-Øst, Helse Vest og Helse Nord har de siste årene gitt pasientene elektronisk innsyn i journalen.
- Pasientinnsyn er tilgjengelig via helsenorge.no.
- Erfaringer fra Sverige tyder på at elektronisk innsyn påvirker arbeidshverdagen til helsepersonellet.
- Asbjørn J. Fagerlund et als artikkel på side 381, «Innsyn i elektronisk journal» gir en gjennomgang av helsepersonell i psykisk helseverns erfaringer etter at pasienter ble gitt adgang til elektronisk innsyn i journal i denne utgaven av Psykologtidsskriftet.

innsyn i elektronisk journal, og som verifiserer opplysningene de nedtegner, med pasienten eller den pårørende.

– Feil blir stående. Det er ødeleggende for tilliten til helsepersonell og helsetjenesten.

### JOURNAL IKKE TEMA

En ny studie om helsepersonells erfaringer med elektronisk innsyn i journal i psykisk helsevern, publisert på side 381 i denne utgaven av Psykologtidsskriftet, gir Frahm Jensen rett på minst ett punkt: Forskningsresultatene tyder på at elektronisk innsyn i journal i begrenset grad er tatt opp i kontakten mellom helsepersonell og pasient, konkluderer psykolog Asbjørn J. Fagerlund og forskerkolleger fra Nasjonalt senter for e-helseforskning og Helse Sør-Øst.

I overkant av 70 prosent av helsepersonellet som svarte på forskernes undersøkelse, var kvinner, og de tre største yrkesgruppene var sykepleiere, psykologer og leger.

Første nestleder Silje Naustvik i Norsk Sykepleierforbund er gjort kjent med innholdet i artikkelen og reagerer slik:

– Det er overraskende at innsyn i journal bare i begrenset grad er tatt opp i samtaler mellom behandler og pasient. Jeg ser at tallmaterialet er fra 2018, det er lov å håpe at det er blitt bedre.

Naustvik mener elektronisk innsyn er noe helsepersonell bør opplyse pasienten om, og helt konkret vise hvordan pasienten kan gå inn på nettet for å finne den.

Hun understreker at Sykepleierforbundet mener innsyn i journal er en viktig lovfestet pasientrettighet.

– Det er jo litt i tiden også, brukerrettighetene styrkes. Men det kan ikke være sånn at det bare er de ressurssterke som finner ut av dette og får journalinnsyn, mens andre ikke får det privilegiet. »



– Journalens funksjon er ikke først og fremst å kommunisere med pasienten

*Asbjørn Fagerlund, psykolog og forsker*

## Juss og journal

- Pasientjournalen skal blant annet inneholde opplysninger som er relevante og nødvendige for å yte helsehjelp til den enkelte pasient, ifølge helsepersonelloven § 40.
- Pasientjournalen skal som hovedregel skrives på norsk.
- Journalen skal skrives uten ugrunnet opphold etter at helsehjelpen er gitt.

*Kilde: Pasientjournalforskriften.*

### KONSEKVENSER

Asbjørn Fagerlund og kolleger har funnet indikasjoner på at en andel av helsepersonellet har endret måten de skriver journal på etter at elektronisk journal ble innført. Helsepersonell balanserer nå hensynet til pasienten med kravene til hva en lovmessig ført pasientjournal skal inneholde, og forskerne avslutter med denne konklusjonen:

«Endringene i måten å skrive journal på kan også ha konsekvenser for journalen som arbeids- og samhandlingsverktøy.»

Fagerlund legger til overfor *Psykologtidsskriftet* at pasientene har eierskap til journalen sin, og kan nå lese den hjemmefra uten å gå gjennom en prosess for å få utskrift.

– Men journalens funksjon er ikke først og fremst å kommunisere med pasienten. Funksjonen er først og fremst å være et arbeids- og samhandlingsverktøy for helsepersonell, og et juridisk dokument som er underlagt regler for hvordan den skal føres og oppbevares, sier Fagerlund.

Klinisk psykolog Hilde Flata jobber med å utvikle et doktorgradsprosjekt om hvordan pasienten i poliklinisk behandling opplever å lese journalen sin, og hvordan terapeuten opplever å skrive den. Forskningsprosjektet blir ifølge Flata utviklet i samråd med Rådet for psykisk helse.

Flata mener Fagerlunds konklusjon er en godt begrunnet antakelse, men peker også på svakheter ved denne typen undersøkelser.

– Det er selvrapportering om hvordan de selv opplever at de har endret skrivemåten sin når de skriver journal.

I mars i fjor skrev hun innlegget *Journalen former klinikken* i *Psykologtidsskriftet*.

– Hvilke reelle endringer i journaltekstene det har vært, vet vi ikke så mye om, mener hun.

Flata mener også at helsepersonell som en følge av at pasienten så raskt etter konsultasjon får innsyn i journalen, nå må tenke mer på journal som en del av den kliniske utøvelsen. *Det akutte* forandrer journalen som arbeidsverktøy, påpeker Flata.

– Journalføringen blir nå nesten på linje med møtet mellom terapeut og pasient. Før kunne man bruke journalen som refleksjon og dokumentasjon, nå må psykologer og annet helsepersonell være bevisst på at innholdet trer umiddelbart i kraft, som kommunikasjon med pasienten, sier hun.

Den hyppigst rapporterte svarkategorien i studien fra Fagerlund og kolleger var at helsepersonell tenkte nøyerere over hva de skrev i den elektroniske journalen, og at de vurderte konsekvensene av det de skrev. Flere unngikk å skrive opplysninger som de fryktet kunne provosere eller skape misforståelser.

Flere i undersøkelsen mente at dette førte til underrapportering, at man måtte utelate viktige opplysninger for å beholde en god relasjon med pasienten. En del fortalte at de ikke lenger brukte faguttrykk like hyppig. Helsepersonellet beskrev også at de ikke ville skrive hypoteser eller egne vurderinger av pasienten.

Det siste sjokkerer Hilde Flata:

– Da må de gjøre et arbeid med seg selv. Man kan ikke ha journaler uten vurderinger fra fagfolk.

Målfrid J. Frahm Jensen påpeker at det er en positiv konsekvens hvis helsepersonell blir mer bevisst på måten de dokumenterer på.

– De kan få feedback fra pasienten og justere eventuelle feil og mangler. Journalen kan bli mer presis.

Negative konsekvenser kan ifølge Frahm Jensen være underrapportering.

– Dette fordi altfor mange som arbeider i helsetjenesten har tilgang til altfor mye fortrolig pasientinformasjon. Fortroligheten mellom pasient og terapeut er svekket når hele journalen er åpen for nesten alt av helsepersonell.

Marte Kvittum Tangen er leder i Norsk forening for allmennmedisin, som er en del av Legeforeningen. Hun sier til Psykologtidsskriftet at hun støtter helt at pasienten har innsyn i journalen, men at hun er enig i at det bør være ulik gradering på hvem av helsepersonellet som har tilgang til ulike deler av journalen.

– Ikke alle helsepersonell bør ha tilgang til hele journalen.

Tangen forteller at hun som fastlege kan sperre noen notater, hun kan markere en tekst i journalen som bare fastlegen kan lese. Det vil fortsatt kunne leses av pasienten hvis pasienten ber om innsyn. Eller hun kan markere at dette er en tekst som bare leger på legekantoret kan se.

Systemet med ulik gradering bør bygges ut og brukes mer, oppfordrer Tangen.

Men hun advarer mot noen konsekvenser av at helsepersonell har endret måten å skrive journal på:

– Jeg er opptatt av at vi må ha muligheten til et presist fagspråk. Hvis det skal skrives forståelig for alle pasienter, så mister vi mye viktig informasjon fordi vi mangler forståelige norske ord og begreper.

Tangen mener en løsning er at pasienten får en forklaring på det som står i journalen.

– Folk flest vet ikke hva syklotymi eller bipolar affektiv lidelse er. Skal man skrive det forståelig, må man bruke mange ord, og det blir ikke presist nok. Og det blir vanskelig å forstå innholdet for helsepersonell du skal samhandle med, påpeker hun.

Tangens største kjepphest knyttet til journalskriving er likevel dette: å huske å informere når tredjepartsopplysninger skrives i journalen.

– Dette er særlig aktuelt i psykisk helsevern. Når pasienten leser i sin egen journal, kan det også stå opplysninger der om andre, som kan skape veldig vanskelige situasjoner.

Dette skjer ifølge Tangen jevnlig, og hun forteller om et helt nylig eksempel:

– En pasient var innlagt for akutt hukommelsestap, for tredje gang. Så ringte ektefellen til sykehuset for å si at et stort alkoholforbruk kanskje var en av årsakene. Det ble journalført uten at pasienten ble informert. Pasienten drar hjem og leser sin egen epikrise, der det står at ektefellen har ringt til sykehuset. Da oppstår det en veldig stor konflikt i det hjemmet.

– *Hvordan bør man løse det dilemmaet?*

– Vi må være bevisste når vi fører inn tredjepartsopplysninger i pasientjournalene, både på hva vi skriver, hvem som omtales, og om det er nødvendig og relevant for å yte helsehjelp til pasienten. Dette handler om å endre praksis.

## ETTERLYSER JOURNALDEBATT

Målfrid Frahm Jensen framhever at pasientjournalen skal være et viktig verktøy, ikke bare for behandleren, men at den også er et juridisk dokument, og at det som står der, må være korrekt.

– Journalen min er ingen kladderbok for behandlere. Den skal heller ikke være en åpen lærebok for studenter og annet helsepersonell. Undre seg kan terapeuten eller legen gjøre sammen med pasienten, ikke i journalen, sier Frahm Jensen. »



– Hvis det skal skrives forståelig for alle pasienter, så mister vi mye viktig informasjon

*Marte Kvittum Tangen, leder i Norsk forening for allmennmedisin*

- For sykepleiere er det først og fremst de som kommer på vakt etter deg, som skal lese journalen

*Silje Naustvik, nestleder i Norsk Sykepleierforbund*

FOTO: NORSK SYKEPLEIERFORBUND



Silje Naustvik i Sykepleierforbundet er enig med Frahm Jensen.

- Vi må være stringente her. Pasienten skal ikke få inntrykk av at journalen er vår notatblokk. Frahm Jensen sier nok dette av en grunn, hun har sikkert lest en del journaler.

Naustvik mener det er naturlig at man skriver litt ulikt ut fra hvilken målgruppe man skriver for.

- For sykepleiere er det først og fremst de som kommer på vakt etter deg, som skal lese journalen. Så må man selvsagt huske på at pasienten har full innsynsrett i sin egen journal, sier Naustvik.

Frahm Jensen mener brukerorganisasjoner som for eksempel Mental Helse, samt de store paraply- og fagorganisasjonene, bør vie journalføring, innsyn, personvern og datasikkerhet mye mer oppmerksomhet enn det de gjør i dag. Hun har lenge engasjert seg for å få en grundig debatt om journalinnsyn, og skulle gjerne møtt helseminister Bent Høie, Psykologforeningen og andre til debatt. Frahm Jensen har og har hatt ulike verv i Mental Helse. Hun forteller

at hun blant annet i en årrekke har bedt om at Mental Helse oppretter et «journalutvalg».

Adrian Wilhelm Kjølø Tollefsen er generalsekretær i Mental Helse Ungdom. Han forteller til Psykologtidsskriftet at ungdomsorganisasjonens syn er enkelt:

- Det er en selvfølge for oss at man kan kreve innsyn i alle sider av journalen.

- Men hva hvis psykologen «sminker» journalen, eller utelater ting i journalen, fordi hen vet at pasienten kommer til å lese dette? Kan det være at journalen hadde blitt et bedre verktøy for pasientens helse hvis journal skriver hadde fått skrive mer ufiltrert, uten å tenke på at pasienten skal lese det?

- Jeg legger til grunn at profesjonelle ikke gjør det. Det må de tåle å stå i. Og de må tåle å skrive det som det er, slik de ser det, svarer Tollefsen.

Psykologtidsskriftet har spurt Rådet for psykisk helse, paraplysammenlutningen av 31 medlemsorganisasjoner, om hva de mener om innsyn i journal. De opplyser at de ikke har et overordnet prinsipielt syn på dette og ønsker ikke å la seg intervjuet om det nå.

Den landsdekkende medlemsorganisasjonen Mental Helse, med 7500 medlemmer, har ifølge landsleder Jill Arild ikke et prinsipielt syn på innsyn i journal.

- Vi har noen få medlemmer som personlig er sterkt imot innsyn. Jeg ser at dette er noe vi burde ta en debatt på for å få det forankret i organisasjonen, skriver Arild i en e-post til Psykologtidsskriftet.



### - JOURNALER ER FERSKVARE

Norsk psykologforening, som organiserer rundt 10 000 psykologer, mener pasientinnsyn i journal er en grunnleggende demokratisk rettighet som bidrar til at pasienten kan ivareta sin egen autonomi. Dette synet har aldri vært kontroversielt, ifølge forhandlingssjef og advokat Christian Zimmermann.

– For å ivareta sin egen autonomi må man vite hvilke vurderinger man utsettes for, understreker Zimmermann.

Han mener elektronisk journalinnsyn er en bedring av pasientens muligheter til å bruke de rettighetene man har etter pasientrettighetsloven.

– Samtidig kan pasientinnsyn føre til noen utfordringer. For noen pasienter kan det være hensiktsmessig å lese sin egen journal sammen med psykologen, slik at man blir forklart hva som står der, og hvorfor det står der. Da slipper pasienten å spekulere alene.

At endringene i måten å skrive journal på, etter innføringen av elektronisk innsyn, også kan ha konsekvenser for journalen som arbeids- og samhandlingsverktøy, kommenterer Zimmermann på denne måten:

– Pasienten har hatt rett til innsyn i journalen i over 40 år, og det burde ikke være noen overraskelse for behandleren at pasienten leser den og har meninger om den.

Det er helt avgjørende at journalen har verdi internt, og at den kan brukes av andre enn behandleren som skrev den, understreker Zimmermann.

– Foreningen støtter pasientrettighetslovens krav til journalføring, med de presiseringene som gjelder i journalforskriften. Behandleren har anledning til å gradere ulike deler av journalen. Psykologer må passe på å anse journaler som ferskvare, det vil si at de skal reflektere den helsetilstanden pasienten har her og nå, uten å bli hengende fast i gamle diagnoser, sier Psykologforeningens forhandlingssjef.

### - MER TID

Første nestleder Silje Naustvik i Sykepleierforbundet sier hun er overrasket over at så mange sier at de har endret måten de skriver journal på, etter at elektronisk innsyn ble mulig.

– Det kan jo være bra, vi er blitt mer bevisste på hvordan vi omtaler pasienten. Det er bare skjerpene for oss.

– *Men forskerne antyder at elektronisk innsyn i journal svekker journalen som godt arbeidsredskap. Hva mener du om det?*

– Hvis helsepersonell utelater noe i journalen som ville vært viktig for kollegiet, for det tverrfaglige samarbeidet og for behandlingen av pasienten, er det et problem.

Naustvik påpeker at det ikke alltid er slik at pasienten er enig verken i diagnose eller hvordan man tenker seg behandling.

– Kanskje man er redd for at det skal utløse diskusjoner. Kanskje noe blir mer komplisert. Noen ganger skriver man en journal som er ment som en diskusjon og ikke bare dokumentasjon av faktisk forløp og behandling. Journalen skal jo ikke brukes på den måten, selv om den tradisjonelt har blitt brukt litt slik.

– *Hvis man ikke skal bruke journalen på den måten, hvordan skal man da overføre den typen informasjon, den type fakta, til faglige diskusjoner internt?*

– Løsningen er ikke å unnta deler av journalen fra pasientinnsyn, for det ville ha svekket pasientrettighetene. Dette handler kanskje like mye om tid i kollegiet, til å ha faglige refleksjoner og diskusjoner muntlig. »



FOTO: PSYKOLOGFORENINGEN

– Psykologer må passe på å anse journaler som ferskvare

*Christian Zimmermann, advokat og forhandlingssjef i Norsk Psykologforening*



FOTO: NORA SKJERDINGSTAD

- Helsepersonell må være forberedt på at journalen kan bli sjekket av revisorer

*Hilde Flata, klinisk psykolog*

Men Naustvik advarer om faren ved å åpne for en tradisjon der behandlere unnlater å skrive viktige ting i journalen fordi man er redd for at pasienten skal lese det.

- Vi må sikre at vi fører det som er journalpliktig. Jeg syns ikke dette er så lett.

Christian Zimmermanns råd til behandlere som skriver journal, er at de må ta innover seg at dokumentet skal kunne leses av pasienten og behandlerens kolleger som skal behandle pasienten videre.

- Du må stå inne for det du skriver i journalen, både faglig og etisk. Jeg regner med at psykologer gjør det på en god måte. Dette er de trent i.

#### VIL HA MYNDIGE BEHANDLERE

Klinisk psykolog Hilde Flata er opptatt av at journalen skrives ut fra mange hensyn, og peker blant annet på at journaler sjekkes grundig av Helsetilsynet i saker om for eksempel selvmord, og om det er gjort gode nok risikovurderinger.

Flata ble nylig klar over at journalen ved forvaltningsrevisjon blir sjekket opp mot diagnose- og prosedyrekoder:

- Helsepersonell må være forberedt på at journalen kan bli sjekket av revisorer, og må ha dokumentert at behandlingen er i samsvar med det de har kodet. Det følger penger med ulike koder. Man skal kunne redegjøre for at man ikke takster feil. Økonomien har også kommet inn i journalen, påpeker Flata.



**KRITISK OM BRUKERMEDVIRKNING** Psykolog Tor Johan Ekeland har skrevet kapittelet Myndiggjorte brukere og umyndiggjorte hjelpere i den nye boken *Kritiske perspektiver på brukermidvirkning*. - Han viser at behandlere blir presset fra flere hold, mener psykolog Hilde Flata

– Makten ligger fortsatt hos helsepersonellet. Det er de som har makt til å definere pasienten

*Målfrid Frahm Jensen, forfatter, hjelpepleier og tidligere erfaringskonsulent*



Hun viser til den nye boken *Kritiske perspektiver på brukermedvirkning*, der Eskil Skjeldal er redaktør. Der har psykolog Tor Johan Eke-land blant annet skrevet kapitlet Myndiggjorte brukere og umyndiggjorte hjelpere.

– Han viser at behandlere blir presset fra flere hold, og journalen skal nå tilfredsstillende mange parter, ikke minst blir den brukt som et styringsverktøy ovenfra, inn i behandlingsrelasjonen. Jeg etterlyser myndigheter som vil ha myndige behandlere som skriver faglig forankret med omtanke for pasienten, sier Hilde Flata.

Også Målfrid J. Frahm Jensen har tanker om Eskil Skjeldals bok, som hun nylig fikk tilsendt fra forlaget. Hun er overrasket over hvor liten andel pasienter og brukere som har bidratt i den. Men én ting vil hun gjøre helt klart:

– Makten ligger fortsatt hos helsepersonellet. Det er de som har makt til å definere pasienten, sette diagnoser og formulere journalen slik de ønsker. Å hevde noe annet, som for eksempel at helsepersonellet er umyndiggjort, er å snu tingene fullstendig på hodet, slår Frahm Jensen fast. ✘

## Råd til journalskriving

- Informer pasientene gjerne i første time om at det skrives journal, og at de har elektronisk innsyn i denne.
- Informer om at noen journalelementer kan komme til å sperres for elektronisk innsyn midlertidig. Bruk sperrefunksjonen når det er på sin plass.
- Elektronisk innsyn er først og fremst innført som en tjeneste til pasientene. Om pasienten ønsker, kan den brukes til å støtte behandlingen, for eksempel ved at man skriver inn hjemmeoppgaver.
- Journalen er et viktig arbeidsverktøy for psykologen og i samhandling med annet helsepersonell. Språket kan forenkles dersom det ikke går betydelig på bekostning av presisjonsnivået.
- Vær spesielt varsom med å journalføre opplysninger du har fått fra tredjepart, og hva som journalføres om du mistenker at uvedkommende gjennom press eller list kan ha skaffet seg tilgang til journalen, for eksempel i saker der vold i nære relasjoner er tema.

*Kilde: Asbjørn J. Fagerlund og kolleger*



# Innfører merkeordning for psykologiske tester

Helsedirektoratet vil redusere antall testanbefalinger og innføre en merkeordning for å opplyse om usikkerhet ved testene og opphavsrettslige forhold.

TEKST Per Halvorsen

**PÅ ET MØTE** med fagdirektørene i de regionale helseforetakene (RHF-ene) i midten av februar orienterte Helsedirektoratet om at de vil jobbe med å redusere antall anbefalinger av psykologiske tester. Initiativet til møtet ble tatt etter at en undersøkelse om psykologers testbruk avdekket mangel på kvalitetssikring av psykologiske tester som er i daglig bruk i norsk helsevesen. Undersøkelsen ble gjennomført av Tanya Ryder, psykologspesialist og leder i Testpolitisk utvalg i Norsk psykologforening. Resultatene av undersøkelsen ble publisert i februarutgaven av Psykologtidsskriftet.

## UKLART ANSVAR

Psykologspesialist og seniorrådgiver i Helsedirektoratet Jin Marte Øvreide sier til Psykologtidsskriftet at Helsedirektoratet i første omgang vil merke alle anbefalinger av bruk av konkrete psykologiske tester. Merkeordningen skal blant annet opplyse om opphavsrettslige forhold og at psykometriske egenskaper eventuelt ikke er avklart.

– Dere vil altså luke ut tester som dere mener ikke holder mål. Kan du si noe om hvilke tester dette gjelder?

– Det er det for tidlig å si noe om. Å gå gjennom testene som er i bruk i helsetjenesten, er en omfattende jobb. Det fins et stort antall testverktøy, og vi har ennå ikke funnet en form på hvordan en slik kvalitetssikring kan gjøres, og hvem som skal ha ansvar for hva, sier Øvreide.

I første omgang er planen å legge inn en *disclaimer* som opplyser tjenestested og testbruker om at det kan være svakheter ved den enkelte test.

– Det er viktig for den som benytter testene, å være klar over at det er usikkerhet knyttet til bruken av dem, sier Øvreide.

## TESTKVALITET I NORSK HELSEVESEN

Undersøkelsen «Testkvalitetsprosjektet – del 1: Norske psykologers testholdninger og testbruk» viste at det er uavklart hvem som har overordnet ansvar for å kvalitets-sikre psykologiske tester i norsk helsevesen.

Undersøkelsen avdekket at norsk helsevesen:

- mangler oversikt over psykologiske testverktøy
- bruker tester som ikke er tilstrekkelig kvalitetssikret
- ikke følger internasjonale standarder og retningslinjer for testing
- benytter uautoriserte oversettelser av internasjonale tester

### REFERANSE:

Ryder, T. (2021). Testkvalitetsprosjektet – del 1: Norske psykologers testholdninger og testbruk. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 58(1), 28–37.



Faksimile av januarutgaven



## FLERE AKTØRER

Hun sier at den mer langsiktige jobben med kvalitetssikring av psykologiske tester forutsetter bidrag fra flere aktører – i tillegg til Helsedirektoratet selv, Folkehelseinstituttet, Beslutningsforum (Nye metoder) og tjenestestedene gjennom RHF-ene.

– *Hvordan vil dere sørge for å få på plass gode generelle normer for kvalitet på tvers av RHF-ene?*

– Det er et av spørsmålene vi nå har begynt å diskutere med fagdirektørene ved RHF-ene. Etter planen skal vi ha et nytt møte over sommeren. Da vil vi høre nærmere om hvordan de vurderer sitt ansvar, og hva slags samarbeidsformer de eventuelt ser for seg.

– *Burde ikke tester det er knyttet usikkerhet til, tas ut av bruk inntil de er kvalitetssikret?*

– Å ta bort verktøy som kan ha betydning i en klinisk hverdag kan ha utilsiktede konsekvenser. Det bør derfor gjøres en jobb med å merke i første omgang. Deretter en mer kritisk bruk av anbefalinger av psykologiske tester og parallelt vurdere hvordan vi kan bidra til å få på plass en mer langsiktig og god løsning.

– *Hvilke konsekvenser vil initiativet dere nå har tatt, få for kommersielle testleverandører?*

– Helsedirektoratet har ikke vurdert tiltak overfor kommersielle testleverandører. Det er ikke opplagt hvilken rolle Helsedirektoratet bør ha når det gjelder kvalitetssikring av tester som brukes i helsetjenesten. Dette må vi komme tilbake til.

## DIALOG MED RHF-ENE

– *Dere har tidligere hevdet at helseforetakene og den enkelte helsearbeider som anvender et verktøy, selv må sørge for at bruken av verktøyet er innenfor rammen for «god klinisk praksis» og innenfor de rettighetsrammene som finnes (jf. brev til RHF-ene og Psykologforeningen av 10. juni 2016). Har dere endret holdning i dette spørsmålet?*

– Virksomheten og helsepersonell som bruker psykologiske verktøy, har ansvar for «god klinisk praksis». Samtidig har vi en rolle som fagdirektoratet med å legge til rette for god faglig praksis. Vi har ikke endret holdning, men vi har en rolle med å bistå til å finne gode løsninger som tilrettelegger for god faglig praksis. Det er bakgrunnen for at vi har etablert dialog med RHF-ene.

– *Hvem har det øverste faglige ansvaret for å kvalitetssikre psykologiske tester i Norge?*

– Helsetjenesten er ansvarlig for å sørge for at tjenestene er forsvarlige, noe som også inkluderer valg av hvilke tester som brukes, sier Øvreeide. ✘

## «Helsedirektoratet er normerende myndighet»

Psykologtidsskriftet sendte likelydende spørsmål til fagdirektørene ved de fire RHF-ene som Helsedirektoratet nå er i dialog med. Vi spurte:

- På hvilken måte er det naturlig at RHF-ene/tjenestestedene tar ansvar for kvalitetssikring av psykologiske tester?
- Hvordan kan RHF-ene samarbeide på dette området; hvordan vil dere sørge for å få på plass gode generelle normer for kvalitet på tvers av RHF-ene?

### Vi fikk svar fra tre av dem:

**Geir Tollåli, Helse Nord:** Vi vil gjerne bidra med informasjon om hvordan tjenestene vurderer kvaliteten på psykologiske testverktøy og juridiske forhold som regulerer bruken, slik Helsedirektoratet nå etterspør. Men det er direktoratet som er normerende myndighet på dette området, ikke vi.

**Björn Gustafsson, Helse Midt:** Helseforetakene har ansvar for å sikre at helsetjenestene utøves på forsvarlig måte, også når tjenestetypelsen involverer bruk av psykologiske tester. Forsvarlig helsehjelp forutsetter at psykologiske tester har en faglig kvalitetsstandard i tråd med oppdatert kunnskapsgrunnlag. Som konkludert i en oppsummering fra fagdirektørmøtet 15. april, vil helseregionenes arbeid knyttet til kvalitet på tester som benyttes i psykisk helsevern, blir fulgt opp av fagdirektørene.

**Jan Frich, Helse Sør-Øst:** Kvalitetssikring av psykologiske tester er noe vi må forvente at fag- og forskningsmiljøene nasjonalt og internasjonalt har et eierskap til. Hvis det er bekymring for den forskningsmessige dokumentasjonen ved ulike psykologiske tester eller bruken av dem, kan det være aktuelt å gjennomføre en nasjonal metodevurdering i regi av systemet Nye metoder. En metodevurdering vil kunne gi en helhetlig gjennomgang av kvaliteten på og bruksområdet til ulike typer psykologiske tester. Jeg vil utfordre fagmiljøene til å melde inn forslag til en metodevurdering. ✘



Maleri: *Formes circulaires* av Robert Delaunay (1930) / Wikimedia commons

# Kreative dialoger

Psykoterapi er en unikt kreativ og samskapende prosess  
– på samme tid både kunst og vitenskap.

**TEKST** Reidulv Dyrkorn, psykologspesialist i organisasjonspsykologi, fagbokforfatter

**KONTAKT** reidulv.dyrkorn@sfd.no

I rvin Yalom hevder at psykoterapi både er vitenskap og kunst, men uten å utdype hva han legger i begrepet kunst. Begrepet kunst blir en metafor som han lar tale for seg (Yalom, 1975).

I denne artikkelen vil jeg argumentere for verdien av at terapeuter bruker seg selv på kreative måter, og bidrar til å hjelpe frem klientenes iboende kreative ressurser. Det kan også beskrives som en kunst. Psykologen Holm-Hadulla gjør nettopp det i boken *The Art of Counselling and Psychotherapy* (Holm-Hadulla, 2004). Han skriver: «Only a true understanding of the wishes and the creative potentials of the client or patient can provide the basis for a decision on the specific counsel or therapy focus suitable in each individual case» (s. 8). I den forbindelse pekes det på at kreative tilnærminger bør få større plass i grunn- og etterutdanning av psykoterapeuter (Carson & Becker, 2004).

#### DET UNIKT MENNESKELIGE

Hvert år produseres det tusenvis av forskningsstudier, og stadig nye terapiretninger ser dagens lys. Psykoterapi som forskningsområde er komplekst, og problemstillingene er mange. Effekstudier av psykoterapi har ikke gitt alle svar, men flere viktige svar. Det gjelder ikke minst betydningen av å etablere en empatisk og god terapeutisk relasjon. For Holm-Hadulla fordrer det at terapeuten inntar en åpen og kreativ holdning i møtet med sine klienter, uavhengig av hvilken terapiretning han eller hun bekjenner seg til.

Psykoterapi som utøvelse av kunst blir av noen anvendt som det motsatte av å praktisere manualbaserte terapiformer (Clinton, Gierlach, Zack, Beutler, & Castonguay, 2007). Terapeuter som omtales som kunstnere, vil nok ofte være mer lidenskapelig opptatt av å tilpasse behandlingen til klienten enn omvendt, og søke nyskapende måter å gjøre det på. De vil bruke sine erfaringer og sin profesjonelle kompetanse på måter som det knapt er mulig å lage instruksjonshefter og manualer av (Sonne & Tønnesvang, 2013).

Kanskje er det slik at anvendelsen av begrepet kunst om psykoterapi har å gjøre med at vitenskapen og evidensbasert kunnskap ikke kan gi konkrete og målbare svar på det som genuint og unikt kommer til uttrykk i individuelle terapeutiske prosesser eller i mer komplekse

gruppeterapeutiske prosesser. Kreative tilnærminger i psykoterapi må alltid være individtilpasset og ta utgangspunkt i det som spontant skjer her og nå i terapiprosessen (Zinker, 1977). Så langt jeg har oversikt over, finnes det ingen effekstudier som er direkte relatert til kreative terapeutiske prosesser. En mer idiosynkratisk tilnærming til terapi er vanskelig å måle effekten av gjennom stringente RCT-design. I gruppeterapeutiske prosesser vil kreativiteten i stor grad utspille seg i dynamikken og samspillet mellom gruppens deltakere (Dyrkorn, 2020).

Følelsesnære og unike opplevelser kan være vanskelige å beskrive eller rekapitulere. Utøvende kunstnere gjentar ikke slavisk seg selv, og kan det heller ikke. Det er ikke mulig for samme kunstner å stige ned i samme elven to ganger. Antakelig er det heller ikke mulig for en terapeut å behandle to klienter med samme diagnose helt likt i alle henseender, og godt er det. Det ville gjøre terapi til et spørsmål om teknikk og mekanikk. I så fall ville de påviste effektene og betydningen av den terapeutiske alliansen være vanskelig å ivareta.

#### HUMANISTISK BASERTE TERAPIFORMER

Otto Rank er blitt omtalt som en kunstner i sitt fag. Han er kjent for uttalelsen om å finne opp en ny teori for hver klient han mottok i behandling (Wadlington, 2012). Rank var særdeles opptatt av kunst og av kreativitetens betydning for menneskers utvikling og livsmestring. Etter å ha stått Freud særdeles nær i mange år kom det til et brudd mellom de to. Otto Rank brøt med psykoanalysens fortolkende behandlingsform, som han anså for å være utilstrekkelig ivaretagende og relasjonsbyggende. Han brøt også med synet Freud hadde på kunst og kreativitet som uttrykk for sublimering av seksuelle driftsimpulser, slik Freud beskriver det i psykobiografien om da Vinci (Freud, 1910, 2018).

For Otto Rank var kreativitet en essensiell drifts- og livskraft i seg selv, og dermed en viktig terapeutisk faktor. For ham var psykoterapi å betrakte som en relasjonelt samskapende og kreativ prosess. Betraktninger om psykoterapi som en kreativ prosess med elementer av eksperimentering, improvisasjon og arbeid på fantasiplanet gir et tydeligere innhold til anvendelsen av begrepet kunst om psykoterapi. Så vel gestaltterapi som klientsentrert terapi henter inspirasjon fra Otto Rank, for betydningen han tillegger relasjonen mellom terapeut og klient »



som en virksom og helende terapeutisk faktor. Det gjelder også for hans grunnsyn på kreativitet, med de transformerende mulighetene som anvendelsen av kreative terapeutiske prosesser kan utløse (Kramer, 1995).

### VITALITET OG KREATIVITET

I terapirommet settes mye i bevegelse. Bak enhver bevegelse skjuler det seg en eller annen hensikt, et motiv, et budskap. Ingen bevegelse skjer tilfeldig. Påpekningen av et umiddelbart smil, et sukk, en rynke i pannen, en armbevegelse kan få stor betydning for hva som folder seg ut i neste øyeblikk, og i neste. Ved å dvele ved og finne ord for kroppslige sansefølelser og nonverbale uttrykksmåter kan terapiprosessen utløse aha-opplevelser som virker vitaliserende, og som bidrar til å omforme relasjonen personen har til seg selv og til andre (Dyrkorn & Dyrkorn, 2010). Daniel Stern beskriver følelsen av vitalitet som en følge av å la seg bevege fysisk, mentalt og følelsesmessig (Stern, 2010). Det er for øvrig evidens for en positiv sammenheng mellom vitalitet og kreativitet (Bakker, Petrou, Kamp, & Tims, 2017). Følgende eksempel kan illustrerer dette:

### RASTLØSHET SOM TRIGGER

Følgende klientcase er en sammenstilt og anonymisert beskrivelse av terapierfaringer hentet fra mitt arbeid med flere klienter. I en terapi-samtale legger terapeuten «Frank» merke til at «Fredrik» er kroppslig urolig. Han vipper opp og ned med den ene foten. Han stryker seg også over kinnet som om han prøver å trøste seg selv. Fredrik sier at han føler seg rastløs. Ved Franks hjelp oppdager han at rastløsheten har sammenheng med at han har dårlig samvittighet for at han vier sin datter for lite tid og oppmerksomhet. Han innser at datteren på 12 år trenger at han er mer til stede for henne. Han lar denne erkjennelsen synke inn, og sier at han er oppriktig lei seg. Noen tårer i øyekroken bekrefter det. Han vil bruke mer tid sammen med datteren, og ikke gå så mye opp i jobben sin som han gjør. De siste månedene har han latt jobben nesten sluke seg. Han sier dette med følsomhet i stemmen og med et beveget ansiktsuttrykk. Han er nær egne følelser og lar seg bevege, men ikke på en rastløs måte.

Ikke før har Fredrik gitt uttrykk for at datteren hans trenger mer av hans oppmerksomhet og omsorg, så begynner han å bevege begge

hendene sidelengs fremfor ansiktet sitt. På spørsmål fra Frank om hva håndbevegelsene hans kan være uttrykk for, gir han seg god tid før han svarer. «Det er som om jeg prøver å fjerne en slags tåke fremfor øynene mine», svarer han til slutt. Så kvepper han litt til og virker overrasket. Han gjør en oppdagelse. «Jeg sier at datteren min trenger mer tid sammen med meg, og det kan godt være. Men akkurat nå er det som tåken har lettet ..., og jeg oppdager at behovet for mer samvær med datteren min er minst like mye mitt som det er hennes. Jeg savner den gode kontakten vi hadde før jeg lot jobben ta overhånd.»

Det er mange måter å gå videre på i fortsettelsen av terapiprosessen med Fredrik. Det kan for eksempel være aktuelt å gå inn på forholdet hans til jobben og hva som har drevet ham til å jobbe så «grenseløst» mye. Han har tidligere nevnt at faren hans har vært og fortsatt er ambisiøs på hans vegne. Det kan være relevant å gå nærmere inn på. Kanskje Fredrik har vansker med å sette grenser for hvor mye han skal la seg påvirke av sin far, og jobbe for å oppnå hans anerkjennelse.

### KREATIVITET OG KONTAKTGRENSE

Erving Polster skriver at mange av klientenes verbale og nonverbale uttrykksmåter kan peke i flere retninger når det gjelder hva man som terapeut kan velge å gå videre med. Det er ikke kun én intervensjon som er den riktige, selv om noen intervensjoner fungerer bedre enn andre (Polster, 1995). Hvilke intervensjoner som gjøres til enhver tid, må også ta hensyn til hvilken tillit, trygghet og fortrolighet som er etablert i relasjonen. Noen intervensjoner vil kunne virke kontaktfremmende og relasjonsbyggende, mens andre kan ha motsatt effekt.

Begrepet kreativitet har opphav i de to latinske ordene *creare* og *crescere*, som i norsk oversettelse betyr å skape og å vokse. Livsmestring og det å vokse som menneske innebærer å forholde seg til grenser. Det er grenser for hva vi kan være oppmerksomme på til enhver tid, og det er også slik at for hver grense som blir overskredet, så dukker det opp nye.

I eksemplet med Fredrik vil ønsket og behovet hans for å tilbringe mer tid med sin datter kanskje kreve at han er tydeligere på egne grenser. Tydeligere overfor sin far, og kanskje også overfor kravene han møter fra lederen på jobben. Fredrik kan inviteres til å eksperimentere



med måter å formidle til sin far og/eller leder på at han trenger å justere på egne prioriteringer. Da vil han samtidig kunne oppdage en mulig angst eller ambivalens når det gjelder å ta seg selv på alvor, og å være tydelig på egne behov. Terapiprosessen vil ta en ny dreining.

Kreative terapeutiske prosesser består for en stor del i å eksperimentere med grenser. Det kan være atferdsmessige og mentale grenser, emosjonelle og relasjonelle grenser. Grensene vi setter, bidrar til å definere hvem vi er, og hvem vi våger å være. For at vi skal utvikle og realisere oss selv, må vi ha en tilstrekkelig god bevegelsesfrihet i måten å sette grenser på. God selvregulering innebærer at vi noen ganger må beherske begrensningens kunst, mens vi andre ganger trenger å frigjøre oss fra fastsatte grenser ved å bevege oss utenfor egen komfortsone eller inn i vår «optimale aktiveringssone» (Nordanger & Braarud, 2014).

Ifølge Glăveanu er kreativitet å oppfatte som en grunnleggende dialogisk prosess. Ved å fortelle og gjenfortelle hendelser om eget liv på måter som griper oss selv og andre, kan vi også begripe oss selv på kreative og nyskapende måter. Kreative dialoger kan finne sted mellom to personer, eller innenfor grupper av varierende størrelse. Kreative ideer og forestillinger kan også spire frem ved at en går i dialog med seg selv (Glăveanu, 2010).

Gestaltterapi forbindes av mange med såkalt stolarbeid, der klienten forflytter seg mellom to stoler for å føre en dialog mellom ulike indre stemmer, og mellom stemmer med opphav i stemmene fra egne foreldre og/eller andre nære personer. Slike terapeutiske intervensjoner er det forskningsmessig evidens for effektene av (Greenberg, 2010). For den interesserte leser er det gitt mange instruktive eksempler på kreative tilnærminger i gestaltbasert terapilitteratur (Zinker, 1970, Dyrkorn, 2014, Dyrkorn, 2020).

### SOM Å HA VINGER, MEN IKKE FØTTER

Det er ikke nødvendigvis noen motsetning mellom psykoterapi som kunst og som vitenskap. All kunstnerisk og kreativ utfoldelse krever kunnskaper. Kreativitet består i å kombinere kjente elementer i nye og overraskende kombinasjoner og konstruksjoner (Dyrkorn, 2014). Når vi blander en rød farge med en gul, så får vi ikke en rødgul farge, men oransje. Det ligger i sakens natur at nye kombinasjoner på basis av kjente elementer forutsetter kunnskaper. Kunnskaper i både bredde og dybde gjør kombinasjonsmulighetene mangfoldige. Som nevnt er både klientsentrert terapi og gestaltterapi sterkt påvirket av kunnskapsarven etter Otto Rank. Når det gjelder gestaltterapi, praktiserte både Fritz og Laura Perls som psykoanalytikere innen de utviklet det teoretiske fundamentet for gestaltterapi, godt hjulpet av Paul Goodman. Gestaltterapi er et godt eksempel på en nyskapende og kreativ teoretisk konstruksjon som baserer seg på kombinasjoner av allerede etablerte filosofiske og psykologiske skoleretninger. Det gjelder blant annet Martin Bubers dialogfilosofi, fenomenologisk tenkning, gestaltpsykologiens syn på læring og persepsjon, og Kurt Lewins feltteori.

I forskning om kunnskap og kompetanse antydes det som en tommelfingerregel at det tar omtrent ti år å utvikle ekspertkompetanse (Kaufman & Kaufman, 2007). Ikke alle eksperter forholder seg kreativt til egen ekspertkompetanse, og kan gjøre seg blind for alternative og konkurrerende synsmåter. Tidligere erfaringer og tilegnede kunnskaper kan fungere som en tvangstrøye, men kan også fungere som springbrett for utvikling.



For Otto Rank var kreativitet en essensiell drifts- og livskraft i seg selv



**KREATIV** Otto Rank er blitt omtalt som en kunstner i sitt fag. Han er kjent for uttalelsen om å finne opp en ny teori for hver klient han mottok i behandling. Foto: Mary Evans Picture / NTB Scanpix



### DOMENESPEFISIKK KREATIVITET

I litteraturen om kreativitet benyttes begrepet domenespesifikk kreativitet (Baer, 2015). Domenespesifikk kreativitet går enkelt beskrevet ut på at jo større bredde og dybdekunnskaper man besitter på et bestemt fagområde, desto større blir mulighetene for å omdanne og kombinere kunnskapene i nye og kreative konstruksjoner. Ekspert innenfor et bestemt fagområde, for eksempel psykoterapi, har med andre ord muligheten til å utvikle nye perspektiver og synsmåter på egen praksis ved å la seg inspirere av alternative terapiformer og av andre kunnskapsdomener. Teorier og metoder hentet fra en rik litteratur om kreativitet

kan gi nyttige innfallsvinkler og perspektiver på terapeutisk teori og praksis. Nyhet og nytte er tvillingkriterier for å vurdere merverdien av kreative ideer og tankeprosesser. Etter min oppfatning har terapeutiske samtaler i seg kreativitetens nyhets- og nytteverdi blant annet ved å skille seg fra mer hverdagslige og ordinære samtaler. Dette viktige skillet kan være mer eller mindre tydelig. Det får man som terapeut ideer om ved å spørre klienten om han eller hun har erfart noe nytt og nyttig i samtalen, som de vil ta med seg videre. Hvis så er tilfelle, gir det indikasjoner på at terapisaamtalen har virket som en kreativ og samskapende prosess. ✘

### REFERANSER

- Baer, J. (2015). The importance of Domain-Specific Expertise in Creativity. *Roper Review*, 37(3), 165–178.
- Bakker, A., Petrou, P., Kamp, E., & Tims, M. (2018). Proactive Vitality Management, Work Engagement, and Creativity: The Role of Goal Orientation. *Applied Psychology: An International Review*, 0(0), 1–28.
- Carson, D., & Becker, K. (2004). When Lightning strikes: Reexamining Creativity in Psychotherapy. *Journal of Counselling and development*, 82, 1, 111–115.
- Clinton, D., Gierlach, E., Zack, S., Beutler, L., & Castonguay, L. (2007). Toward the Integration of Technical Interventions, Relationship Factors, and Participant Variables. I S.G. Hoffman, & J. Weinberger (red.), *The Art and Science of Psychotherapy*, s. 131–153. Routledge Taylor & Francis Group.
- Dyrkorn, R. & Dyrkorn, R. (2010). *Innføring i gestaltveiledning ... teori, metode, praktiske eksempler*. Universitetsforlaget.
- Dyrkorn, R. (2014). *Lederen og teamet – Gestaltbasert coaching og teamutvikling*. Gestaltforlaget.
- Dyrkorn, R. (2020). *Sier, Frank Hansen – En roman*. Upublisert (publiseres i 2021).
- Freud, S. (1910/2018). *Leonardo da Vinci: A Psychosexual Study of an Infantile Reminiscence*. Global Grey.
- Glăveanu, V.P. (2017). The Creative Self in Dialogue. I M. Karwowski & J. Kaufman (red.), *The Creative Self*, s. 119–137. Academic Press.
- Greenberg, L. (2010). Emotion-Focused Therapy: A Clinical Synthesis. *Focus: The journal of Lifelong learning in Psychiatry*, VIII,1, 1–11.
- Holm-Hadulla, R. (2004). *The Art of Counselling and Psychotherapy*. Karnack Books Ltd.
- Kaufman, S. & J. Kaufman (2007). Ten Years to Expertise, Many more to Greatness: An Investigation of Modern Writers. *Journal of Creative Behavior*, 41(2), 114–124
- Kramer, R. (1995). The Birth of Client Centered Therapy: Carl Rogers, Otto Rank and the Beyond. *Journal of Humanistic Psychology*, 35, 54.
- Nordanger, D. & Braarud, H. (2014). Regulering som nøkkelbegrep og toleransevinduet som modell i en ny traumepsykologi. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 51,7, 530–536.
- Polster, E. (1995). *A Population of Selves*. Jossey Bass.
- Sonne, M. & Tønnesvang, J. (2013). *Integrativ Gestaltpraksis*. Hans Reitzels Forlag.
- Stern, D. (2010). *Forms of vitality*. Oxford University Press.
- Yalom, I.D. (1975). *The Theory and Practice of Group Psychotherapy*. Basic Books, Inc. Publishers.
- Zinker, J. (1978). *Creative Processes in Gestalt therapy*. Vintage Books.
- Wadlington, W. (2012). The Art of Living in Otto Rank's Will Therapy. *The American Journal of Psychoanalysis*, 72, 382–396.

**DEBATT PÅ NETT:****Rusreformen I**

Flere av motstanderne (av Rusreformen, red. anm.), endog kjente forskere, har argumentert med at vi bør eller må beholde det regimet vi har i dag, ikke fordi det virker, men fordi vi ikke vet hva som skjer hvis vi «fjerner riset bak speilet». Det vi vet, er at dette riset treffer de ungdommene som sliter mest. Selv om det er «vestkantungdom» som ruser seg mest, er det «østkantungdommen» som får de store bøtene de ikke har råd til å betale, eller må underskrive på ruskontrakter de ikke greier å gjennomføre.

Kari Lossius, psykologspesialist, styrerepresentant i brukerorganisasjonen RIO i innlegget *Et håndslag til den som bærer tyngst bør* på psykologtidsskriftet.no

**DEBATT PÅ NETT:****Rusreformen II**

Hva er kjernen i straffebegrepet? I en juridisk vinkling beskrives ofte straff som «påføring av lidelse». Denne bør være proporsjonal med den straffutløsende handlingen. Det vi bør spørre oss om, er om alle negative konsekvenser som atferdspålegg, restriksjoner og tilbaketrekking av goder beskrives godt nok som «påføring av lidelse». Så vel foreldrerollen som behandlerrollen inneholder mange slike konsekvenser. Det kan for eksempel godt oppleves som vanskelig å bli fratatt en hasjklump om man har veldig lyst på en hasjrus. I atferdsterapi er både positive og negative forsterkninger sentrale virkemidler, selv om de positive oftest er viktigere. Skoleverdenen, idrettslivet, bilkjøring, naboskapsatferd, skatteregimet og nesten alt annet har slike elementer. I stedet for ukvalifisert synsing om straffens elendighet bør vi analysere hvilke typer reaksjoner det dreier seg om.

Helge Waal, professor emeritus, Senter for rus- og avhengighetsforskning (SERAF) i innlegget *En rusreform bør ikke overselges* på psykologtidsskriftet.no

**NOTIS**

Aktuelt

**Vil ha statsstøtte til utdanningsstillinger**

Senterpartiet vil ha drahjelp fra staten for å sikre rekruttering av kommunepsykologer til distriktene.

I et representantskapsforslag datert 8. april foreslår stortingsrepresentantene Kjersti Toppe og Kari Anne Bøkestad Andreassen (begge SP) at staten skal gi finansiell støtte til spesialisering og utdanningsstillinger for kommunepsykologer. De mener det er det som skal til for at små distriktskommuner skal makte å rekruttere og beholde psykologer. Fra 1. januar 2019 er alle kommuner pålagt å tilby psykologkompetanse.

Toppe og Bøkestad henviser til erfaringene med å rekruttere fastleger, det såkalte ALIS-prosjektet (ALIS = allmennleger i spesialisering). Gjennom ALIS ga staten øremerkete tilskudd til utdanningsstillinger i kommunene for leger som ønsket å spesialisere seg i allmennmedisin. Nå foreslår de en tilsvarende satsing for å lokke psykologer til distriktene.

Høsten 2020 dokumenterte SINTEF stor psykologmangel i psykisk helse og rus i kommunene. I en kartlegging oppga

over halvparten av kommunene at det er utfordrende å rekruttere psykologer, 35 prosent at det er vanskelig å rekruttere psykologspesialister. Rekrutteringsproblemen var størst i kommuner med færre enn 20 000 innbyggere, dokumenterte SINTEF i rapporten *Kommunalt psykisk helse- og rusarbeid 2020*.

Les også i Psykologtidsskriftet:

- Ber om statsstøtte til utdanningsstillinger
- Strid om psykologdekningen i kommunene
- Stor psykologmangel i psykisk helse og rus

# Min grenseoverskridende terapeut

Når gikk terapien min over til å bli noe privat og ikke-terapeutisk?

## TEKST

Kjersti Bjøntegård

«Det er jeg som har ansvaret for det som skjedde, men det var vanskelig å sette grenser for deg», sa psykologen. Jeg kjente at jeg skammet meg. Jeg opplevde det som at han tok på seg ansvaret, og at jeg likevel fikk skylden. Hva skjer når en behandlingsrelasjon beveger seg ut av det terapeutiske rommet?

En god relasjon mellom pasient og behandler er viktig i behandling av psykiske lidelser. Pasienten skal føle seg trygg i «det terapeutiske rommet». Terapeuten har ansvar for at samarbeidet foregår på en profesjonell måte, med tydelige grenser for det private og følelsesmessige. Noen ganger kan pasienten føle seg sterkt knyttet til terapeuten. Denne samhörigheten trenger ikke være negativ, så lenge grensene mellom det private og det terapeutiske er godt forankret. Noen ganger kan også terapeuten utvikle personlige følelser overfor pasienten. Leger, psykologer og andre behandlere skal ha kompetanse på å markere disse grensene. Men noen ganger bærer det likevel galt av sted. Overgangen mellom det profesjonelle og det private blir uklar, og terapeut og pasient beveger seg ut av det terapeutiske rommet.

### FORELSKELSE I TERAPIROMMET

«Det er helt vanlig å ha gode følelser overfor terapeuten sin» har jeg hørt mange si, både med og uten fagbakgrunn. Veien fra et sunt terapeutisk forhold, hvor pasienten har gode følelser og positive forventninger til behandlingen, til en vanskelig binding og avhengighet kan være kort, med svært negative konsekvenser for pasienten som er i en sårbar posisjon.

Noen ganger er grenseoverskridelsene tydelige, som når den terapeutiske relasjonen går over i en privat relasjon med erotisk og seksuell karakter. Andre ganger er det som skjer mer uklart, og man kan spørre: Har det egentlig

skjedd noe upassende? Det kan være vanskelig å peke på når grensene må settes. Som oftest er grenseoverskridelser noe som utvikler seg over tid og som kan være vanskelig å sette fingeren på. Det er ofte heller ikke slik at det er pasienten som må settes grenser for. Det kan like gjerne være terapeuten. Man er i en relasjon, og det kan oppstå bindinger fra begge sider. Men det er terapeutens absolutte ansvar å legge til rette for en trygg og helsefremmende behandlingsrelasjon. Det er også han eller hun som har det fulle ansvaret hvis situasjonen kommer ut av kontroll. Pasienten skal ikke føle skyld og skam, og ansvarsforholdet må formidles tydelig og forståelig.

I dette bidraget ønsker jeg å komme med et personlig eksempel på hvordan en sunn behandlingsrelasjon gikk over til å bli en patologisk relasjon. Jeg vil beskrive hvilke konsekvenser det fikk for meg, og drøfte problemstillinger forbundet med denne privatiseringen av behandlingsrelasjonen i lys av egne erfaringer.

### NÅR STARTET DET?

Jeg har i ettertid spurt meg selv om når det egentlig begynte, når terapien gikk over til å bli noe privat og ikke-terapeutisk. Da jeg oppsøkte en psykolog, var jeg langt nede. Jeg hadde vært syk lenge og hadde mistet troen på å bli bedre. Jeg hadde gått i behandling ved en poliklinikk i psykisk helsevern uten at det hadde hjulpet. Min nye terapeut og jeg ville gjerne prøve en annen tilnærming til mine problemer, med psykoterapi over lengre tid. Jeg hadde ingen klare forventninger til behandlingen. I terapisisuasjonen var jeg utrolig sårbar.

Psykologen jeg møtte var tillitvekkende og forståelsesfull. Etter hvert ante jeg en strime av lys. Jeg delte tidligere opplevelser med ham som jeg ikke hadde klart å dele med noen. Jeg følte at jeg ikke lenger bar det vonde selv, og at han var med å bære, slik at det ble lettere.





**BERØRING** «Han skulle ikke tatt hånden min. I det øyeblikket han tok på meg, gikk terapien for meg over til å handle om andre ting enn det å bli frisk», skriver Kjersti Bjøntegård. Foto: *Effluvia from a Hand Resting on a Photographic Plate* av Adrien Majewski (1898-99) / The Met

Behandlingsrelasjonen var preget av åpenhet og trygghet. Vi snakket godt sammen. Jeg likte ham godt. Etter hvert ble tema for samtalene flyttet fra behandling av mine psykiske helseproblemer til å snakke om mine problemer og følelser uten at det ble lagt så mye vekt på å gjøre noe med dem. Jeg hadde vært utsatt for mye svik som barn og sto i en vanskelig situasjon med familien. Han sa han syntes det var sterkt å høre på meg, og det ble knyttet et bånd til ham. Jeg så frem til møtene. Han sa at han også gjorde det. Relasjonen til ham tok stadig større plass.

En dag vi hadde avsluttet konsultasjonen og jeg skulle til å gå, grep han hånden min, holdt rundt den og sa: «Du er kald på hendene. Fryser du?»

Han skulle ikke tatt hånden min. I det øyeblikket han tok på meg, gikk terapien for meg over til å handle om andre ting enn det å bli frisk og å finne tilbake til mine nærmeste støttespillere. Da konsultasjonen var over, gikk jeg derfra og holdt på å sprenge av følelser og kaos. Ingenting ble det samme etter det.

Til slutt kunne jeg nesten ikke tenke på noe annet enn ham. Jeg kjente at dette ble feil, og jeg var redd det skulle skje noe vondt.

#### **HØYT OPPE OG LANGT NEDE**

Stemningsleiet som tidligere var i ferd med å normalisere seg, steg betydelig. Jeg ble utrolig tent på å være morsom i samtalene med ham. «Du har en voldsom sans for humor», sa han. »

«Dette er en ressurs for deg i bedringsprosessen», sa han, og lo. Samtidig kjente jeg at jeg også var langt nede. Jeg sa til ham at jeg hadde mye angst. Det ble mye tøys og latter ved konsultasjonene. Det var jeg som satte i gang, og han ble med.

Jeg kjente det som om jeg sto på et høyt stup. Jeg visste at jeg kom til å falle, og at det ville bli forferdelig vondt. Jeg var redd han skulle gå fra meg. Samtidig var jeg desperat etter å komme ut av denne forferdelige situasjonen. Jeg sa til ham at jeg var blitt så glad i ham, og at jeg var fortvilet.

Jeg hadde tidligere skrevet mye for meg selv om alt jeg hadde opplevd som var vanskelig. Jeg spurte om han ville lese noe av det jeg hadde skrevet. Jeg var redd for at han skulle si nei. «Ja, jeg vil gjerne lese», sa han, og tok alt jeg ga ham med seg hjem. Ved hver konsultasjon hadde jeg skrevet noe nytt.

«Du skriver så vanvittig bra», sa han ved neste konsultasjon. Jeg ble så glad. Jeg ga hele mitt indre til ham. Filteret inn til sjelen min var borte, og jeg var forsvarsløs. Jeg tømte meg for ord, og han sa at han gjerne ville lese mer.

Det var feil av ham å ta med hjem det jeg hadde skrevet. Det var en svært forvirrende situasjon. Jeg følte det som om litt av meg selv var hjemme hos ham. Det var ikke han som ba meg om å gjøre det, men han sa at han gjerne ville lese dersom jeg selv ønsket det, og at det kunne være positivt for terapiprosessen. Det var som om han tok meg inntil seg og skjøv meg bort på samme tid. Jeg kjente på meg at noe vondt skulle skje, men klarte ikke å stoppe. Terapeuten sa at jeg ikke skulle være så engstelig.

«Du har opplevd mye svik, men her har du en som ikke vil svikte. Jeg går ikke fra deg. Er det noen som skal gå, så blir det deg.»

Etter en konsultasjon var jeg fortvilet og lei meg. Jeg ba ham holde rundt meg. Det gjorde han. Vi sto tett sammen, og jeg la hodet mitt på skulderen hans. Da jeg ankom neste konsultasjon, gjorde vi det samme. Etter dette sto vi og holdt rundt hverandre i store deler av den tiden konsultasjonen varte.

Det var feil av ham å holde rundt meg. Jeg var ekstremt lykkelig og samtidig veldig langt nede.

Jeg spurte ham hvordan denne relasjonen egentlig var, nå da vi var blitt så nære og våre møter i større grad hadde blitt av fysisk karakter. Han sa at ingenting var forandret, og at det var mange nivåer i terapien. «Jeg er den som vil hjelpe», sa han.

### FORVERRET HELSETILSTAND

På denne tiden var det som om han var inne i mitt hode hele tiden. Jeg klarte ikke å spise skikkelig og gikk voldsomt ned i vekt. Jeg sov minimalt og syklet rundt i skog og mark uten mål og mening og ventet på neste konsultasjon. Jeg gikk og snakket høyt med meg selv og var sliten og redd. Han sa at jeg ikke trengte å være redd.

Jeg gikk til ham en gang i uken. Hver konsultasjon varte en time. Jeg spurte om å få komme oftere. Det var greit for ham. Han mente det kunne være positivt i terapiprosessen. Etter hvert kom jeg tre ganger i uken, og hver konsultasjon kunne dra ut til to og tre timer. Jeg sa at det var viktig for meg. Han mente at vi var inne i en fin terapiprosess.

Mannen min var svært bekymret, for jeg var nesten aldri hjemme. Han opplevde at min helsetilstand var blitt dramatisk forverret siden jeg begynte i terapi hos denne terapeuten. Han spurte meg hvor jeg var hele dagen og halve natten, men jeg hadde ikke noe klart svar. Han lurte på hva som foregikk i terapien, om jeg lå på en benk eller satt i en stol, og om jeg ble hypnotisert. Han skjønnte ikke noe av det som skjedde.

Jeg hadde mange medisiner hjemme og sa til psykologen at jeg hadde lyst til å skade meg, at jeg ble dratt mot vonde tanker. Han ba meg ta med medisinene jeg ikke brukte fast til ham, slik at jeg ikke skulle skade meg. Jeg leverte ham en pose med medikamenter og flere personlige ting. Stener jeg hadde tatt med fra reiser, såper med gode lukter som skulle minne ham om meg. Han tok imot dem og sa han ville passe på dem til jeg ble bedre.

Han skulle ikke tatt medisinene og mine private ting med hjem. Det forsterket bindingen til ham.

En ettermiddag satt jeg på fanget hans mens vi fant tid til en ny konsultasjon. Jeg var så glad. Jeg trodde terapiprosessen var over og at vi var kjæresten. Men det var ikke slik. Alt var terapi.

Etter en konsultasjon var jeg så fortvilet. Jeg kunne ikke dra hjem. Jeg syklet bare rundt huset der terapeuten hadde kontor. Det var som om jeg ikke kunne styre sykkelene i riktig retning mot der jeg bodde. Denne dagen skulle bli et vendepunkt i mitt liv. Det var så svart inne i meg. Jeg lengtet etter å gjøre det slutt. Jeg syklet ut i marka og forestilte meg hvordan slutten kunne bli. Jeg satte fra meg sykkelene og virret rundt omkring i timevis.

Jeg kjente at «nå kommer jeg ikke lenger ned» og visste at dersom jeg ikke gjorde noe med situasjonen, ville jeg ikke leve lenger. Jeg skjønnte at jeg måtte søke hjelp alene. Psykologen hadde sagt at jeg skulle stole på ham. Det gjorde jeg ikke lenger.

### INNLAGT PÅ PSYKIATRISK AVDELING

Jeg tok kontakt med min tidligere terapeut ved poliklinikken og fortalte om hva som hadde skjedd. Det ble iverksatt umiddelbare tiltak. Jeg ble akuttinnlagt ved en døgnavdeling to dager senere.

I journalen står det at «pasienten har en psykotisk binding til sin tidligere terapeut, er svært langt nede, grensepsykotisk og forvirret». Både jeg og min tidligere terapeut fikk beskjed om at fra da av skulle all kontakt mellom oss være slutt. Jeg kunne ikke holde det ut. Det var som om en bærevegg inne i meg raste ut. Jeg ba ham om å fortsette å ringe meg, og derfor snakket vi fortsatt i telefonen jevnlig. Jeg ble stadig dårligere.

Det ble arrangert et møte på avdelingen der jeg var innlagt. Min tidligere terapeut deltok på møtet. Formålet var å få avsluttet all kontakt mellom psykologen og meg selv. Jeg var på dette tidspunktet panisk redd for å miste ham. Min tidligere terapeut og jeg hadde snakket om at behandlingsrelasjonen burde utvikles gradvis, og at det jo hadde vært mye fint i behandlingsprosessen også. Den situasjonen jeg tidligere hadde vært fanget i, var jeg nå redd skulle ta slutt.

Under møtet ble det understreket at psykologen hadde opptrådt svært uansvarlig og uprofesjonelt. Han satt og stirret på meg, tilsynelatende ulykkelig og angrende.

«Hun hadde bare meg», sa han. «Det var ikke galt, men jeg må likevel ta ansvaret for at grensene ble uklare. Det var vanskelig å sette grenser for henne».

Det var helt feil. Hjemme hadde jeg en hel familie som over alt i verden ville hjelpe meg.

Han ga meg tilbake posen med mine medikamenter og private ting, og takket for at jeg viste ham tillit til å oppbevare dem.

Da møtet var slutt, var jeg knust. Jeg fikk ikke bevege meg utendørs uten følge av personell i flere dager.

Disse opplevelsene ble dramatiske for meg og min familie. Det skulle gå to år før jeg kunne føle at jeg hadde en tilnærmet normal hverdag uten at min tidligere terapeut var konstant til stede i tankene mine. Det som hadde skjedd, skulle få konsekvenser for min tillit i behandlingsrelasjoner senere i livet. Jeg var innlagt ved en psykiatrisk sengepost flere ganger de påfølgende årene. Jeg fikk konstatert en alvorlig psykisk lidelse.

### REFLEKSJON

Jeg har, ut fra egne erfaringer, prøvd å vise hvordan en terapeutisk relasjon gikk fra å være sunn til å bli ødeleggende og patologisk, noen faktorer som førte til at det ble slik, og hvilke konsekvenser det skulle få for meg og min familie. Jeg hevder ikke at psykologen jeg refererer til, er årsaken til min psykiske lidelse. Jeg har prøvd å peke på gråsonen mellom de trygge og gode følelsene og den negative og opprivende bindingen som oppsto. Det har vært viktig å vise hvordan terapeuten selv oppmuntret til at situasjonen spant ut av kontroll, og hvordan han selv ble bundet til meg.

En terapisisituasjon er forskjellig fra en annen, og pasienter er sårbare i ulik grad. Det er terapeutens ansvar fortløpende å sette grensene for hva som er faglig riktig og trygt. Det kan være vanskelig for pasienten å se faretegnene. Gradvis kan det bli vanskeligere å forstå hva man trekkes inn i, og hvilke konsekvenser det vil få. Når grensene brytes, kan pasienten sitte igjen med sterke følelser av mindreverd, skyld og skam, selv om man blir fortalt at det er terapeutens ansvar. I stedet for å få hjelpen man trenger for å styrke selvfølelse og funksjon, og mestre symptomer og problemer, er man blitt ytterligere svekket. Det kan ta lang tid å komme seg etter den skaden man er blitt påført. ✕

**Takksigelse:** En takk til psykologspesialist Torkil Berge som har deltatt i bearbeiding av tekst og bidratt med faglige innspill.

# Gruppetilbud til unge med autismespekterforstyrrelse

Gruppetilbud for ungdommer med autismespekterforstyrrelse må skreddersys for å treffe.

## TEKST

Elisabeth Øverland er Akershus Universitetssykehus, BUP Follo og Erica Zahl er Akershus Universitetssykehus, BUP Grorud.

## KONTAKT

elisabeth.overland@ahus.no

**SOM BEHANDLERE** på generalistteam i BUP har vi møtt mange ungdommer med autismespekterforstyrrelse (ASF). Vi har begge vært tilknyttet nevroteam ved vår poliklinikk og har således utredet mange av de som har kommet til oss med mistanke om nevrotviklingsforstyrrelser. Vi opplevde at tilbudet til ungdommer som får en autismespekterdiagnose, og deres familie var mangelfullt i vår BUP. Oppfølging i etterkant av diagnostisering varierte svært mye og var avhengig av den enkelte behandler. For å forsøke å møte behovet for oppfølging i etterkant av diagnostisering har vi siden høsten 2017 jobbet med å utvikle et gruppetilbud for ungdom i ungdomsskole- og videregåendealder. Gruppetilbudet gjennomføres to ganger hvert år, og består av 10 ukentlige gruppesamlinger à halvannen time.

## OPPSTART OG DE FØRSTE ERFARINGENE

Vi ønsket å skape et tilbud der ungdommene kunne lære mer om seg selv. Vi ville at de skulle bli kjent med egne utfordringer og ressurser, og treffe andre ungdommer i samme situasjon, slik at de kan dele erfaringer med hverandre. Vi ønsket at ungdommene skulle få mulighet til både å få råd og tips fra andre ungdommer, samt å få være en ressurs selv ved å gi råd til andre. I tillegg ønsket vi et gjennomgående fokus på ressurser, muligheter og strategier.

Vi startet opp gruppetilbudet høsten 2017 med intervensjonen «Jeg er noe helt spesi-

elt» (Vermeulen, 2008) som utgangspunkt. Vi opplevde etter hvert at begrepsbruken i denne intervensjonen kunne virke fremmedgjørende. Ordet *annerledes* blir brukt mye – det refereres til at personer med autismespekterforstyrrelser er annerledes enn andre. Vi stilte oss spørsmål om dette var et hensiktsmessig fokus. Det skriftlige ressursmateriellet har en del påstander om at personer med ASF har visse egenskaper. En ungdom kom med en spontan kommentar om at «det er jo bare sånn jeg er!» En annen spurte: «Det er vel ikke *alltid* sånn?» Her påpekte ungdommene selv det Orm et al. (2020) beskriver i sin artikkel om psykoedukasjon til personer med nevrotviklingsforstyrrelse: at innholdet i psykoedukasjon ofte fokuserer på diagnostiske kjennetegn, og at de er avvikiorienterte og generaliserende. Vi kom fram til at det beste ville være å lage vårt eget materiell.

## UTVIKLING AV ET EGET MATERIELL

Vi har laget et skriftlig materiell som består av ti kapitler. Hver gruppetime har sitt tilhørende kapittel som omhandler dagens tema. Deltakerne får utdelt materiellet i en perm ved oppstart, og tar denne med seg hjem etter siste gruppetime. I vårt materiell er informasjonen som gjelder autismespekterdiagnose kortet ned og presentert i åpne termer, for eksempel «noen opplever», «flere sier at». Videre har vi valgt å inkludere andre relevante temaer i vår tilnærming til psykoedukasjon, som stress





**AUTISME PÅ SKJERMEN** Et tema som engasjerer gruppene er autismespekterforstyrrelser (ASF) i serier og filmer. Netflix serien *Atypical*, der hovedpersonen Sam Gardner spilt av Keir Gilchrist (bildet) har ASF, er en av seriene deltakerne snakker om. Foto: Everett Collection / NTB Scanpix

og emosjonsregulering og et gjennomgående fokus på den enkeltes egne beskrivelser og ressurser. Vi bruker mindfulnessøvelser som strategi for stressmestring. Mindfulnessøvelsene er skrevet inn i materialet som deltakerne får utdelt, slik at ungdommene får med seg disse til videre benyttelse. Idébanks og forslagslister for spesifikke utfordringer er også gjennomgående i materialet.

### **RAMMER OG INNHOLD**

Gruppene har hatt mellom fire og ni deltakere. Hver time består av to deler med en ti minutters pause midtveis. I første del går vi gjennom dagens tema. I denne delen er vi som gruppeledere aktive og gir informasjon og psykoedukasjon, ofte med støtte i filmressurser. Materialet er gjennomgående kortfattet. På den måten har vi alltid tid til å følge ungdommenes engasjement og lytte til deres refleksjoner og erfaringer underveis. I pausen gjør vi hyggelige aktiviteter som deltakerne foreslår. Flere deltakere har vist fram ting de er interessert i, for eksempel bøker, musikkvideoer og filmnutter på YouTube. Noen har fortalt gruppa om noe de kan mye om, for eksempel hunder,

språk og friluftsliv. Vi har også spilt diverse spill og Kahoot. I andre del av timen benyttes refleksjonsspørsmål for å sette i gang samtale og erfaringsutveksling mellom ungdommene. Vi gruppeledere har da en mer tilbaketrukket, fasiliterende rolle.

Helt fra første gjennomføring har vi underveis justert innholdet til ungdommenes egne innspill, og hva vi har erfart at har fungert og ikke fungert. Se appendiks A for en oversikt over innholdet som gjennomgås i time for time.

### **EVALUERING UNDERVEIS**

I løpet av hver gjennomføring av gruppetilbudet har vi evaluert tre ganger: rett etter første møte, halvveis og ved avslutning. Vi har også bedt deltakerne muntlig om tilbakemeldinger underveis.

Tilbakemeldingene har ført til at gruppene har utviklet seg i ulike retninger hver gang. Eksempler på hva ungdommene har ønsket å snakke mer om, er følelser, stress, kjønnsidentitet og det å fortelle om egen diagnose til andre. Dette har ført til at vi det siste året har lagt inn en samling med åpent tema som vi avklarer innholdet i senest i time 6. »

## VÅRE ERFARINGER MED GRUPPETILBUDET

### Rammer

Vi har lært at vi må ha tydelige rammer for samtalerne vi fasiliterer. Vi innleder til tema og styrer samtalen ved å gi en og en ordet. De gangene vi har latt ordet være fritt, har det som regel blitt helt stille. Vi har også observert at deltakerne kan ha mye å si i en styrt samtale, mens de er helt stille både på venterommet og i grupperommet før vi har startet opp. Vi tenker at dette har sammenheng med at når deltakerne er usikre på reglene og hva som er forventet, blir det å ikke gjøre noe den naturlige responsen. Denne gruppen av ungdommer trenger å ledes med en tydelig hånd, slik at de kan være trygge og vite at de blir lyttet til.

### Trygghet til å dele egne erfaringer

Med få unntak har det tatt kort tid før ungdommene har begynt å dele intime tanker og følelser i gruppa. Dette var for oss nokså uventet. Vi tror at det har sammenheng med at ungdommene føler seg trygge på at her er det flere som har lignende erfaringer. Gjennomgående deler ungdommene erfaringer av å bli misforstått av familie og klassekamerater, mye opplevd stress og vansker med å forstå og tolke egne følelser. En veldig stor andel av gruppedeltakerne beskriver også ensomhet. Vi opplever at ungdommene er gode på å gi respons til hverandre på om de kjenner seg igjen i det andre forteller eller ikke, og at vi kan ha gode diskusjoner rundt likheter og ulikheter. Vi gruppeledere trekker også våre erfaringer inn i dette som eksempler på at alle er forskjellige, og at det ikke er slik at hvis man strever med noe, kan det kun knyttes til at man har en autismespekterforstyrrelse. Vi tror også at strukturen vi har i gruppesamtalene, gjør det enklere å komme til orde ved at vi spør en og en om de vil si noe.

### Sosiale utfordringer

Mange av deltakerne har beskrevet egen frustrasjon knyttet til et stort ønske om å kunne ha sosiale relasjoner til jevnaldrende. Det er flere som har sagt: «Jeg sliter med å få venner.» Det å komme i gang med en samtale er en felles utfordring for de fleste. Flere beskriver at de tenker og planlegger hva de skal si i hodet, men at de ikke klarer å si ordene høyt. Dermed blir de stående stille og tilbaketrukket, og det er ikke lett for andre å kunne se, tolke og forstå at de egentlig ønsker kontakt. Flere har fortalt om ensomhet også i direkte samvær med andre fordi de føler seg utenfor i situasjonen. Det kan for eksempel være at de ikke klarer å følge med på temaet. Vi har derfor brukt en del tid i gruppa på å snakke om mikroferdigheter i kommunikasjon. Vi ser på videoer som viser hvordan man kan starte en samtale, fortsette en samtale og avslutte en samtale. Vi har også prøvd ut rollespill, men det ble vanskelig for mange.

Noen deltakere synes det er vanskeligere å ta initiativ til samtale med personer de kjenner godt fra før. Som en deltaker beskrev: «Jeg har brukt opp alle samtaleemnene med de jeg kjenner godt.» Da er det lettere å kunne bruke trygge oppstartsamtaler med kjente temaer sammen med nye mennesker. Gjennom deling av erfaringer og samtale rundt hva som er lurt å øve på, har vi opplevd at flere har følt seg tryggere på å øve mer.

### Følelser

Et flertall av gruppedeltakerne har beskrevet at de strever med å forstå følelsene sine. Noen er overveldet av følelser, andre strever med å tolke hva følelsene betyr for dem. Vi har snakket om følelser gjennom et emo-

sjonsfokuserert perspektiv – at følelsene er vårt kompass som forteller oss hva vi har behov for (Stiegler, 2020). Å forholde seg til kroppslige signaler som uttrykk for ulike følelser, har vist seg å være ny kunnskap for mange av våre deltakere. Vi har erfart at flere av ungdommene ikke har tenkt at det er naturlig å snakke om følelser med andre, for eksempel med foreldrene. Det å få hjelp av andre til å tolke og forstå hva følelsene signaliserer, har for mange vært nyttig. Foreldre har fortalt at ungdommene kan beskrive følelsene sine i større grad etter å ha deltatt i gruppa.

### Mindfulness

Beck et al. (2020) har skrevet en artikkel om bruk av mindfulness med personer som har ASF. De påpeker viktigheten av å være konkret i forkant om hvilke utfordringer man kan møte på under slike øvelser. Tanker kan vandre, og det er lett å bli distraheret av lyder – noe som ikke må bli en stopper for å jobbe videre med øvelsene.

I gruppa har vi hatt god erfaring med å snakke eksplisitt om hva som er hensikten med mindfulness. Vi bruker primært mindfulnessøvelser som hjelp til stressmestring. Øvelsene er gjennomgående enkle, som «pusteankeret», «puste i firkant» og «progressiv avspenning». Vi forteller om at mindfulness er noe man må øve på for å bli god i, og at det er lurt å øve jevnlig. Det er ikke alle øvelser som passer for alle, og dette snakker vi om i fellesskap. Vi har også lagt inn reelle forstyrrelser i noen av øvelsene ved at en av oss lager forstyrrende lyder og bevegelser. Vi snakker om dette i forkant og etterkant. Et fellestrekk vi har erfart, er at de fleste ikke ser hensikten med mindfulness før vi har lagt inn forstyrrelsene og tematisert hvordan mindfulness kan være til hjelp i hverdagen, for eksempel i et bråkete klasserom.

### Felles interesser som utgangspunkt

Vi har lagt merke til at et flertall av gruppedeltakerne har ønsket å finne ut av felles interesser og å knytte kontakter med hverandre underveis. Dette har de vist tydelig ved å ha på seg spesielle klær som viser logoer eller temaer, skifte hårfarge, bruke sminke med mer. De har også uttrykt dette i pausene i form av å vise fram YouTube-klipp, bøker eller tegneserier som forteller om deres interesser. Dette har vært spennende for oss gruppeledere å følge med på. Flere



har også ønsket å møtes etter at gruppetilbudet er avsluttet. Dette har vi prøvd å legge til rette for. Vi har erfart at ungdommene trenger mye hjelp for å få det i stand. Derfor har vi brukt foreldrene som hjelpere. Når gruppa er avsluttet, har vi laget lister over telefonnumre og fordelt ansvar hos hver enkelt familie om å ta initiativ til å treffes videre. En nylig erfaring er at listen med telefonnumre har blitt brukt til å invitere alle deltakerne til å spille et felles onlinespill gjennom kommunikasjonsplattformen Discord, som er designet for gamingfellesskap.

### Skole

En norsk studie har vist at barn med autismespekterforstyrrelser har mye høyere risiko for å vise vegringsatferd knyttet til skole sammenlignet med andre elever (Munkhaugen et al., 2017). Undersøkelser gjennomført av interesseorganisasjoner i Sverige og Danmark viser et lignende bilde (Riksförbundet Attention, 2020; Landsforeningen Autisme, 2019). Vi ser at dette også gjelder våre gruppedeltakere. Det er et fåtall som har deltatt i fulle skoleløp. Mange har påpekt at hvis de ikke hadde hatt noen tilpasninger, ville de ikke klart å være til stede på skolen i det hele tatt. Vi hadde ikke skole som et eget tema ved oppstart, men har nå lagt det inn etter ønske fra mange av deltakerne. En fin erfaring fra en samling med tema skole var da to ungdommer unisont ga følgende kommentar til en ungdomsskoleelev som strevde mye på skolen: «Hold ut, det blir bedre når du begynner på videregående.»

### Temaer som har engasjert mye

Kjønnsidentitet har blitt et sentralt tema som flere ungdommer har bedt om at vi skal ta opp til drøfting. Blant mennesker med kjønnsinkongruens er det ofte rapportert om at en andel av disse har ASF (Folkehelseinstituttet, 2020). Vi har gode erfaringer med å tematisere kjønnsidentitet som noe det er vanlig å streve med i ungdomstiden.

Et tema som har engasjert alle gruppene, er «ASF i serier og filmer». Det har overrasket oss litt at svært få har sett serier som «A-typical» og «Big Bang Theory» fra før. Ungdommene har opplevd en del av karakterene i seriene som overdrevne/karikerte, men vi har også hørt at noen karakterer blir beskrevet som mer empatiske enn vi har tolket dem som. Kanskje det er her vi gruppeledere mangler det samme blikket som ungdommene?

Flere av deltakerne har hatt glede av å bli oppmerksomme på en del av filmene og seriene som finnes, der hovedpersonene fremstilles med ASF. Noen har fortalt om at de har begynt å se på en serie sammen med foreldrene, og at dette har gitt muligheter for å snakke om hva de kjenner seg igjen i. Vi ser for oss at dette kan være en berikelse for flere familier.

### AVSLUTTENDE KOMMENTAR

Vi opplevde et manglende oppfølgingstilbud til ungdommer med ASF ved vår poliklinikk, og har fått lov av våre ledere til å bruke tid på å utvikle et gruppetilbud vi nå synes fungerer godt. Fra og med høsten 2020 har vi hatt anledning til å tilby gruppetilbudet til pasienter fra tre av poliklinikkene i Akershus universitetssykehus: Follo, Grorud og Furuset. Det vil fra og med 2021 være to parallelle grupper hvert halvår. Gruppetilbudet inneholder slik vi ser det, både psykoedukasjon, sosial ferdighetstrening, arbeid med stressmestring og emosjonsregulering, samt strategier knyttet til spesifikke situasjoner som skole og samhandling med andre. Vårt ønske er at flere poliklinikker og/eller kommuner kan bli inspirert til å starte egne grupper.

Vi tenker også at ved å dele våre erfaringer kan elementer fra vårt materiell brukes i individuelle tilnærminger. Likevel vil vi påpeke nytten av gruppeformatet: Flere av deltakerne har deltatt i individuelle samtaler tidligere, der behandlerne har gitt uttrykk for at det oppleves som vanskelig, med mye stillhet. Vår erfaring er at mange av ungdommene i større grad klarer å nyttiggjøre seg et gruppetilbud sammenlignet med individuell oppfølging. Vi opplever at ungdommene ønsker å møte andre i samme situasjon, og at gruppeformatet er med på å øke deres trygghet på at det er nyttig å dele egne opplevelser. Vi har også erfart at det å møte andre i en gruppe stimulerer til økt refleksjon rundt hvordan en kan påvirke sin egen situasjon. I tillegg gir det håp å møte andre som strever – og som likevel klarer seg bra i livet. ✘

### REFERANSELISTE

- Alkurhah. (2015, 16. januar). *Sensory overload* [Video]. YouTube. <https://youtu.be/K2P4Ed6G3gw>
- Beck, K. B., Conner, C. M., White, S. W. & Mazefsky, C. A. (2020). Mindfulness «Here and Now»: Strategies for Helping Adolescents With Autism. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 59(10), 1125–1127.
- Fjæran-Granum, T. (u.å.) *Asperger syndrom. Informasjon for ungdom og voksne*. Hefte nr. 4. Oslo: SPISS forlag.
- Folkehelseinstituttet (FHI). (2020). *Nasjonal faglig retningslinje for helsehjelp til personer med kjønnsinkongruens: Høringsuttalelse fra Folkehelseinstituttet*. [https://www.fhi.no/contentassets/e076dec25ba-74be8b4e35df7f73c90a5/fhi\\_kjonninkongruens\\_2020-02-27.pdf](https://www.fhi.no/contentassets/e076dec25ba-74be8b4e35df7f73c90a5/fhi_kjonninkongruens_2020-02-27.pdf)
- Hagen, A.H.V. (2015, 24. mai). *Alfred og skyggen* [Video]. YouTube. <https://youtu.be/UYDUocGep4>
- Helse Fonna. (2015, 22. desember). *Habilitering – videomodellering* [Video]. YouTube. <https://youtu.be/yWaJxEnmCpw>
- Landsforeningen Autisme. (2019). *Inklusjonsundersøkelse 2019*. <https://www.autismeforening.dk/media/2169/analyse-af-inklusionsundersoegelsen-2019.pdf>
- Munkhaugen, E. K., Gjevik, E., Pripp, A. H., Sponheim, E. & Diseth, T. H. (2017). School refusal behaviour: Are children and adolescents with autism spectrum disorder at a higher risk? *Research in Autism Spectrum Disorders*, 41, 31–38.
- National Geographic. (2017, 29. januar). *The Genderbread Person – Gender Revolution* [Video]. YouTube. <https://youtu.be/89Az3m-qJeU>
- Nordanger, D.Ø. & Braarud, H.C. (2017). *Utviklings-traumer. Regulering som nøkkelbegrep i en ny traumepsykologi*. Bergen: Fagbokforlaget. »





4

- **Mindfulnessøvelse**
- **Dagens tema: Følelser.** Vi ser på filmen «Alfred og skyggen» (Hagen, 2015) som utgangspunkt for timen. Psykoedukasjon om følelser som kompass for hvordan vi har det – kroppens signaler om behov. Gjennomgang av grunnfølelsene. Vi utforsker følelser og opplevelser sammen i henhold til emosjonsfokusede prinsipper (Stiegler, 2020). Deltakerne får i oppgave å koble følelser til konkrete situasjoner. Vi gjennomgår refleksjonsspørsmål for å sette i gang samtale og erfaringsutveksling.

5

- **Mindfulnessøvelse**
- **Dagens tema: Å være sammen med andre og å tilpasse seg omgivelsene sine.** Psykoedukasjon om sosiale forståelsesvansker ved hjelp av begrepet «usynlige forventninger». Vi snakker om uskrevne sosiale regler i omgivelsene. Vi har valgt å kalle dette for «usynlige forventninger» som vi møter i hverdagen. Vi bruker filmklipp med videomodellering fra Helse Fonna (Helse Fonna, 2015). Vi går gjennom forslagsliste og refleksjonsoppgaver og bruker det som utgangspunkt for å samtale om ungdommenes egne erfaringer sett i forhold til de konkrete ferdighetene som blir vist i filmene.

6

- **Mindfulnessøvelse**
- **Dagens tema: Skole.** Vi ser et intervju med en gutt med ASF og gjennomgår sitater fra andre ungdommer, ofte tidligere deltakere, om hvordan de har det på skolen. Gjennomgang av refleksjonsoppgave som utgangspunkt for videre samtale og erfaringsutveksling.

7

- **Mindfulnessøvelse.**
- **Dagens tema: Sensoriske vansker.** Vi ser på filmen «Sensory overload» (Alkurhah, 2015) og gjennomgår sitater fra andre ungdommer. Refleksjonsoppgave som utgangspunkt for samtale, erfaringsutveksling og arbeid med bevisstgjøring rundt sensoriske vansker og hvordan slike vansker kan påvirke toleransen for stress.

8

- **Mindfulnessøvelse**
- **Dagens tema: Endringer i ungdomstiden.** Kort psykoedukasjon om pubertet inkludert en refleksjonsoppgave. Informasjon om seksualitet og kjønnsidentitet: usynlige forventninger i seksuell omgang, ulike former for seksualitet og kjønnsuttrykk. Tematisering av det å bryte med normer for kjønn og seksualitet. Vi gjennomgår modellen «the Genderbread person». Vi ser et intervju med modellens opphavsperson Sam Killermann (National Geographic, 2017). Vi ser også på NRK Supers FlippKlipp, der Victor Sotberg forteller om livet sitt (NRK, 2018). Disse to filmene er utgangspunkt for videre refleksjon og samtale.

9

- **Mindfulnessøvelse**
- **Dagens tema: Åpent tema.** Basert på deltakernes ønsker underveis. Temaet kan være en fordypning av noe vi har snakket om tidligere. Endelig tema bestemmes i time 6.

10

- **Mindfulnessøvelse**
- **Dagens tema: Autismespektertilstander i film og serier.** Innledning med utgangspunkt i artikkel av Nordahl-Hansen, Tøndevold og Fletcher-Watson (2017). De studerte 25 karakterer i filmer og serier med en angivelig autismespekterforstyrrelse. De fant at nesten alle karakterene tilfredsstilte mange eller alle diagnosekriteriene. Vi undrer oss sammen om dette gjenspeiler virkeligheten. Vi ser på klipp fra relevante filmer og serier som utgangspunkt for samtale og diskusjon.
- **Avslutningsaktivitet der alle skriver en hilsen til hverandre**
- **Tilrettelegging for videre kontakt mellom ungdommene**



## VITENSKAPELIG ARTIKKEL

TIDSSKRIFT FOR NORSK PSYKOLOGFORENING 2021 S. 368-377 FAGFELLEVDERT

ANJA VASKINN<sup>1,2</sup> og KARIANNE MURI<sup>3</sup><sup>1</sup> Norsk senter for forskning på mentale lidelser, Oslo universitetssykehus HF, <sup>2</sup> Institutt for klinisk medisin, Universitetet i Oslo, <sup>3</sup> Institutt for produksjonsdyrmedisin, Norges miljø- og biovitenskapelige universitet, Veterinærhøgskolen

KONTAKT anjavaskinn@medisin.uio.no

# MENNESKER SOM UTØVER SEKSUELLE HANDLINGER MED DYR

Seksuelle handlinger mellom mennesker og dyr er kjent på tvers av historiske epoker og geografiske områder, men omfanget er ukjent. Den begrensede forskningen på temaet antyder stor variasjon i menneskers motivasjon for seksuell kontakt med dyr, hvorvidt motivasjonen utleves og eventuelt påfører dyr lidelse.

Sommeren 2020 omtalte norske nyhetsmedier en sak hvor flere titalls hunder ble overtatt av Mattilsynet etter å ha vært brukt til seksuelle formål, angivelig av en rekke mennesker i inn- og utland. Saken er i skrivende stund fremdeles under politietterforskning. Vi har erfart at saken har ført til økt oppmerksomhet rundt mennesker som utfører seksuelle handlinger med dyr, og til et behov for oppdatert kunnskap om tematikken. I denne artikkelen gis en kort sammenfatning av noe av litteraturen på området. Artikkelen er basert på publikasjoner funnet gjennom søk i databasene Google Scholar, PubMed og PsycINFO i tillegg til gjennomgang av disses referanselister. Vi har konsentrert oss om artikler vi mener er best egnet til å beskrive fenomenet, og har utelatt kasusstudier.

## BEGREPSBRUK

En rekke begreper har vært anvendt for å beskrive seksuelle handlinger mellom mennesker og dyr. Zoofili er kanskje best kjent blant psykologer, men også zoorasti og zooseksualitet har vært brukt. Benevnelser som nekrozoofili og zoosadisme viser at seksuell omgang med dyr kan innebære død og/eller alvorlig intensjonell mishandling og tortur. Mens zoo-

## ABSTRACT

*Animal sexual abuse: A brief synopsis of current understandings of humans who have sexual relations with animals*

Sexual contact between humans and animals is known from early times, but the prevalence remains unknown. Research on individuals who have sexual contact with animals has largely been conducted on individuals who are incarcerated or who are recruited from the internet and who consider themselves zoophiles. This paper is a synopsis of some of the available literature from the perspectives of law, veterinary science and psychology. Whether human beings who conduct sexual acts with animals are at increased risk of interpersonal violence is discussed. Some claim that zoophilia may be a sexual orientation and that sexual contact should be tolerated as long as the animal does not suffer. Others stress that sexual contact with animals is always wrong because it involves coercion, violates the rights of others, and because the animal cannot provide genuine consent or report abuse. This lack of consent is paramount to current psychiatric classifications of zoophilia. Reporting of animal abuse is one of the exceptions to health professionals' duty of confidentiality.

*Keywords: zoophilia, bestiality, paraphilic disorders, animal abuse, animal sexual abuse, animal cruelty*





En liten studie blant ungdomskriminelle fant at nesten alle som hadde misbrukt dyr seksuelt, også hadde begått seksuell vold mot mennesker

fili gjerne har vært anvendt for å beskrive en seksuell interesse for dyr, så har sodomi, bestialitet og *crimen bestialis* / *bestialitatis* vært brukt om selve handlingen (Beetz, 2004). I veterinærfaget er det blitt argumentert for å benytte termen «animal sexual abuse» (Stern & Smith-Blackmore, 2016), altså seksuell mishandling av dyr, for å fokusere på påkjenningen dyret utsettes for. Dyrevelferdsloven (§ 14) forbyr både *seksuell omgang* og *seksuelle handlinger* med dyr. Seksuell omgang innbefatter handlinger av en viss intensitet, tilsvarende samleie, mens seksuelle handlinger også inkluderer mindre alvorlige handlinger, som berøring av dyrets kjønnsorgan (Stenevik & Mejdell, 2011). Ettersom ulike begreper henspiller på ulike aspekter, som juridisk status, psykiatrisk klassifikasjon eller intensitet av handlingen, varierer det hvilke begreper vi benytter gjennom artikkelen.

### Synet på bestialitet gjennom historien

#### *Bestialitet i kunst og religion*

Seksuelle handlinger mellom mennesker og dyr er kjent på tvers av historiske epoker (Viskum, 2002) og geografiske områder, og er illustrert i kunst (Beetz, 2004) (se Figur 1 og 2) (Valcuende Del Rio & Cáceres-Feria, 2020). Tidlige tegn på at mennesker hadde seksuell omgang med dyr – eller i alle fall var opptatt av det – finnes i hulemalerier og helleristninger. Bestialitet var også et populært tema innen gresk og romersk mytologi (Miletski, 2005). Religiøse riter som involverer seksuell kontakt mellom mennesker og dyr er beskrevet i flere gamle kulturer, som oldtidens Egypt, Hellas og India, men både Det gamle testamentet og Talmud fordømmer slik kontakt (Beetz, 2004). Hvorvidt kunst som viser seksuelle handlinger med dyr, er basert på historiske fakta, er ikke alltid sikkert (Ranger & Federoff, 2014), som for «The dream of the fisherman's wife» av den japanske kunstneren Hokusai (se Figur 1). Det viser en kvinne som blir tilfredsstilt av en blekksprut. Verket sies å være inspirert av sagnet om perledykkeren som dykket etter perlen som havets drage hadde stjålet fra familien til hennes elskede. Blekkspruten var bindeleddet til dragens slott under havets overflate.

#### *Juridisk og etisk status*

I middelalderen – en tid da husdyr ofte bodde under samme tak som sine eiere – var det et kjent fenomen i den vestlige verden, til tross for at det ble knyttet til heksekunst og svart magi (Miletski, 2005). Tidlige germanske folkelover forbød ikke seksuell omgang med dyr, men etter hvert som lovgivningen ble mer påvirket av den katolske kirken, ble aktiviteten forbudt (Salisbury, 1994, referert i Miletski, 2005). I mange land ble seksuell omgang med dyr likestilt med homoseksualitet, og straffenivåene var høye. I *Summae Theologica*, som Thomas Aquinas skrev på 1200-tallet, ble seksuell omgang med dyr fremhevet som den mest alvorlige synd mot naturen, og disse holdningene dominerte fram til slutten av middelalderen og renessansen (Salisbury, 1994, referert i Miletski, 2005). Fra 1534 kunne bestialitet resultere i dødsstraff i England, mens Danmark og Norge innførte dødsstraff ved brenning på 1680-tallet. I 1842 ble straffen i Norge redusert til straffarbeid (Rydström & Mustola, 2007), med tilsvarende oppmykninger også i andre land. Innen 1950-tallet var seksuell omgang med dyr helt avkriminalisert i 80 % av de europeiske landene (Miletski, 2005). Den norske «sodomiparagrafen» (§ 213 i straffeloven av 1902), hvor homoseksualitet og bestialitet var likestilte lovbrudd med en

strafferamme på fengsel i ett år, ble imidlertid opphevet først i 1972. I dyrevernsloven av 1974 ble ikke seksuelle handlinger med dyr omtalt. Derfor hadde vi ikke noe spesifikt forbud mot seksuell omgang med dyr i perioden fra 1972 og fram til dagens dyrevelferdslov trådte i kraft i 2010. Med dagens forbud er det ikke et vilkår at dyret påføres noen form for fysisk eller psykisk belastning (Stenevik & Mejdell, 2011). Dette knyttes til dyrevelferdslovens formål om å fremme god dyrevelferd og respekt for dyr (§ 1) og en erkjennelse av at dyr er sansende vesener med en egenverdi uavhengig av deres nytteverdi for mennesker (§ 3).

Denne erkjennelsen er i tråd med synspunktet til Beirne (2001), som fremholder at seksuell omgang med dyr er skadelig og galt fordi det, uavhengig av fysisk skade, innebærer tvang og krenker rettighetene til den andre. Sentralt for dette synspunktet er at menneskets ønske påtvinges dyret, og at en aldri kan vite sikkert hvorvidt dyret «samtykker», selv når det ikke yter observerbar motstand. Dyret har ingen stemme, verken til å avslå eller til å rapportere om seksuelt misbruk til noen som kan hjelpe (Beirne, 2001). Et motstridende synspunkt er anført av filosofen Peter Singer (2001), som hevder at seksuell kontakt mellom mennesker og dyr burde kunne tolereres så lenge ikke dyret påføres skade. Det Dyreetiske Råd i Danmark fremmet samme synspunkt i 2006, da de konkluderte med at det *ikke* var behov for et forbud mot seksuell omgang med dyr (Det Dyreetiske Råd, 2006). I 2015 ble likevel et totalforbud innført i Danmark, og tilsvarende forbud finnes i Sverige, Nederland, Tsjekkia og Sveits (Vetter et al., 2020). Andre land, som Spania, Frankrike og Polen, har forbud kun mot seksuell *omgang* med dyr, mens for eksempel Ungarn, Italia og Tyskland ikke har noe spesifikt lovverk om seksuelle handlinger med dyr (Vetter et al., 2020). Også i USA varierer dette, men de fleste stater har forbud (Holoýda et al., 2018).

Den norske dyrevelferdsloven (§ 5) stadfester også at *enhver* som har grunn til å tro at dyr blir utsatt for mishandling eller alvorlig vanstell, snarest mulig skal varsle Mattilsynet eller politiet. Plikten gjelder med de begrensninger som følger av for eksempel taushetsplikt. Veterinærer plikter å arbeide for forsvarlig dyreverns (dyrehelsepersonelloven § 1), og varslingsplikten er et unntak i deres taushetsplikt (§ 21 nr. 5).

Mindre kjent er det at helsepersonell har et spesifikt unntak i sin taushetsplikt knyttet til mishandling eller vanskjøtsel av dyr (helsepersonelloven § 23 nr. 5), som gir dem en *rett* til å varsle.

#### *Samtidens reaksjoner*

En israelsk undersøkelse av kulturelle holdninger til seksuell kontakt mellom mennesker og dyr fant tre typer av reaksjoner: *humor*, *avsky* og *fiendtlighet* (Shir-Vertesh, 2013). Reaksjonene ble forstått som forsøk på å håndtere de ubehagelige følelsene som oppstår når man møter et tabu. Seksuell kontakt mellom mennesker og dyr innebærer en grenseoverskridelse hvor kategoriene «dyr» og «menneske» blir utydelige. Dyret oppfattes ikke lenger som hjelpeløs, avhengig og underlegen, men som likeverdig (Shir-Vertesh, 2013). En annen grunn til våre sterke reaksjoner kan være tanken på at dyr tvinges, utnyttes eller skades når de blir utsatt for seksuelle handlinger fra mennesker (Beirne, 1997).

#### *Seksuelle handlinger med dyr i et veterinærfaglig perspektiv*

Det er dessverre sparsomt med veterinærfaglig litteratur om seksuell mishandling av dyr. Både familiedyr, produksjonsdyr og hester utsettes for seksuell mishandling. Dyr av begge kjønn er utsatt, men de fleste avdekede tilfeller er hunndyr (Munro & Thrusfield, 2001; Revholt, 2006). Avhengig av den seksuelle handlingen og dyrets størrelse kan skadene være svært alvorlige – noen ganger dødelige eller så omfattende at avlivning er nødvendig av dyrevelferdsmessige årsaker. Skader i og rundt kjønnsorganer, anus og rektum inkluderer bloduttredelser, rifter, kutt, anal dilatasjon, perforeringer og indre blødninger (Stern & Smith-Blackmore, 2016). Det kan bli funnet fremmedlegemer etter penetrering med gjenstander, og på hanndyr kan det være spor etter ligatur rundt penis eller pung (Stern & Smith-Blackmore, 2016). Skader på andre kroppsdeleler kan oppstå når dyr holdes med makt. Noen utøver også annen vold eller mishandler dyr til døde før eller under den seksuelle mishandlingen (Stern & Smith-Blackmore, 2016).

For veterinærer er imidlertid utfordringen at seksuell mishandling av dyr ikke nødvendigvis etterlater seg fysiske spor, for eksempel hvis handlingene er i form av oral kontakt, eller

»

hvis hanndyr brukes til å penetrere kvinner. Det kan dermed være svært vanskelig eller umulig å avdekke med mindre andre faktorer utløser mistanke.

#### STUDIER AV FOREKOMST

Selv om fenomenet er kjent, så er den faktiske utbredelsen ukjent. Tall som er publisert, baserer seg enten på saker som veterinærer avdekker, eller på selvrapportert forekomst av atferden i befolkningen. Den første studien om veterinærers erfaringer med seksuell mishandling av dyr ble publisert i 2001 og var basert på en undersøkelse sendt til 1000 britiske smådyrveterinærer (Munro & Thrusfield, 2001). Av 448 beskrevne tilfeller av påførte skader gjaldt 28 seksuell mishandling. Svenske Djurskyddsmyndigheten (2005) innhentet informasjon fra blant annet veterinærer, politi og lokalmyndigheter. Disse rapporterte om 209 tilfeller helt tilbake til 1970-tallet. Omtrent samtidig gjorde det danske Dyreetiske Råd (2006) en uformell undersøkelse blant veterinærer. Kun 114 praktiserende veterinærer svarte, men rapporterte om i alt 17 tilfeller. Samme år ble det i en norsk masteroppgave rapportert at 72 av 329 veterinærer hadde hatt mistanke eller visshet om i alt 124 tilfeller (Revholt, 2006). Man må imidlertid anta at det kun er en liten andel av faktiske tilfeller som avdekkes av veterinærer, da det forutsetter både at handlingen har resultert i fysiske symptomer, og at dyret blir undersøkt av veterinær. Derfor er disse dataene lite egnet til å si noe om forekomst.

Den amerikanske sexologen Alfred Kinsey rapporterte på midten av forrige århundre om en livstidsprevalens på 8 % blant menn (Kinsey et al., 1948) og 3,6 % blant kvinner (Kinsey et al., 1953), basert på en undersøkelse av seksualatferd blant amerikanere. Det finnes imidlertid ingen studier hvorfra man kan generalisere til forekomst i den generelle befolkningen av i dag. Den begrensede forskningen som er gjort på fenomenet, har i hovedsak tatt utgangspunkt i spesifikke populasjoner, som fengselspopulasjoner og personer rekruttert fra internett og som betegner seg selv som zoofile. Denne artikkelen tar i det videre for seg disse populasjonene.

#### KLASSIFIKASJON

Fra et psykiatrisk klassifikasjonssted betraktes seksuell omgang med dyr, gitt visse forut-

setninger, som en psykisk lidelse, nemlig parafil forstyrrelse. Seksuelle avvik omtales gjerne som parafilier, og det amerikanske diagnostesystemet DSM-5 skiller mellom parafili og parafil forstyrrelse (APA, 2013). Mens en parafili er en intens og vedvarende seksuell interesse for noe annet / noen andre enn voksne, samtykkende mennesker, så dreier det seg om en parafil forstyrrelse hvis denne interessen har negative konsekvenser. En parafil forstyrrelse er altså en parafili som enten medfører lidelse, ubehag, funksjonssvikt hos personen selv, eller at det å tilfredsstille interessen påfører andre skade eller fare for skade (APA, 2013). Ordlyden i ICD-11 ligner: et vedvarende og intenst mønster av atypisk seksuell tenning rettet mot andre hvis alder eller status gjør at de ikke vil eller ikke kan samtykke (Krueger et al., 2017). Diagnosen GD35 er kategorien for zoofili: *Annen parafil forstyrrelse som involverer ikke-samtykkende individer*. Dyr og lik nevnes som spesifikke eksempler.

Aggrawal (2011) foreslo en klassifikasjon med utgangspunkt i hvilke seksuelle handlinger mennesket foretar med dyr. Dette er en teoretisk inndeling av zoofili i ti kategorier ut fra et kontinuum med økende alvorlighetsgrad. I den minst patologiske kategorien (rollespill) plasseres de som ikke har noe ønske om seksuell kontakt med et dyr, men som liker å ha sex med et menneske som spiller et dyr. Mest patologisk er ifølge Aggrawal (2011) de «eksklusivt zoofile» som kun er i stand til å ha seksuell omgang med dyr. Inndelingen er ikke empirisk validert og tar ikke hensyn til grad av skade på dyret (sadistisk tortur / drap av dyr tilsvarer kun middels alvorlighetsgrad).

En tredje foreslått klassifikasjon er basert på motivet for å gjennomføre seksuelle handlinger med dyr (Holoyda & Newman, 2016). Noen mennesker har seksuell omgang med dyr fordi de ønsker å påføre smerte og lidelse som ved seksuell vold, tortur eller drap. Hvis handlingene begås på grunn av nysgjerrighet eller mangel på menneskelig partner, betegnes motivasjonen som situasjonsbetinget. Den kan være sekundær eller økonomisk, som når dyr brukes i pornografi eller prostitusjon. Seksuell omgang med dyr kan også ha sitt grunnlag i ruspåvirkning, psykose eller mental retardasjon, og til sist være basert på et ønske om intimitet og på følelser av affeksjon (Holoyda & Newman, 2016). Et slikt ønske om nærhet og intimitet ligger nok

nærmest definisjonen av zoofili i DSM-5, men ikke alle er enig i at seksuell omgang med dyr ut fra en slik motivasjon er patologisk. Det gjelder de som betegner seg selv som zoofile og hevder å ha et kjærlighetsforhold til dyret. Dette er en av de to gruppene av mennesker som har seksuell omgang med dyr, som har vært gjenstand for forskning.

### Selvutnevnte zoofile

Mennesker som har seksuell omgang med dyr, møter fordømmelse fra storsamfunnet, men kan lett finne likesinnede på internett. Den tyske foreningen Zeta-Verein (Zoophiles Engagement für Toleranz und Aufklärung) har en nettside med informasjon, og det finnes en rekke fora på internett (Maratea, 2011; Kavanaugh & Maratea, 2016). Det har vært gjennomført en håndfull studier av personer rekruttert med hjelp av internett (Williams & Weinberg, 2003; Beetz, 2004; Miletski, 2017). I studiene som inkluderte begge kjønn, deltok flere menn enn kvinner (Beetz, 2004; Miletski, 2017), og i alle disse undersøkelsene var hunder det dyret som flest hadde seksuell omgang med. Fra disse studiene vet vi også at fenomenet ikke er isolert til personer med intellektuelle utfordringer og lav utdanning, noe som har vært en antagelse (Earls & Lalumière, 2009). Tvert imot var det ikke uvanlig med et utdanningsnivå godt utover videregående skole.

Mange av respondentene beskriver en emosjonell tilknytning til dyret og forklarer de seksuelle handlingene med et ønske om å vise kjærlighet og nærhet (Beetz, 2004). Noen forskere har hevdet at zoofili ikke trenger å involvere fysisk vold eller tvang (Beetz, 2004) og derfor i noen tilfeller kanskje er en seksuell orientering (Beetz, 2004; Miletski, 2017). Miletski (2017) har begrunnet påstanden om seksuell orientering med at noen zoofiles forhold til dyr inneholder elementer man også ser ved andre seksuelle orienteringer. Hun har da lagt til grunn en definisjon av seksuell orientering som omhandler et følelsesmessig bånd (hvem man knytter seg til), seksuelle fantasier (hvem man fantasierer om å ha sex med) og erotisk orientering (hvem man foretrekker å ha sex med) (Francour, 1991, referert i Miletski, 2017).

Mange zoofile vil *benekte* at dyr påføres skade, og at dyr ikke er i stand til å gi samtykke. En undersøkelse på et internettforum (Maratea, 2011) fant at dette var én måte å legitimere sin atferd på. Legitimering fant også sted ved at en fremsetter *påstander om fordeler*, som at mennesket hjelper dyret med å få utløp for seksuelle behov, og ved å *sammenligne seg* med andre gjennom å skape en distanse til de som er «enda verre». Det kan være pedofile, mennesker som har seksuell omgang med et dyr uten dyreeiers godkjenning («fence hopping»), eller som deltar i såkalt «hot swapping», det vil si at mange mennesker på omgang, over kort tid, utsetter et dyr for seksuelle handlinger. Eller gjennom å sammenligne seg med grupper som tidligere var stigmatisert, men som nå er akseptert av storsamfunnet (som homofili). Videre kan en søke å oppnå rettferdiggjøring av en seksuell interesse for dyr ved å *normalisere* det gjennom å vise til at det er omtalt i populærkulturen og derfor kanskje ikke er så sjelden. Rettferdiggjøring skjer også ved å *kritisere* storsamfunnet og kritikere tilbake, enten ved å hevde at det faktisk er kritikerne som står for dyremishandling (storsamfunnet aksepterer at dyr utsettes for lidelser i industrielt landbruk), eller ved å hevde at storsamfunnet har *misforstått* det som de selvutnevnte zoofile har forstått: at det er mulig å ha et erotisk kjærlighetsforhold til et dyr (Maratea, 2011).



En annen studie konkluderte med at 36 % av voksne sedelighetsdømte også hadde misbrukt dyr seksuelt





Seksuell mishandling av dyr kan også være en del av vold i nære relasjoner

En vesentlig forskjell sammenlignet med en seksuell orientering som homofili, uavhengig av samfunnets rådende seksuelle normer, er altså at individet for den seksuelle interessen ikke er i stand til å gi et informert samtykke. Dette er sentralt i vår tids psykiatriske klassifikasjon av zoofili (Gianni, 2015). Et dyr kan heller ikke rapportere om hendelsen til andre. Noen hevder derfor at seksuell omgang med og seksuell interesse for dyr ligner mer på pedofili, all den tid verken et barn eller et dyr kan gi informert samtykke til seksuelt samkvem (Lockwood & Arkow, 2016).

#### Fengselspopulasjoner og lovbrudd

Denne andre gruppen av mennesker som har seksuell omgang med dyr som det har vært forsket på, er fengselspopulasjoner.

Innsatte med en historikk med å ha misbrukt dyr seksuelt er vist å være overrepresentert blant de som har begått kriminalitet med skade på andre mennesker (voldtekt, overfall) (Hensley et al., 2006; Hensley et al., 2010). En liten studie blant ungdomskriminelle fant at nesten alle som hadde misbrukt dyr seksuelt (96 %), også hadde begått seksuell vold mot mennesker (Fleming et al., 2002). En annen undersøkelse fant at det å misbruke dyr seksuelt som barn var den eneste typen dyremishandling som kunne predikere senere vold mot mennesker (Henderson et al., 2011). Edwards (2019) gjennomgikk nylig alle amerikanske arrestasjoner for seksuelle handlinger mot dyr i perioden 1975–2015, i alt 456. Handlingene kunne deles inn i tre typer basert på den seksuelle kontakten med dyret: direkte/intendert (seksuell omgang med dyr eller annonsering etter dyr å ha seksuell omgang med), indirekte (tvinge/hjelpe en annen til å ha seksuell omgang med dyr eller torturere/knuse/drepe et dyr for at en annen skal oppnå seksuell nytelse) eller ingen kontakt (bruk av pornografisk materiale). For en tredjedel av arrestasjonene (31.6 %) var også et menneske offer for seksuell vold, og nesten halvparten av de arresterte (45.6 %) hadde enten aktuelt eller tidligere utøvet seksuell vold mot et menneske.

Andre studier har tatt utgangspunkt i populasjoner som har begått seksuelle overgrep mot mennesker. Eksempelvis fant en studie at 20 % av barn som hadde misbrukt andre barn seksuelt, også hadde misbrukt dyr seksuelt (Duffield et al., 1998). En annen konkluderte med at

36 % av voksne sedelighetsdømte også hadde misbrukt dyr seksuelt (English et al., 2003). En meta-analyse av ungdomskriminelle gutter som hadde begått seksuallovbrudd, rapporterte at 14 % hadde hatt seksuell omgang med dyr (Seto & Lalumière, 2010). En gjennomgang av alle seksualforbrytere med psykisk lidelse i en amerikansk stat fant at 2.6 % hadde mishandlet dyr seksuelt (Holoyda et al., 2020). Tallene varierer altså noe og er ikke alltid så høye. Siden seksuell omgang med dyr nok til en viss grad underrapporteres (Schenk et al., 2014), er det likevel grunn til å mene at en del seksualforbrytere utøver seksuell vold mot både mennesker og dyr.

#### UTGJØR DE EN RISIKO FOR MENNESKER?

Det er vanskelig å si noe sikkert om dette fordi vi ikke vet hvor vanlig eller uvanlig det er å ha seksuell omgang med dyr. Men de ovennevnte studiene som tar utgangspunkt i populasjoner med problematferd, viser at mennesker som har seksuell omgang med dyr, også kan utgjøre en trussel for mennesker. Dette gir grunn til bekymring. Det samme gjør en liten studie av menn med parafilier som søkte utredning. Her ble de med zoofili funnet å ha flest andre parafilier, gjennomsnittlig 4.8 til sammen, inkludert pedofili og seksuell sadisme (Abel et al., 1988).

Flere har pekt på at seksuell mishandling av dyr deler flere kjennetegn med seksuell vold mot barn eller kvinner (Beirne, 1997; Lockwood & Arkow, 2016). Seksuell mishandling av dyr kan også være en del av vold i nære relasjoner ved at noen voldsutøvere kan tvinge kvinner eller barn til å se på seksuell mishandling av dyr eller til selv å utføre seksuelle handlinger med dyr. (Roguski, 2012). Dette er mennesker som åpenbart er farlige for både mennesker og dyr.

Stiller dette seg annerledes for de som oppgir et ønske om nærhet og intimitet som motivasjon for å utføre seksuelle handlinger med dyr, de selvutnevnte zoofile? Det er godt mulig. Eksempelvis tar tyske Zeta-Verein sterkt avstand fra dyreplageri og stadfester at de kjemper mot lidelsen som kan påføres dyr gjennom seksuell aktivitet med mennesker (zoosadisme) og mot kriminalitet. Videre rapporterte Beetz (2004) at hun ikke fant mer psykopati hos zoofile enn hos gjennomsnittsbefolkningen. Studier på slike populasjoner har dog i liten grad

fokusert på eventuell voldshistorikk, så hvor stor risiko de utgjør for mennesker, vet vi ikke.

### OPPSUMMERING OG KONKLUSJON

Vi har sett at tre ulike fagfelt anser seksuell omgang mellom mennesker og dyr som problematisk: juss, veterinærmedisin og psykologi/psykiatri. Synet på dette har endret seg gjennom historien, og i dag er det mange europeiske land som forbyr enten alle eller utvalgte seksuelle handlinger med dyr. Litteraturen tyder på stor variasjon i menneskers motivasjon for seksuell kontakt med dyr og i hvor stor grad motivasjonen utleves, men forekomsten av både seksuell interesse for og seksuell mishandling av dyr er ukjent. Enhver som har grunn til å

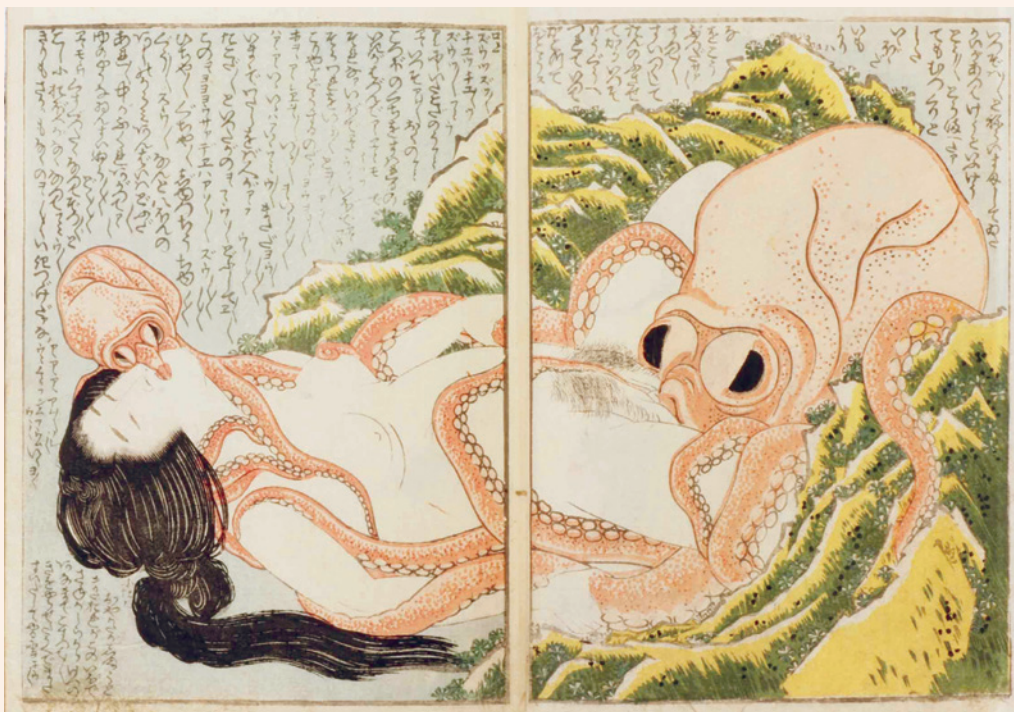
tro at et dyr utsettes for mishandling, har varslingsplikt om dette. For helsepersonell finnes et spesifikt unntak i taushetsplikten som gir *rett* til slik varsling. Dyr er fullstendig prisgitt menneskene som har dem i sin varetekt, og uansett intensiteten i de seksuelle handlingene og motivasjonen for dem, så er ikke dyr i stand til å gi et genuint samtykke (Beirne, 1997). Denne mangelen på samtykke er sentralt i psykiatriske klassifikasjoner av zoofili (Giami, 2015). Videre er den samme dynamikken hva gjelder makt og kontroll til stede ved seksuell omgang med dyr som ved partnervold, barnemishandling og seksuell vold (Lockwood & Arkow, 2016). Mot dette bakteppet kan seksuelle handlinger overfor et dyr ikke forsvares. ✕

### REFERANSER

- Abel, G. G., Becker, J. V., Cunningham-Rathner, J., Mittelman, M. & Rouleau, J. L. (1988). Multiple paraphilic diagnoses among sex offenders. *Bulletin of the American Academy of Psychiatry & the Law*, 16, 153–168.
- Aggrawal, A. (2011). A new classification of zoophilia. *Journal of Forensic and Legal Medicine*, 18, 73–78.
- American Psychiatric Association. (2013). *The Diagnostic and Statistical Manual for Mental Disorders* (5. utg.). Arlington, VA: American Psychiatric Association.
- Beetz, A. M. (2004). Bestiality/zoophilia: a scarcely investigated phenomenon between crime, paraphilia and love. *Journal of Forensic Psychology Practice*, 4, 1–36.
- Beirne, P. (1997). Rethinking bestiality: towards a concept of interspecies sexual assault. *Theoretical Criminology*, 1, 317–340.
- Beirne, P. (2001). Peter Singer's «Heavy Petting» and the politics of animal sexual assault. *Critical Criminology*, 10, 43–55.
- Det Dyreetiske Råd. (2006). *Udtalelse om menneskers seksuelle omgang med dyr*. København, DK: Justitsministeriet.
- Djurskyddsmyndigheten. (2005). *Regeringsoppdrag att utreda frågor om sexuellt utnyttjande av djur* (jo2004/1377, 1378).
- Duffield, G., Hassiotis, A. & Vizard, E. (1998). Zoophilia in young sexual abusers. *Journal of Forensic Psychiatry*, 9, 294–304.
- Earls, C. M. & Lalumière, M. L. (2009). A case study of preferential bestiality. *Archives of Sexual Behavior*, 38, 605–609.
- Edwards, M. J. (2019). Arrest and prosecution of animal sex abuse (bestiality) offenders in the United States, 1975–2015. *The Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law*, 47, 335–346.
- English, K., Jones, L., Patrick, D. & Pasini-Hill, D. (2003). Sexual offender containment: use of postconviction polygraph. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 989, 411–427.
- Fleming, W. M., Jory, B. & Burton, D. L. (2002). Characteristics of juvenile offenders admitting to sexual activity with nonhuman animals. *Society & Animals*, 10, 31–45.
- Giami, A. (2015). Between DSM and ICD: Paraphilias and the transformation of sexual norms. *Archives of Sexual Behavior*, 44, 1127–1138.
- Henderson, B. B., Hensley, C. & Tallichet, S. E. (2011). Childhood animal cruelty methods and their link to adult interpersonal violence. *Journal of Interpersonal Violence*, 26, 2211–2227.
- Hensley, C., Tallichet, S. E. & Singer, S. D. (2006). Exploring the possible link between childhood and adolescent bestiality and interpersonal violence. *Journal of Interpersonal Violence*, 21, 910–923.
- Hensley, C., Tallichet, S. E. & Dutkiewicz, E. L. (2010). Childhood bestiality: a potential precursor to adult interpersonal violence. *Journal of Interpersonal Violence*, 25, 557–567.

- Holoyda, B. J. & Newman, W. J. (2016). Childhood animal cruelty, bestiality, and the link to adult interpersonal violence. *International Journal of Law and Psychiatry*, 47, 129–135.
- Holoyda, B., Sorrentino, R., Friedman, S. H. & Allgire, J. (2018). Bestiality: an introduction for legal and mental health professionals. *Behavioral Sciences & The Law*, 36, 687–697.
- Holoyda, B., Gosal, R. & Welch, K. M. (2020). Bestiality among sexually violent predators. *The Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law*, 48, 358–364.
- Kavanaugh, P. R. & Maratea, R. J. (2016). Identity, resistance and moderation in an online community of zoosexuals. *Sexualities*, 19, 3–24.
- Kinsey, A. C., Pomeroy, W. B. & Martin, C. E. (1948). *Sexual behavior in the human male*. Philadelphia, PA: W.B. Saunders.
- Kinsey, A. C., Pomeroy, W. B., Martin, C. E. & Gebhard, P. H. (1953). *Sexual behavior in the human female*. Philadelphia, PA: W.B. Saunders.
- Krueger, R. B., Reed, G. M., First, M. B., Mairais, A., Kismodi, E. & Briken, P. (2017). Proposals for paraphilic disorders in the International Classification of Diseases and Related Health Problems, eleventh revision. *Archives of Sexual Behavior*, 46, 1529–1545.
- Lockwood, R. & Arkow, P. (2016). Animal abuse and interpersonal violence: the cruelty connection and its implications for veterinary pathology. *Veterinary Pathology*, 53, 910–918.
- Maratea, R. J. (2011). Screwing the pooch: legitimizing accounts in a zoophilia on-line community. *Deviant Behavior*, 32, 918–943.
- Miletski, H. (2005). A history of bestiality. I A. M. Beetz & A. L. Podberscek (red.), *Bestiality and zoophilia – Sexual relations with animals*. West Lafayette, IN: Purdue University Press.
- Miletski, H. (2017). Zoophilia: another sexual orientation? *Archives of Sexual Behavior*, 46, 39–42.
- Munro, H. M. C. & Thrusfield, M. V. (2001) 'Battered pets': sexual abuse. *Journal of Small Animal Practice*, 42, 333–337.
- Ranger, R. & Federoff, P. (2014). Commentary: zoophilia and the law. *The Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law*, 42, 421–426.
- Revholt, H. M. (2006). *Ofre som ikke sier «nei»: seksuelt misbruk av dyr i Norge*. [Masteroppgave]. Oslo: Institutt for kriminologi og rettsosologi, Universitetet i Oslo.
- Roguski, M. (2012). *Pets as pawns: The co-existence of animal cruelty and family violence*. Auckland: Royal New Zealand Society for the Prevention of Cruelty to Animals.
- Rydstrøm, J. & Mustola, K. (red.) (2007). *Homosexuality and Criminal Law in Scandinavia, 1842–1999*. Amsterdam: Aksant.
- Schenk, A. M., Cooper-Lehki, C., Keelan, C. M. & Fremouw, W. J. (2014). Underreporting of bestiality among juvenile sex offenders: polygraph versus self-report. *Journal of Forensic Sciences*, 59, 540–542.
- Seto, M. C. & Lalumière, M. L. (2010). What is so special about male adolescent sexual offending? A review and test of explanations through meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 136, 526–557.
- Shir-Vertesh, D. (2013). Love has (NO) boundaries: researching a sexual taboo. *International Journal of Social Science Studies*, 1, 161–172.
- Singer, P. (2001). Heavy petting. *Nerve*. Mars/April www.prospectmagazine.co.uk/magazine/heavypetting
- Stenevik, I. H. & Mejdell, C. M. (2011). *Dyre- velferdsloven. Kommentartutgave*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Stern, A. W. & Smith-Blackmore, M. (2016). Veterinary forensic pathology of animal sexual abuse. *Veterinary Pathology*, 53, 1057–1066.
- Valcuende Del Rio, J. M. & Cáceres-Feria, R. (2020). Social scientific analysis of human-animal sexual interactions. *Animals*, 10, 1780.
- Vetter, S., Boros, A. & Ózsvári, L. (2020). Penal sanctioning of zoophilia in light of the legal status of animals – a comparative analysis of fifteen European countries. *Animals*, 10, 1024.
- Viskum, Ø. (2002). *Fortielse og straff: rettsfølgelsen av crimen bestialitatis i Norge 1687–1842*. [Masteroppgave]. Oslo: Institutt for arkeologi, konservering og historie, Universitetet i Oslo.
- Williams, C. J. & Weinberg, M. S. (2003). Zoophilia in men: a study of sexual interest in animals. *Archives of Sexual Behavior*, 32, 523–535.





**FIGUR 1** «The dream of the fisherman's wife» av Katsushika Hokusai. Foto: Fine Art Images / NTB Scanpix



**FIGUR 2** Fremstilling av bestialitet. Fra det hinduistiske Lakshmana-tempelet i Khajuraho, India. Foto: Kkavita / Wikimedia commons. Tillat gjenbrukt etter CC-lisens. Hentet fra: [https://commons.wikimedia.org/wiki/File:Example\\_of\\_bestiality\\_from\\_the\\_Lakshmana\\_Temple\\_Khajuraho.jpg](https://commons.wikimedia.org/wiki/File:Example_of_bestiality_from_the_Lakshmana_Temple_Khajuraho.jpg)



# Et sort hull

Psykologspesialist Anja Vaskinn og veterinærspesialist Karianne Muri har forsøkt å oppsummere hva forskningen sier om seksuell omgang mellom mennesker og dyr. – Vi vet svært lite om de psykologiske faktorene som bidrar til denne typen adferd, sier Vaskinn.

## TEKST

Per Olav Solberg

## FOTO

Nora Skjerdningstad

**DETER I** en studie på side 369 i denne utgaven av Psykologtidsskriftet at de to forskerne skriver om mennesker som utøver seksuelle handlinger mot dyr. Etter å ha søkt i databasene Google Scholar, PubMed og PsycINFO etter artikler om emnet konstaterer forskerne blant annet følgende: «Selv om fenomenet er kjent, så er den faktiske utbredelsen ukjent.»

– Vi vet altså ingenting om forekomst i Norge?

– Nei, vi gjør egentlig ikke det. Og hvordan skal man finne det ut? Ideelt sett kunne man, gjennom en undersøkelse i forskningsøyemed, spurt et representativt utvalg av befolkningen om de har hatt seksuell omgang med dyr, og satset på at folk svarte ærlig. Men det har vi ingen garanti for. Temaet er tabubelagt, og faren for underrapportering er nok stor, sier Vaskinn, som til daglig jobber ved Kompetansesenter for sikkerhets-, fengsels- og rettspsykiatri ved Oslo universitetssykehus.

Det man *vet* om temaet, er hentet fra to forskjellige populasjoner: Den ene er mennesker som har fått en dom og sitter i fengsel. Den andre er de selvutnevnte zoofile. Sistnevnte er mennesker som sier de har et kjærlighetsforhold til dyret, som også innebærer seksuelle handlinger. Mange av disse vil nok fordømme sadistiske overgrep mot dyr, ifølge Vaskinn.

– Litteraturen på dette feltet er delt i to, med liten overlapp. De to populasjonene man har forsket på, får også fram det store spennet i fenomenet: fra de som mener de har temmelig uskyldig seksuell omgang med dyr, til de som er dømt for seksuallovbrudd mot mennesker og som også har innrømmet seksuelle overgrep mot dyr. Seksuelle handlinger med et dyr kan i verste fall medføre at dyret dør, sier Vaskinn.

## AKTUELT NÅ

Uansett alvorlighetsgrad er alle seksuelle handlinger med dyr forbudt i Norge, ifølge dyrevelferdsloven fra 2010. Loven kom nylig til anvendelse i en norsk rettssak: I Nedre Romerike tingrett ble en mann i 30-årene nylig dømt til fem måneder ubetinget fengsel for omfattende seksuell omgang med flere hunder (Kilde: NRK, 12. april 2021). Hunder er for øvrig det dyret som oftest utsettes for seksuelt misbruk av mennesker, ifølge forskningen.

Karianne Muri, førsteamanuensis ved NMBU Veterinærhøgskolen på Ås, forteller at dyrevelferdslovgivningen har endret seg i hele Europa i takt med økt kunnskap om dyrevelferd:

– Jo mer forskningsbasert kunnskap vi har fått om dyrs behov og hvordan de mestrer omgivelsene sine, jo strengere har lovgivningen blitt. Dyrevelferdsloven har som formål å fremme god dyrevelferd og respekt for dyr, og totalforbudet mot seksuelle handlinger med dyr er blant annet begrunnet i hensynet til respekten for dyr. Muri påpeker at helsepersonell har rett til å varsle Mattilsynet eller politiet ved mistanke om mishandling eller vanskjøtsel av dyr.

– Hvis en psykolog avdekker dette i terapi med en pasient, opphører taushetsplikten. I helsepersonelloven er mishandling av dyr nevnt spesifikt som et unntak i taushetsplikten. Da har man *rett* til å varsle, men det er altså ikke en plikt, understreker Muri.

Å bidra til å sikre dyrenes velferd var også en av grunnene til at Muri i sin tid tok kontakt med psykologmiljøer:

– Hvis vi kan få drahjelp fra andre yrkesgrupper for å ivareta dyr og hindre ulike former for

dyremishandling, så ønsker vi jo dette veldig sterkt. Her er psykologer og deres kompetanse viktig, påpeker hun.

### HVA VET VI?

Hvordan kan denne drahjelpen fra psykologer se ut? Å få kunnskap om hvem menneskene som forgriper seg på dyr er, og hvorfor de begår denne typen seksuelle handlinger, er noe forskningen må prøve å finne mer ut av, synes Vaskinn.

– Vi vet altfor lite om alminnelige psykologiske faktorer hos disse menneskene: Hvor veltilpasset er man? Hvor godt har man det med seg selv? Hvordan er det med empatien, med det å forstå andre mennesker og relatere seg til dem? Hvordan er selvtilliten og selvfølelsen? Finnes det sammenheng mellom barndomstraumer og det å ha seksuell omgang med dyr? Spørsmålene står i kø, og vi vet forsvinnende lite, erkjenner forskeren.

Vaskinn håper også at fokus på temaet kan bidra til at mennesker som ønsker psykologisk behandling, tør å ta kontakt om et svært tabubelagt tema.

– Hvor mange som er motivert for behandling, vet vi ikke, og det kan hende det er ganske få. Mange av de selvutnevnte zoofile mener at de ikke gjør noe galt mot dyrene, og ønsker neppe behandling.

– *De zoofile selv vil vel hevde at verken de eller dyrene lider. Trenger seksuell omgang med dyr alltid å innebære en lidende part?*

– En del av de zoofile vil nok nettopp hevde at dette er frivillig fra begge parter. Men maktforholdet mellom menneske og dyr er grunnleggende skjevt, og dyr er ikke i stand til å gi eksplisitt samtykke til seksuell kontakt med mennesker. Dyr kan heller ikke si fra om overgrep til andre.

– *Har du selv hatt terapier der seksuell omgang med dyr har vært tema?*

– Jeg har ikke hatt klienter der dette har vært utgangspunktet for behandlingen. Men det har ved enkelte anledninger kommet opp mer tilfeldig i et terapiforløp. Dette er svært skambelagt og derfor ikke det første som skjer i terapi, sier Vaskinn. Hun tror noe mer åpenhet knyttet til temaet kan gjøre det lettere for motiverte personer å oppsøke hjelp.

– Det må være et mål. Personer med seksuell interesse for barn og personer dømt for seksuallovbrudd får psykologisk hjelp og behandling, det samme bør være tilfelle for denne gruppen, understreker Vaskinn.

– *Vet man noe om hva slags type terapi som kan fungere for denne pasientgruppen?*

– Nei, men her er det naturlig å se til den psykologiske behandlingen som tilbys til personer med seksuallovbruddsproblematikk.

Hun er spent på hvilke reaksjoner hun vil få fra psykologstanden og andre lesere etter å ha skrevet om temaet i *Psykologtidsskriftet*.

– Temaet i seg selv vekker gjerne avsky og vemmelse. Men litteraturgjennomgangen vår viser at mennesker som *forsker* på seksuell omgang mellom mennesker og dyr, også kan bli møtt med avsky og forakt. Jeg blir ikke overrasket om det kommer noen reaksjoner, men det jeg håper, er at flere som har kunnskap om temaet, benytter denne anledningen til å ta kontakt. Vi trenger sårt mer kunnskap, avslutter Anja Vaskinn. ✘



**KUNNSKAP ØNSKES** Psykologspesialist og forsker Anja Vaskinn ønsker kontakt med andre forskere som vet noe om seksuell omgang mellom mennesker og dyr.

### Fra studien «Mennesker som utøver seksuelle handlinger med dyr»

- Fra et psykiatrisk klassifikasjonssted betraktes seksuell omgang med dyr, ved visse betingelser, som en psykisk lidelse (parafil forstyrrelse).
- En amerikansk studie som siteres i artikkelen, konkluderer med at 36 prosent av voksne dømt for seksuallovbrudd, også hadde misbrukt dyr seksuelt.
- Forekomsten av både seksuell interesse for og seksuell mishandling av dyr er ukjent, både i Norge og i resten av verden.
- Helsepersonell har et spesifikt unntak i sin taushetsplikt som gir rett til å varsle om mishandling av dyr.
- Les artikkelen til Vaskinn og Muri på side 369.



## VITENSKAPELIG ARTIKKEL

TIDSSKRIFT FOR NORSK PSYKOLOGFORENING 2021 S. 380-389 FAGFELLEVDERT

ASBJØRN J. FAGERLUND<sup>1</sup>, ELI KRISTIANSEN<sup>1</sup>, MONIKA A. JOHANSEN<sup>1</sup>, KATHRINE HAUMANN<sup>2</sup> og PAOLO ZANABONI<sup>1</sup><sup>1</sup>Nasjonalt senter for e-helseforskning, <sup>2</sup>Helse Sør-Øst RHF**KONTAKT** Henvendelser vedrørende denne artikkelen kan rettes til Asbjørn Johan Fagerlund, Postboks 35, 9038 Tromsø

E-post: Asbjorn.johansen.fagerlund@ehealthresearch.no

# ELEKTRONISK INNSYN I JOURNAL FOR PASIENTER I PSYKISK HELSEVERN

– Helsepersonells erfaringer

Pasientene i tre helse-regioner i har fått anledning til å lese sykehusjournalen sin på internett. Tjenesten er hovedsakelig til for pasientene, men har påvirket klinikernes arbeid. Artikkelen presenterer klinikerne i psykisk helsevern sine erfaringer fra de første årene etter innføringen.

De tre helseregionene Helse Sør-Øst (HSØ), Helse Vest (HV) og Helse Nord (HN) har de siste årene gitt pasientene elektronisk innsyn i egen journal. Pasientene har etter høyesterettsdom i 1977 (Sykejournaldommen – Rt. 1977 s. 1035) hatt rett til innsyn i egen journal. Praxis har vært at pasientene fremmer et krav om innsyn, hvorpå sykehuset foretar en utskrift »

**ABSTRACT**

*Patient-accessible electronic medical records in mental health care: Health professionals' experiences after implementation*

**Background:** Patient-accessible electronic medical records in mental health care have been implemented in Norway. Some concerns were raised by health professionals prior to implementation.

**Methods:** An online survey was conducted to explore health professionals' experiences with patient-accessible electronic medical records after implementation. The data for the present study derive from a large-scale study with 10,406 participants, of which 1,935 work in mental health care.

**Results:** Some health professionals modified their journal input, often so that it was comprehensible to patients or did not offend them. Overall, quantitative results indicated that the issue of patient-accessible electronic medical records was not routinely raised by health professionals or by patients in consultations.

**Implications:** The results may point to a dilemma for health professionals in balancing the need and obligation to record relevant observations with considerations of how patients may comprehend and react to the notes when accessing their medical records.

*Keywords: e-health, EHR, mental health, therapeutic alliance, digital services*





Helsepersonell tenkte nøyere over hva de skrev inn i journalen

fra det elektroniske journalsystemet og gir den fysiske journalutskriften til pasienten. Elektronisk innsyn i journal innebærer at pasienten kan logge seg inn via en portal og lese utvalgte deler av sin journal på internett.

Helseregionene i Norge har gitt sine pasienter elektronisk innsyn i egen journal til ulike tidspunkt og med noe forskjellig praksis. HN åpnet for elektronisk innsyn i journal i både somatisk og psykisk helsevern (PHV) i desember 2015 gjennom portalen helsenorge.no, som forvaltes av Direktoratet for e-helse. I HV fikk pasienter i somatikken tilgang til elektronisk innsyn i journal i mai 2016, mens pasienter i PHV fikk samme tilgang i september 2016. I HSØ fikk pasienter ved Oslo universitetssykehus (OUS) og Sykehuset Østfold innsyn i journal gjennom pasientportalen MinJournal henholdsvis i 2013 og 2015, og fra 2019 ble tjenesten tilgjengelig for alle sykehusene i regionen via helsenorge.no (Helse Sør-Øst, 2018). Helse Midt-Norge tilbyr foreløpig ikke elektronisk innsyn i pasientjournal til sine innbyggere.

Erfaringer fra Sverige antyder at elektronisk innsyn påvirker arbeidshverdagen til helsepersonellet. I en kvalitativ undersøkelse blant leger om deres holdninger til elektronisk innsyn i journal kom det frem bekymringer for merarbeid og forstyrrelser i arbeidsprosessen i form av å forberede pasienter på hva som *kan* komme til å stå i journalen, eller ved å måtte forklare journalinnhold (Grünloh, Cajander & Myreteg, 2016). En undersøkelse i forkant av at det ble innført elektronisk tilgjengelige journalnotater blant PHV helsepersonell i Sverige, viste at de trodde innføringen ville ha hovedsakelig negative konsekvenser for både pasienter og egen arbeidssituasjon (Petersson & Erlingsdóttir, 2018a). Etter innføringen var de fleste av den oppfatning at pasientene *ikke* hadde blitt mer involvert i behandlingen, og at ordningen hadde medført en endring i måten helsepersonell skrev journal på (Petersson & Erlingsdóttir, 2018b).

Innføringen av elektronisk innsyn i journal har møtt innsigelser fra fagmiljøene, og spesielt fra PHV-feltet. En undersøkelse i Helse Nord like etter innføringen (Johansen, Kummervold, Sørensen & Zanaboni, 2019) viste at klinikere innen PHV-feltet var bekymret for at tjenesten var uegnet for de sykeste pasientene. Helsepersonell har uttrykt bekymring for gjengjeldelse fra pasienter som leser egen journal i en psykisk

ustabil tilstand, og diskutert muligheten for å begrense journaltilgangen til sårbare pasienter (Bjoerke-Bertheussen & Weibell, 2016). I tillegg har organisasjonene som organiserer de største yrkesgruppene innen PHV, presisert at journalen er et viktig arbeidsverktøy for klinikerne. I høringssvarene til forslag om ny forskrift for pasientjournal (Regjeringen, 2018) presiserte Sykepleierforbundet at pasientjournalen er et viktig verktøy for helsepersonell og nødvendig for å gi forsvarlig helsehjelp, og at den fungerer som samarbeidsverktøy mellom helsepersonell (Sykepleierforbundet, 2018). Psykologforeningen nevnte ikke forhold knyttet til innsyn i journal spesifikt, men skrev at helsepersonell skal ha rask og effektiv tilgang på nødvendige og oppdaterte helseopplysninger, samtidig som personvernet ivaretas (Psykologforeningen, 2018). Legeforeningen sitt høringssvar var det som i størst detalj omtalte pasientjournalen som arbeidsverktøy. I dette ble det presisert at pasientjournalen er legenes viktigste arbeidsredskap: «Kjernefunksjonen til en pasientjournal er å være et arbeidsverktøy/klinisk verktøy som skal dokumentere og kommunisere informasjon om pasienten og helsehjelpen på en måte som skaper forutsetninger for forsvarlig pasientbehandling (...)» (Legeforeningen, 2018).

Målet med denne studien var å utforske helsepersonell i PHV sine erfaringer etter at pasienter ble gitt adgang til elektronisk innsyn i journal. Det ble gjennomført en spørreundersøkelse, med mulighet for fritekstsvaer for å utdype erfaringer, oppfatninger, på hvilken måte journalføringen hadde endret seg etter innføring av innsyn i journal, og i hvilken grad elektronisk innsyn i journal ble tatt opp som tema i pasientkontakten. Undersøkelsen er det største i sitt slag som er gjennomført i Norge.

## METODE

### Omfang

Nasjonalt senter for e-helseforskning tok initiativet til spørreundersøkelsen om helsepersonells erfaringer med pasienters elektroniske tilgang til egen journal, og utviklet spørsmål i samarbeid med representanter involvert i utviklingsprosjektene fra HN, HV og HSØ. I desember 2018 ble spørreundersøkelsen sendt ut elektronisk til alle ansatte i de tre helseregionene. Undersøkelsen ble presentert med formålet å hente inn erfaringer til bruk i forskning og for å kunne utvikle tjenesten videre. Under-

TABELL 1 Beskrivelse av informantene

Variabel		Antall	
<b>Helseregion</b>	Helse Nord	311	
	Helse Vest	1004	
	Helse Sør-Øst (OUS)	620	
	Totalt	1935	
<b>Kjønn</b>	Mann	518	
	Kvinne	1417	
	Totalt	1935	
	<b>Yrkeskategorier</b>	Sykepleier	658
Psykolog		298	
Lege/psykiater		208	
Annen klinisk stilling		394	
Administrasjon/kontorfaglig		129	
Sosionom/vernepleier		129	
Annen administrativ stilling		65	
Ergoterapeut		23	
Fysioterapeut		17	
Helsefagarbeider		12	
Radiograf		2	
Totalt		1935	
<b>Alder</b>		20–29 år	264
		30–39 år	471
	40–49 år	517	
	50–59 år	474	
	Over 60 år	209	
	Totalt	1935	

søkelsens besvarelser var anonyme, og avsender var de respektive regionene. I HSØ ble helseforetaket OUS, som hadde tjenesten MinJournal i bruk på daværende tidspunkt, invitert til å delta. I de to andre regionene ble alle helseforetakene invitert til deltakelse. Undersøkelsen ble distribuert på noe forskjellig måte i helseregionene.

I OUS ble spørreundersøkelsen distribuert via e-post til aktive DIPS-brukere, unntatt forskere og studenter. Behandlerne fikk to påminnelser: en på e-post og en på SMS, eller e-post for de som ikke hadde registrert mobilnummer. Undersøkelsen ble presentert for 16 330 ansatte, og 4700 besvarte undersøkelsen.

I HV ble undersøkelsen distribuert gjennom personalsystemet MinGat. Undersøkelsen ble gjort tilgjengelig for 23 057 personer, og 4305 av disse besvarte undersøkelsen. Denne regionen hadde også et svaralternativ som lød «Ønsker ikke å svare» til de som mottok invitasjonen, og 8791 benyttet seg av denne muligheten. Svaralternativet «ønsker ikke svare» var kun tilgjengelig i HV og ikke i de øvrige helseregionene.

HN sendte ut undersøkelsen på e-post til alle ansatte. Det ble purret på e-post to ganger. Av 16 643 e-poster med invitasjon til å delta mottok vi 1409 svar.

Undersøkelsen ble administrert på forskjellige plattformer: Questback i OUS og HN, MinGat i HV. Det finnes ikke oversikt over hvor mange av de som mottok forespørselen om å delta, som faktisk arbeider med journalføring i DIPS, og det finnes dermed ikke grunnlag for gyldig beregning av svarprosent.

Totalt antall svar var 10 406. Av disse svarene var det 2029 som oppga at de jobbet i PHV, og av disse oppga 1935 at de jobbet med elektronisk pasientjournal, og disse er dermed interessante for denne studien. Omtrent halvparten av informantene i PHV som deltok i undersøkelsen, var fra HV, omtrent 30 % fra OUS og resten fra HN. 73,2 % av helsepersonellet som svarte var kvinner, og de tre største yrkesgruppene var sykepleiere, psykologer og leger. Fordelingen av utdanningsbakgrunn i kategorien «Annet klinisk personell» er ukjent, men inkluderer trolig personer som arbeider i pasientnære stillinger som ikke faller inn under kategoriene som er oppgitt, for eksempel studenter og miljøpersonale med annen utdanningsbakgrunn.

#### Kvantitative data

Undersøkelsen ble administrert elektronisk. Den inneholdt spørsmål som fanget opp demografiske data, samt helsepersonellens oppfatning av pasienters bruk av innsyn i journal. Deltakerne ble presentert for spørsmål som de tok stilling til gjennom å velge faste svaralternativer på en fem nivå Likert-skala. Respondentene hadde også anledning til å svare «ikke aktuelt» på spørsmål som ikke var relevante for deres yrkessituasjon.

De fem spørsmålene pluss de to fritekstsvarene som vi presenterer her, er deler av en større spørreundersøkelse med totalt elleve spørsmål om erfaringer med innsyn i pasientjournal. Det første spørsmålet i undersøkelsen var «Jobber du i pasientjournal?». Dersom svaret på dette var nei, ble respondenten faset ut av spørreundersøkelsen. Spørsmålet som handlet om hvorvidt helsepersonellet hadde fått spørsmål fra pasientene om tjenesten elektronisk innsyn i journal, hadde forskjellig ordlyd i HSØs versjon av undersøkelsen. I HSØ ble det spurt om man hadde fått spørsmål om tjenesten «... etter at de har brukt tjenesten i MinJournal», mens det i HV og HN ble spurt om man hadde fått spørsmål «... om tjenesten innsyn i journal». Denne forskjellen i ordlyd gjør at HSØ sine respondenter ble spurt om de hadde fått spørsmål fra pasi- »

entene som hadde brukt tjenesten, mens HV og HN sitt spørsmål også kunne inkludere spørsmål fra pasienter som har hørt om tjenesten, men ikke nødvendigvis brukt den.

### Kvalitative data fra fritekstvar

For å utforske hvordan helsepersonellet endret sin måte å skrive journal på, ble det gitt anledning til å svare i fritekst. Deltakere som i den kvantitative delen av undersøkelsen hadde svart at de var *nokså enig* eller *helt enig* i at påstanden om at de hadde endret måten å skrive journal på, fikk anledning til å utdype dette i fritekst etter spørsmålet «På hvilken måte har du endret hvordan journalen skrives?». Det siste spørsmålet i undersøkelsen gikk til alle deltakerne: «Har du andre erfaringer eller utdypende kommentarer?» Det var valgfritt å skrive fritekstvar, og det ble mottatt henholdsvis 561 og 429 svar i de to feltene.

Det kvalitative datamaterialet ble analysert av en tverrfaglig gruppe på tre personer med ulik profesjonstilhørighet (siviløkonom, teknolog, psykolog). Analysene ble gjort i en variant av *framework theory* (Gale, Heath, Cameron, Rashid & Redwood, 2013). Et utvalg fritekstvar ble fordelt til medlemmene i analysegruppen for at de skulle gjøre seg kjent med datamaterialet og komme opp med meningsfulle kategorier

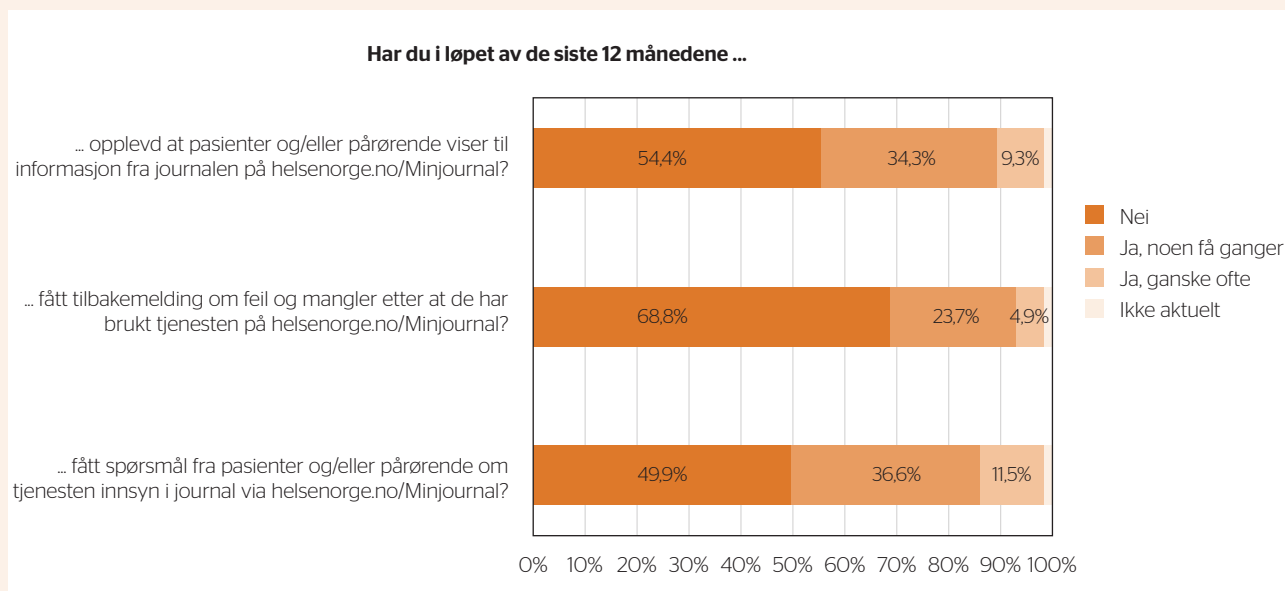
som svarene kunne sorteres under. Forslagene til kategorier ble så behandlet i en serie møter i analysegruppen, som resulterte i et konsensusbasert kodeverk. Deretter ble alle fritekstsvarene fordelt i gruppen, hvor svarene ble kategorisert i henhold til det ferdige kodeverket. Et enkelt svar kunne kategoriseres under flere tema dersom svaret inneholdt flere temaer. Friteksten i det åpne spørsmålet om erfaringer eller utfyllende kommentarer ble i tillegg overordnet analysert etter hvorvidt meningsinnholdet ble oppfattet som positivt, nøytralt eller negativt. Positive svar var eksplisitt positive til tjenesten, mens negative svar var eksplisitt negative. Svar som inneholdt begge deler, ble kategorisert i begge kategorier. Nøytrale svar hadde betraktninger om tjenesten eller hadde forslag til forbedringer, og var svar som ikke kunne forstås som positive eller negative. De resterende svarene hadde ikke relevant meningsinnhold når det gjaldt problemstillingen, for eksempel tilbakemelding på spørreundersøkelsen, deklaring av respondentens arbeidserfaring eller svar av typen «ingen». Etter kategoriseringen ble bruken av kodene gjennomgått for å sikre akseptabel grad av likhet mellom gruppemedlemmene. Til slutt ble kodene summert for å gi et bilde av hva som var de oftest forekommende svarkategoriene.

## RESULTATER

### Kvantitative resultater

Det er utstrakt kjennskap til tjenesten innsyn i journal hos helsepersonell i PHV; 96 % av helsepersonell som svarte på undersøkelsen, kjente til at helseregionen tilbød elektronisk innsyn i journal på nett.

Totalt 36 % av helsepersonellet i undersøkelsen informerte ikke pasientene om muligheten til å lese journal elektronisk på nett, og 32 % svarte at de «Ja, noen få ganger» informerte pasientene om muligheten, mens 26 % svarte at de ganske ofte informerte pasientene om muligheten (ikke aktuelt for 6 %).



**FIGUR 1** Pasienter viser til journal lest elektronisk.

TABELL 2 På hvilken måte har du endret hvordan journalen skrives?

Hvis endret måte å skrive journal på: På hvilken måte har du endret hvordan journalen skrives?	
Kategorier	Antall
Tenker nøyere gjennom formuleringer, da det som skrives inn i journal kan leses av pasienten – vurdere konsekvensene av det de skriver inn	250
Unngår å skrive momenter i journalen som kan oppfattes som provoserende eller kan skape misforståelser hos pasienten	116
Bruker mindre faguttrykk for at pasienten skal forstå hva som skrives i journalen	82
Skriver ikke uferdige vurdering og hypoteser inn i journalen av hensyn til pasienten	73
Uønsket underrapportering	71
Skriver kortere journalnotater	67
Bruker ikke lenger journal som arbeidsverktøy mellom kollegaer eller for seg selv	58
Gjør ekstra vurderinger knyttet til vanskeligheter rundt foreldres tilgang til barns journal	36
Unngår beskrivelser gitt av eller om tredjepart, og er bevisst på at pårørende også kan lese journalnotater	27
Påser at informasjon som skal journalføres er kjent for pasient	26

*Merknad.*: Hvert fritekstsvaret kunne tilegnes flere kategorier. Totalt 561 fritekstsvarene ble kategorisert til 806 kategorier.

Omtrent halvparten hadde ikke opplevd at pasienter eller pårørende viste til informasjon fra journalen, eller fått spørsmål om tjenesten innsyn i journal det siste året.

#### Kvalitative resultater

Til sammen 734 deltakere (38 % av de 1935 som var inkludert) svarte bekreftende på at de hadde endret måten de skrev journal på. Deltakerne av undersøkelsen som svarte bekreftende på spørsmålet om at de hadde endret måten de skrev journal på, fikk utdype på hvilken måte de hadde endret måten å skrive på, i fritekstfelt. I alt 561 (76 %) utdypet dette i fritekst. De oftest forekommende responskategoriene er oppsummert i tabell 2.

Analyse av fritekstsvarene til spørsmålet «Hvordan har du endret måte å skrive journalen på?» viste at den mest hyppige svarkategorien var at helsepersonell tenkte nøyere over hva de skrev inn i journalen, og de vurderte konsekvensene av det de skrev inn.

Mer deskriptiv, refererende når det gjelder samtale, slik at pasienten skal forstå hva vurderingen bygger på. I tillegg til at jeg bruker mindre faguttrykk. Bruker betydelig mer tid på journalføring nå.

Et annet tema som er fremtredende, er at de unngikk å inkludere opplysninger som de fryktet kunne provosere pasienten eller skape misforståelser hos pasienten. Flere mente at dette skapte underrapportering gjennom for eksempel at man måtte utelate viktige observasjoner for å beholde god relasjon med pasienten, mens andre mente at det kunne være positivt på den måten at helsepersonell måtte være mer bevisst på hva som ble journalført.

Man er mer påpasselig med hva man skriver. Det legger også begrensninger på hva som blir skrevet med tanke på at man tidligere gjerne skrev flere observasjoner som var relevant for annet personal å lese, men som gjerne



Helsepersonell har uttrykt bekymring for gjengjeldelse fra pasienter som leser egen journal i en psykisk ustabil tilstand





TABELL 3 Har du andre erfaringer eller utfyllende kommentarer?

Har du andre erfaringer eller utfyllende kommentarer?	Antall
<b>Negative svarkategorier</b>	
Vanskeligheter knyttet til at foreldre har innsyn i barns journal	50
Digital journal er ikke egnet for psykiatriske pasienter	41
Digital tilgang kan fremprovosere truende oppførsel fra pasient basert på det som pasienten leser i journal	40
Det er vanskelig å praktisere sperring av og forsinkelse av journalpubliseringen	28
Det forverrer pasientens tilstand å lese sin journal på nett	28
Opplever at pasienten føler seg mistolket eller mener at journalen er feil	26
Vanskeligheter rundt innsynslogg med fullt navn. Pasienter krever forklaring på hvorfor helsepersonell har vært inne og lest i journalen, og ansatte opplever trusler grunnet oppføringer i logg.	26
Underrapportering	24
Problematikk rundt at pasienter som ligger på sengepost leser journalen sin og kommenterer på eller utagerer på grunn av journalnotater	21
Det oppleves at pasient underrapporterer/skjuler symptomer, eller endrer adferd etter å ha lest journalnotater	9

Note. Hvert fritekstsvar kunne tilegnes flere kategorier. Totalt 221 negative fritekstsvar ble kategorisert til 293 kategorier.

pasienten selv er uenig i. Noe som ofte skjer i psykiatrien der man tidvis ikke har innsikt i eget sykdomsbilde.

Videre var det en del som beskrev at de ikke lenger brukte faguttrykk like hyppig, slik at pasientene skulle forstå hva de skrev. Helsepersonellet beskrev også at de ikke kunne skrive hypoteser eller egne vurderinger av pasienten. Mange påpekte at de tilstrebet å være mer objektive i det de noterte.

Jeg har hatt fokus på å bruke mindre fagterminologi i rapporter slik at pasientene forstår hva vi skriver og hvorfor vi har gjort de undersøkelsene vi har gjort, samt forstå formidlingen av diagnose og vurdering.

Til sammen 429 deltakere skrev i det åpne fritekstfeltet som var merket «erfaringer eller kommentarer». De oftest forekommende responskategoriene er oppsummert i tabell 3. Svar som inneholdt både positive og negative betraktninger, ble kategorisert som både positiv og negativ. Av totalt 429 svar ble 67 kategorisert som positive, 208 var negative, 13 var både positive og negative og de resterende 141 var nøytrale eller ikke meningsbærende. De positive svarene spriket tematisk, eller hadde ikke-informativt innhold, som «jeg synes det fungerer fint». I analyserammeverket var det

vanskelig å identifisere distinkte kategorier for disse. Dermed summeres kun de negative svarkategoriene i tabellform.

#### Negative fritekstsvar

Av svarene til det åpne spørsmålet «Har du andre erfaringer eller utdypende kommentarer» som lot seg kategorisere, inneholdt over halvparten av kommentarene negative utsagn. Utdyringer knyttet til at foreldre har innsyn i barns journal, var den oftest forekommende svarkategorien. Dernest var det varianter av utsagn som beskrev at elektronisk innsyn i journal ikke var egnet for pasienter i PHV, og bekymringer rundt represalier fra pasienter som var vanlige svar. Flere av svarkategoriene som ble rapportert på dette spørsmålet, kan ses i sammenheng med de utfordringene knyttet til elektronisk innsyn i journal for pasienter i PHV som ble debattert i forkant av innføringen.

#### Positive fritekstsvar

Analysen av fritekstsvarene avdekket at en andel av fritekstsvarene overordnet kunne kategoriseres som positive. Det var flere som stilte seg positive uten å utdype («har positive erfaringer», «tenker dette er et gode»). Delen av fritekstsvarene som var entydig positive, spriket tematisk, slik at det ikke lot seg formulere robuste svarkategorier når man brukte samme analysemetode som for de negative fri-

tekstsvarene. Tendensen var at flere påpekte at de endret måten de skrev journal på slik at den ble mer presis, og at pasienter kunne bli mer involvert i behandlingen. Videre hadde en del av svarene et innslag av drøfting.

### DISKUSJON

Resultatene fra denne undersøkelsen antyder at tema knyttet til elektronisk innsyn i journal var lite til stede i kontakten mellom helsepersonell og pasienter i PHV på undersøkelsestidspunktet, men at innføringen har endret måten noen av helsepersonellet skriver journal på. De aller fleste var kjent med at helseforetaket de arbeider i, tilbyr elektronisk innsyn i journal. Når det gjelder den grad helsepersonell i PHV informerer pasientene om at journalen er tilgjengelig på nett, svarer under halvparten at de gjør dette ganske ofte. Dette kan indikere at et mindretall av helsepersonell gjør dette *rutinemessig*.

At både helsepersonell og pasienter i noe begrenset grad tar opp temaer knyttet til elektronisk innsyn i journal i kontakten, kan ses i sammenheng med at dette er nytt for begge parter. Når pasienter mer regelmessig går inn i egen journal, vil dette medvirke til at tjenesten blir mer etablert i helsetjenestene. Om helsepersonell oppfatter tjenesten som et positivt innslag i pasientkontakten og i samhandling med andre yrkesgrupper, vil den raskere kunne bli oppfattet som en naturlig og innarbeidet del av pasientkontakten (Murray et al., 2011). I resultatene peker noen av informantene på at tjenesten kan svekke journalens posisjon som arbeidsverktøy for en selv og mellom kollegaer. Dette kan bidra til at det tar lengre tid før elektronisk innsyn i journal er en innarbeidet del av arbeidet til klinikerne. På den annen side er elektronisk innsyn i journal først og fremst innført som en tjeneste til pasientene og ikke som et e-helseverktøy for helsepersonell. Fra et informasjonsperspektiv kan det sies at tjenestens intensjon er oppnådd fra den dagen tjenesten ble åpnet for pasientene, uavhengig av om helsepersonell har gjort den til en innbygget del av sitt kliniske virke.

### Konsekvenser for pasientjournal som arbeidsverktøy

Svarene viser en tendens til at helsepersonell i PHV anser journalens funksjon som arbeidsverktøy som svekket etter at elektronisk innsyn ble innført. I vår undersøkelse kommenterte flere at de ikke lenger kan bruke journalen for å utveksle informasjon med kollegaer, eller notere ned foreløpige analyser og hypoteser. Pasientjournalforskriften § 6c påpeker at opplysninger om symptomer, observasjoner og funn ved undersøkelser, diagnostiske overveielser og andre medisinske opplysninger og vurderinger kan være relevant og nødvendig å nedtegne i journal. Funnene fra vår undersøkelse viser at det kan ha blitt vanskeligere for helsepersonell å oppfylle denne delen av loven etter at det ble innført elektronisk innsyn i journal. Helsepersonell må dermed veie ønsket om å unngå å opprøre, uroe og provosere sine pasienter opp mot plikten til å dokumentere observasjoner og foreløpige hypoteser. I ytterste konsekvens kan denne problemstillingen også føre til at det utelates opplysninger som skal være inkludert i en lovmessig ført pasientjournal.

### Unntak for elektronisk innsyn

Det finnes funksjonaliteter i det elektroniske journalsystemet som kan avhjelpe problemstillingene som er beskrevet over. Helsepersonell har anledning til å unnta journaldokumenter fra elektronisk innsyn, sam-



I resultatene peker noen av informantene på at tjenesten kan svekke journalens posisjon som arbeidsverktøy for en selv og mellom kollegaer





... helsepersonell i PHV anser journalens funksjon som arbeidsverktøy som svekket etter at elektronisk innsyn ble innført

tidig som innsynsretten til pasienten er sterk. I henhold til lov om pasient- og brukerrettigheter § 5-1 har helsepersonell mulighet til å sperre for innsyn i journal dersom dette er påtrengende nødvendig for å hindre fare for liv eller alvorlig helseskade for pasienten selv, eller når innsyn er klart utilrådelig av hensyn til personer som står vedkommende nær (Lovdata.no, 2019). I Helsedirektoratets kommentarer til loven presiseres det at beslutninger om å nekte innsyn i journal av hensyn til pasienten selv, skal hvile på nødrettsbetraktninger, og at nekting av innsyn basert på hensynet til nærstående personer også er snever (Helsedirektoratet, 2019). Adgangen til å unnta elementer i journalen for *elektronisk innsyn* er imidlertid mindre snever enn adgangen til å nekte innsyn i journalen når pasienten ber om fysisk utskrift. I HV sin veiledning til helsepersonell (Helse Vest, 2019) om elektronisk innsyn i journal presiseres det at det elektroniske innsynet er et servicetilbud til pasienter, og at det ikke må forveksles med den lovmessige innsynsretten til pasientene. I tillegg til den lovmessige adgangen til å sperre journal for innsyn som er hjemlet i lov om pasient- og brukerrettigheter §5-1, åpnes det for en mindre snever adgang til å unnta dokumenter i journalen for *elektronisk innsyn*. Slikt unntak fra elektronisk innsyn kan ifølge HVs veiledning gjøres hvis det er nødvendig å gi informasjon direkte til pasienten på en omsorgsfull måte før den blir tilgjengelig på nett, eller hvis pasientens tilstand er uavklart og direkte visning på nett vil skape forvirring og betydelig uro hos pasienten. En lignende praksis finnes også i HSØ. Det er imidlertid påpekt at uavhengig av om man definerer elektronisk innsyn i journal som et servicetilbud til pasienter, så må en beslutning om å begrense elektronisk innsyn bero på en individuell vurdering (Storvik, 2016).

Selv om helsepersonellet har adgang til å holde deler av journalen unntatt for elektronisk innsyn, kan de individuelle vurderingene være krevende i praksis. Det kan også tenkes at selv med beste opplæring og praksis når det gjelder unntak for elektronisk innsyn, vil unntak for elektronisk innsyn i journal kunne påvirke behandler-pasient-relasjonen negativt. Pasienter som er vant til å lese pasientjournalen elektronisk, vil kunne reagere negativt når journalinnhold som vedrører behandlingen er gjort

utilgjengelig elektronisk, selv om unntaket er i tråd med retningslinjene.

### Begrensninger

I denne undersøkelsen ble forespørsel om deltakelse, i to av regionene, sendt ut til alle som arbeidet ved de aktuelle sykehusene, og ikke selektivt til de som antatt arbeidet i pasientjournal. I tillegg var det forskjeller i måten undersøkelsen ble administrert på. Dermed finnes det ikke tilstrekkelig grunnlag for å beregne en valid svarprosent. Undersøkelsen ble distribuert med helseregionene som avsender, som hos informantene kan oppfattes som å være både arbeidsgiver og eier av tjenesten som undersøkes. Når det gjelder fritekstsvarene, er det vanlig at fritekstsvarene har en slagside mot negative og kritiske responser sammenliknet med de responsene som fanges av strukturerte spørreundersøkelser (Poncheri, Lindberg, Thompson & Surface, 2008). I denne undersøkelsen ble helsepersonells vurdering av elektronisk innsyn i journal ikke undersøkt i den kvantitative delen, noe som kunne moderert bildet av at helsepersonell i hovedsak rapporterer om negative aspekter ved innføringen. Dette fordi et fokus på det negative kan vel så mye handle om et ønske om å bidra til å forbedre løsning og/eller bruk, og ikke nødvendigvis være en samlet negativ opplevelse. Det var ofte ikke mulig å skille mellom informantenes teoretiske betraktninger, om de refererer til hendelser de har hørt om, eller om det dreier seg om faktisk selvopplevde situasjoner. Man kan derfor ikke dra presise slutninger om forekomst ut fra resultatene.

### Videre forskning

Resultatene fra denne undersøkelsen antyder at det har forekommet endring i måten helsepersonell skriver journal på, etter at elektronisk innsyn i journal ble innført. Trolig vil en kombinasjon av kvalitative metoder som går i dybden på helsepersonellens erfaringer, og kvantitative metoder, for eksempel innholdsanalyse med algoritmer for å detektere endringer i journalnotatater produsert før og etter innføring, kunne bidra til å besvare *hva* som har endret seg. Ettersom tjenesten først og fremst er begrunnet i pasientenes adgang på informasjon, vil det også være viktig å belyse konsekvensene tjenesten har for pasientene, for eksempel hvordan

pasientene opplever tjenesten, eller om bruk av elektronisk innsyn bedrer etterlevelse og pasientmedvirkning.

## KONKLUSJON

Resultatene antyder at elektronisk innsyn i journal i begrenset grad er tatt opp i kontakten mellom helsepersonell og pasient, men at en andel av helsepersonellet har endret måten de skriver journal på etter innføringen. De opp-

lever at de må tilpasse innholdet slik at det er forståelig for pasienten, og slik at pasient–behandler-relasjonen ikke blir svekket. Helsepersonell må dermed balansere hensynet til pasienten med kravene til hva en lovmessig ført pasientjournal skal inneholde. Endringene i måten å skrive journal på kan også ha konsekvenser for journalen som arbeids- og samhandlingsverktøy. ✘

**Takk.** Forfatterne ønsker å takke helseregionene HN, HSØ og HV for å ha lagt til rette for undersøkelsen. Forfatterne har ingen interessekonflikter.

## REFERANSER

- Bjoerke-Bertheussen, J. & Weibell, M. (2016). Elektronisk tilgang til psykiatrisk journal for pasienter. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 136. <https://doi.org/10.4045/tidsskr.16.0379>
- Gale, N. K., Heath, G., Cameron, E., Rashid, S. & Redwood, S. (2013). Using the framework method for the analysis of qualitative data in multi-disciplinary health research. *BMC Medical Research Methodology*, 13(1), 117. <https://doi.org/10.1186/1471-2288-13-117>
- Grünloh, C., Cajander, Å. & Myreteg, G. (2016). «The Record is Our Work Tool!» –Physicians’ Framing of a Patient Portal in Sweden. *Journal of medical Internet research*, 18(6), e167. <https://doi.org/10.2196/jmir.5705>
- Helsedirektoratet. (2019). «Rett til journalinnsyn» <https://www.helsedirektoratet.no/rundskriv/pasient-og-brukerrettighetsloven-med-kommentarer/rett-til-journalinnsyn>
- Helse Sør-Øst. (2018). Pasientene får digitalt innsyn i pasientjournal og logg. <https://www.helse-sorost.no/nyheter/pasientene-far-digitalt-innsyn-i-pasientjournal-og-logg>
- Johansen, M. A., Kummervold, P. E., Sørensen, T. & Zanaboni, P. (2019). Health Professionals’ Experience with Patients Accessing Their Electronic Health Records: Results from an Online Survey. *Studies in Health Technology and Informatics*, 264, 504–508. <https://doi.org/10.3233/SHIT190273>
- Legeforeningen. (2018). *Høringssvar – Forslag til ny forskrift om pasientjournal (pasientjournalforskriften)*. <https://beta.legeforeningen.no/hoeringer/interne/2018/forslag-til-ny-forskrift-om-pasientjournal/hoeringsuttalelse/>
- Lovdata.no. (2019). Lov om pasient- og brukerrettigheter. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>
- Murray, E., Burns, J., May, C., Finch, T., O’Donnell, C., Wallace, P. & Mair, F. (2011). Why is it difficult to implement e-health initiatives? A qualitative study. *Implementation Science*, 6(1), 6.
- Petersson, L. & Erlingsdóttir, G. (2018a). Open Notes in Swedish Psychiatric Care (part 1): Survey Among Psychiatric Care Professionals. *JMIR Mental Health*, 5(1), e11. <https://doi.org/10.2196/mental.9140>
- Petersson, L. & Erlingsdóttir, G. (2018b). Open Notes in Swedish Psychiatric Care (part 2): Survey Among Psychiatric Care Professionals. *JMIR Mental Health*, 5(2), e10521. <https://doi.org/10.2196/10521>
- Poncheri, R. M., Lindberg, J. T., Thompson, L. F. & Surface, E. A. (2008). A comment on employee surveys: Negativity bias in open-ended responses. *Organizational Research Methods*, 11(3), 614–630. <https://doi.org/10.1177/1094428106295504>
- Psykologforeningen. (2018). *Forslag til ny forskrift om pasientjournal (pasientjournalforskriften)*. <https://www.psykologforeningen.no/politikk/hoeringsuttalelser/hoeringsuttalelser-2018>
- Regjeringen. (2018). *Høring: Forslag til ny forskrift om pasientjournal (pasientjournalforskriften)*. [https://www.regjeringen.no/contentassets/bc66ebd8e7714bf6b0f3753e7c1dcda/hoerings\\_pasientjournalforskriften.pdf](https://www.regjeringen.no/contentassets/bc66ebd8e7714bf6b0f3753e7c1dcda/hoerings_pasientjournalforskriften.pdf)
- Storvik, M. (2016). Begrenset journalinnsyn krever individuelle vurderinger. *Tidsskrift for Den norske legeforening*. <https://tidsskriftet.no/2016/11/kommentar/begrenset-journalinnsyn-kraver-individuelle-vurderinger>
- Sykepleierforbundet. (2018). *Høringssvar: Høring – Forslag til ny forskrift om pasientjournal*. [https://www.nsf.no/Content/3932077/cache=20182206160826/H%C3%B8ringssvar\\_%20H%C3%B8ring%20-%20Forslag%20til%20ny%20forskrift%20om%20pasientjournal.pdf](https://www.nsf.no/Content/3932077/cache=20182206160826/H%C3%B8ringssvar_%20H%C3%B8ring%20-%20Forslag%20til%20ny%20forskrift%20om%20pasientjournal.pdf)
- Helse Vest. (2019) Spørsmål og svar om Pasientjournal på helsenorge.no. <https://helse-vest.no/helsefagleg/prosjekt-og-program/alle-moter/pasientjournal-pa-helsenorgeno/sporsmal-og-svar-om-pasientjournal-pa-helsenorgeno#15.-har-pasienten-alltid-godt-av-%C3%A5-lese-journalen-sin?>





## VITENSKAPELIG ARTIKKEL

TIDSSKRIFT FOR NORSK PSYKOLOGFORENING 2021 S. 390-397 FAGFELLEVDERT

TONE LARSEN HOEL, TORLEIF RUUD, ESKIL SKJELDAL og ARNHILD LAUVENG

Nasjonalt senter for erfaringskompetanse innen psykisk helse

**KONTAKT** Henvendelser vedrørende denne artikkelen kan rettes til Tone Larsen Hoel, Nasjonalt senter for erfaringskompetanse innen psykisk helse, Postboks 298 Sentrum, 3701 Skien. E-post: tone@erfaringskompetanse.no

# HELSEPERSONELLS EGENERFARINGER INNEN PSYKISK HELSE OG RUS

- En pilotstudie

Mange helsetjenester ansetter erfaringskonsulenter med egne erfaringer med psykiske vansker og/eller rus. Denne pilotstudien viser at mange ordinært ansatte helsepersonell også har slik erfaring som de benytter i arbeidet.

Det er en økende anerkjennelse av erfaringskompetanse innen psykisk helsearbeid (Helse direktoratet, 2014). Erfaringskompetanse kan defineres som den kompetansen man kan få av å bearbeide og reflektere over egne erfaringer. I denne artikkelen vil vi benytte begrepet *egenerfaring* om de som har egen erfaring med psykiske vansker (uavhengig av om de har brukt tjenester eller ikke), *pårørendeerfaring* når vi viser til erfaring som pårørende, og *egen/pårørende-erfaring* som en samlebetegnelse på å ha egen- og/eller pårørendeerfaringer.

**ABSTRACT**

*Health professionals' personal experiences of mental illness or addiction: A pilot study*

**Objective:** The aim of this study was to examine clinical professional groups within the category of health professionals' personal experiences of mental illness, either their own or of next of kin, and how these experiences informed their professional work.

**Method:** An explorative survey was conducted in 2018, using a questionnaire we developed for this study. Informants were clinicians at a clinic for treating mental illness and addiction. We obtained responses from 103 clinicians, representing a response rate of 17%.

**Results:** The results showed that 81 informants had personal experiences of mental illness or addiction, either their own or of next of kin, and that these informants believed these experiences had mainly enhanced their work.

**Conclusions:** The study shows that user and next of kin-experiences are not solely a phenomenon in the patient's part of the therapeutic relationship, and that the often-used categories of users and professionals must be nuanced when we talk about «knowledge through experience». More research is needed on representative samples regarding the quantity and use of professionals' «knowledge through experience».

*Keywords: health professionals, knowledge through experience, quantitative*

»



Å dele personlig informasjon med pasienter, inkludert informasjon om egne livserfaringer, kan ha både positive og negative effekter på den terapeutiske relasjonen

Brukeransettelser benyttes for å inkludere erfaringskompetanse (Helseledelse, 2014, s. 11), men det er rimelig å anta at det også finnes helsepersonell som har egen/pårørende-erfaringer relatert til rus og/eller psykiske vansker.

Internasjonalt er det funnet at psykiske helseproblemer er relativt vanlig blant kliniske psykologer og leger (Bhugra et al., 2019; Tay, Alcock & Scior, 2018). Noen har erfaringer med psykiske vansker eller rus før de går inn i yrket, andre kan få erfaringer med vansker mens de er yrkesaktive, blant annet av et krevende arbeid (Tay et al., 2018). Vi har også kunnskap om alkoholbruk, depressive symptomer og selvmord hos norske leger (Rosta & Aasland, 2013; Tyssen, 2019). Litteratursøk har ikke gitt opplysninger om studier av forekomst av psykiske vansker og rusproblem i andre helseprofesjoner enn leger eller blant ansatte i rushelsetjenester og psykiske helsetjenester i Norge. Ut fra forekomst i normalbefolkningen (Reneflot, Aarø, Aase, Reichborn-Kjennerud, Tambs & Øverland, 2018) kan vi likevel anta at en del helsepersonell innen psykisk helse og avhengighet har egenerfaringer med ruslidelser og psykiske lidelser, men det nøyaktige omfanget vet vi lite om.

Bernhardt, Nissen-Lie, Moltu, McLeod & Råbu (2019) har oppsummert forskning og litteratur som viser en sammenheng mellom terapeuters personlige livserfaringer og deres profesjonelle yrkesutøvelse. Å selv ha erfaring med lidelse av ulik grad og komme ut av dette, være en «wounded healer», kan gi både gevinster og utfordringer i en terapeutrolle (Zerubavel & Wright, 2012). Det å ha hatt livsutfordringer vil ikke nødvendigvis si at man har egenerfaring, men det kan innebære det. Å ha egenerfaring som ballast er rapportert som en ressurs i psykiatrisk sykepleie (Oates, Drey & Jones, 2017). Å dele personlig informasjon med pasienter, inkludert informasjon om egne livserfaringer, kan ha både positive og negative effekter på den terapeutiske relasjonen (Henretty & Levitt, 2010; Unhjem, Vatne & Hem, 2019). Det anses som viktig at en i veiledning får tematisert egne personlige utfordringer som kan påvirke terapeutrollen (Zerubavel & Wright, 2012).

Pasienter kan oppleve det både positivt og negativt at terapeuter deler personlig informasjon om egne erfaringer (Audet, 2011; Lewis-Holmes, 2016). Det kan styrke eller svekke oppfatningen av terapeutens troverdighet og kompetanse, og det kan påvirke pasientens syn på både egen og terapeutens rolle i samspelet (Audet, 2011). Lewis-Holmes (2016) fant at brukere mente det kunne være nyttig at terapeuten hadde egenerfaring, hvis terapeuten nå var stabil og frisk. Skulle terapeuten dele erfaringer, måtte disse være relevante og hjelpsomme i den aktuelle situasjonen brukeren stod i.

Nasjonalt senter for erfaringskompetanse innen psykisk helse (erfaringskompetanse.no) ønsket å utforske helsepersonells egen/pårørende-erfaringer, og hvordan de anvender disse erfaringene i jobb innen psykisk helse og avhengighet. Kunnskap om hvordan egen/pårørende-erfaringer påvirker klinisk arbeid og kontakten med brukere av tjenestene, kan på sikt bidra til mer kunnskap om hvordan helsepersonells egen/pårørende-erfaringer kan brukes konstruktivt.

Forskningsspørsmålene var:

- Hvor stor estimert andel av helsepersonellet i psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) rapporterer om erfaring

med egne psykiske vansker og/eller rusproblem og/eller erfaring som pårørende?

- Bruker de, eller deler de, sine egen/pårørende-erfaringer i sin yrkesutøvelse?
- Hvilke fordeler og ulemper mener de egen/pårørende-erfaring har i yrkesutøvelsen?

## METODE

### Utforming

Pilotstudien var en beskrivende og eksplorative tværssnittundersøkelse med spørreskjema til helsepersonell i spesialisthelsetjenesten for voksne med psykiske vansker og/eller rusproblem. Studien hadde to referansepersoner: en sykepleier og en psykiater med egen/pårørende-erfaringer. Disse ga innspill til spørreskjemaet og analysene ved to møter og ved mailkontakt.

### Datainnsamling og utvalg

Invitasjon med lenke til et elektronisk spørreskjema i Easyquest ble sendt ut med e-post til 601 ansatte i spesialisthelsetjenesten ved en klinikk for psykisk helse og avhengighet i ett helseforetak. E-posten gikk til psykologer (med og uten spesialitet), leger (med og uten spesialisering i psykiatri) samt sykepleiere og vernepleiere (med og uten relevant videreutdanning). Helsepersonellet skulle jobbe direkte med å yte helsetjenester til voksne brukere og/eller pårørende. Undersøkelsen var anonym og åpen for besvarelse i en periode på to uker høsten 2018. Det ble purret etter én uke. I spørreskjemaet spurte vi etter erfaringer med «psykiske vansker og rusproblem» for å unngå å miste informanter som ville definere seg ut av undersøkelsen ved bruk av begreper som psykisk lidelse eller sykdom eller bruk av diagnoser. Dette kan ha ført til rapportering av også lette plager.

Utvalget var 103 (17 %) av de 601 som fikk tilsendt invitasjon om å delta. Det er usikkert hvor mange av de 601 som var på jobb i den aktuelle perioden, hvor mange som åpnet e-posten, og om alle fylte de nevnte inklusjonskriteriene. I utvalget var det 71 kvinner, 29 menn, tre oppga ikke kjønn. Av profesjon var tjuefem psykologer, 12 leger, 51 sykepleiere og 14 vernepleiere. Én oppga ikke profesjon.

### Spørreskjema

Litteratursøk ga ikke opplysninger om et etablert spørreskjema egnet for våre forsknings spørsmål. Vi utarbeidet derfor et eget spørre-

skjema ved å følge anbefalte prosedyrer for utvikling av skjema og testing av det ut fra innsamlede data (DeVellis, 2017). Vi definerte de aktuelle temaene, utarbeidet spørsmål og utsagn innen hvert tema og valgte så ut de spørsmål og utsagn vi vurderte som mest egnet og dekkende innen hvert tema. Dette ble gjort basert på litteratur og kjennskap til feltet og i samarbeid med studiens referansepersoner.

Spørreskjemaet bestod av 60 spørsmål, om kjønn og profesjon, om egen/pårørende-erfaringer, bruk av egen/pårørende-erfaringer i yrkesutøvelsen og opplevde gevinster og ulemper av å ha egen/pårørende-erfaring. Spørsmålene hadde lukkede svaralternativer. For hvert hovedspørsmål (tema) var det fire til syv utsagn med svaralternativer på en femtrinnskala: 1 = stemmer ikke, 2 = stemmer noe, 3 = stemmer delvis, 4 = stemmer mye, 5 = stemmer helt og «ikke aktuelt».

### Analyser

Vi gjennomførte faktoranalyser av svarene på utsagn om egen/pårørende-erfaringer for å undersøke om det var forventet sammenheng mellom svar på utsagnene under hvert hovedspørsmål, og om grupper av spørsmål i så fall kunne erstattes av indekser i analysene (DeVellis, 2017; Streiner, Norman & Cairney, 2015). For hver gruppe utsagn gjorde vi en eksplorativ faktoranalyse i form av prinsippal komponent analyse med varimaks rotasjon, og vi identifiserte antall faktorer ut fra egenverdi over 1. I hver faktor inkluderte vi utsagn med faktorladning på .4 eller høyere. Vi analyserte så intern konsistens for utsagnene i hver faktor ved utregning av Cronbachs alfa. Alfa var god til utmerket (.80 eller over) for fem faktorer, akseptabel (.70–.79) for to faktorer og lav (under .70) for to faktorer (Cicchetti, 1994). De ni faktorene representerte det meste av variansen i 35 utsagn (gjennomsnittlig 68 % i de syv faktoranalysene). Fordelingen av utsagn på faktorer samsvarte i hovedsak med fordelingen på de tema som var lagt inn i spørreskjemaet, men slik at tre tema var delt opp i to faktorer. Vi laget så en indeks for hver faktor ved å regne ut gjennomsnittsskår for utsagnene i hver faktor, slik at disse indeksene kunne brukes i videre analyser som variabler som var mer robuste enn svarene på enkelt utsagn. Data fra indekser ble bare inkludert i analysene dersom minst to tredeler av utsagnene var besvart.

»



Vi brukte antall og ikke prosent ved rapportering om svarfordelinger fordi materialet er så lite og oversiktlig. På grunn av et lite utvalg, brukte vi medianverdier og ikke-parametriske metoder i analyser av kontinuerlige variabler (indeksene). Vi gjorde analyser av mønstre og forskjeller i egen/pårørende-erfaringer for de 80 som hadde svart at de hadde egen/pårørende-erfaringer, og som hadde oppgitt profesjon. Alle statistiske analyser ble gjort med statistikkprogrammet SPSS versjon 25.

### Etikk

Etiske hensyn ble tatt ved at informasjon om anonymitet og frivillighet fulgte med e-post og lenke til undersøkelsen. Samtykke for deltagelse i studien ble gitt ved å trykke «send» i slutten av det elektroniske spørreskjemaet. Besvarelsen var anonym. Prosjektet ble meldt til Regional etisk komite for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK), som vurderte prosjektet som helsetjenesteforskning og ikke fremleggingspliktig for REK (ref.nr: 2018/1311/REK sør-øst).

## RESULTATER

### Antall informanter med egen/pårørende-erfaring

Av 103 som deltok i undersøkelsen, hadde 40 egenerfaring. Av disse oppga ni pågående vansker. Tjueåtte hadde hatt kontakt med hjelpeapparatet på grunn av psykiske vansker, og 13 hadde fått en diagnose for psykiske vansker. Tre av de 40 hadde tidligere hatt rusproblemer, men ingen av dem hadde hatt kontakt med hjelpeapparatet for rusproblemer eller fått noen diagnose for rusproblemer.

Sekstito av de 103 hadde pårørendeerfaring. Trettitre av disse oppga at den de var pårørende til hadde hatt kontakt med hjelpeapparatet på grunn av psykiske vansker, og 25 hadde fått en diagnose for psykiske vansker. Trettini hadde pårørendeerfaringer relatert til rus, tolv av disse oppga at den de var pårørende til hadde hatt kontakt med hjelpeapparatet grunnet rusproblemer, og åtte hadde fått en rusdiagnose.

I alt 81 hadde egen/pårørende-erfaring. Tjueseks av disse hadde både egenerfaring og pårørendeerfaring. Førtitre hadde vært sykemeldt på grunn av egen/pårørende-erfaringer, 42 hadde gått i terapi, 19 hadde tatt medikamenter og tre hadde vært innlagt.

### Bruk av egen/pårørende-erfaringer i arbeidssammenheng

Flertallet av de med egen/pårørende-erfaring brukte denne i yrkesutøvelsen. Sekstiåtte mente at egen/pårørende-erfaringene indirekte påvirket deres valg og tilnæringsmåter i arbeidet med pasienter og pårørende. Sekstifire hadde fortalt om sine egen/pårørende-erfaringer i jobbsammenheng, og 40 svarte at egen/pårørende-erfaringene i noen eller stor grad hadde påvirket deres yrkesvalg.

Det var stor spredning i om informantene med egen/pårørende-erfaring valgte å dele disse med noen, og med hvem. Fjorten hadde delt det med pasienter, 10 med pårørende, 60 med kolleger, 18 med veileder og 30 med leder. Sytten hadde ikke delt det med noen i jobbsammenheng.

Opptil 80 hadde svart på hvorfor de delte eller ikke delte sine erfaringer, og hva de opplevde som fordeler og ulemper med sine erfaringer. På en skala fra 1 til 5 var det høyest skåringer på at en har delt egen/pårørende-erfaringer for å støtte pasienter (median 3.5), på at det er uprofesjonelt å dele egen/pårørende-erfaringer med pasienter og pårørende (median 3.0) og på at en selv har opplevd at egen/pårørende-erfaringer kan bidra til en bedre allianse med pasienten (median 3.0). Det var lavest skåringer på at det er utrygt å dele egen/pårørende-erfaringer med kolleger (median 1.8), på at fordeler ved å ha egen/pårørende-erfaringer er at en kan dele og vise til egen bedring og mestring og slik gi håp til pasienter (median 1.5) og på at egen/pårørende-erfaringene gir sårbarhet (median 1.2). Det var middels høye skåringer (median 2.3–2.8) på at en har delt erfaringer med pasienter/pårørende, at en har kjent det utrygt å dele erfaringer med pasienter og at en har delt erfaringer med kolleger for at de skulle forstå noe bedre.

Tabell 1 viser forskjeller i rapportering om erfaringene mellom de som har egenerfaring og de som kun har pårørendeerfaring. De som har egenerfaring svarer signifikant høyere på de tre indeksene om at det er utrygt å dele erfaringene med kolleger, at egne erfaringer har bidratt til bedre allianse med pasienter og at de har merket sårbarhet fra erfaringene.

Vi undersøkte også om det var noen forskjeller i rapportering mellom fagprofesjoner. Fordi utvalget var lite, slo vi sammen leger og psykologer i en gruppe og sykepleiere og verneplei-

TABELL 1 Forskjeller i rapportering om erfaringene

Indeks	Hatt egne psykiske vansker (n = 40)		Bare hatt erfaring som pårørende (n = 40)		Signifikans av forskjell <i>p</i>
	Besvart	Median	Besvart	Median	
Har delt egen/pårørende-erfaringer for å støtte pasienter	18	3.50	17	3.00	.424
Uprofesjonelt å dele med pasienter	36	3.33	29	3.00	.294
Kjent det utrygt å dele med pasienter	34	2.75	23	2.50	.092
Har delt egen/pårørende-erfaringer med pasienter/pårørende	23	2.33	19	3.00	.657
Har delt med kolleger for å bidra til å forstå	31	3.00	30	2.80	.643
Har vært utrygt å dele egen/pårørende-erfaringer med kolleger	29	2.20	26	1.20	<b>.002</b>
Erfart at egen/pårørende-erfaring bidrar til allianse	40	3.33	41	3.00	<b>.039</b>
Erfart at egen/pårørende-erfaring gir håp om bedring	40	1.50	41	1.50	.988
Har merket sårbarhet fra egen/pårørende-erfaring	40	1.40	41	1.00	<b>.003</b>

*Merknad:* Forskjeller i rapportering om erfaringene mellom de som har hatt egne psykiske vansker, og de som bare har hatt erfaring som pårørende (N = 80, Mann Whitney U test)

ere i en gruppe. For de to indeksene der det er signifikante forskjeller, svarer leger/psykologer høyest på at det er uprofesjonelt å dele med pasienter/pårørende (median 3.7 og 3 med  $p = .03$ ), mens sykepleiere/vernepleiere svarer høyest på at erfaring med egen bedring kan gi håp om bedring for pasienter (median 1.75 og 1.00 med  $p = .003$ ). For de andre indeksene var det ingen signifikante forskjeller mellom gruppene.

#### Fordeler og ulemper med egen/pårørende-erfaring i yrkesutøvelsen

Flertallet opplevde få eller ingen ulemper eller begrensinger i yrkesutøvelsen av å ha egen/pårørende-erfaringer. Femtini av 80 opplevde at egen/pårørende-erfaringen ga dem økt empati og forståelse for pasienters og pårørendes situasjon.

#### DISKUSJON

I alt 81 av 103 informanter hadde egen/pårørende-erfaringer. Pårørendeerfaringer var vanligere enn egenerfaringer. Svarprosenten er lav, og det er overveiende sannsynlig at utvalget er skjevt og at personer med egen/pårørende-erfaring har vært mer tilbøyelige til å svare enn personer uten slik erfaring. Mer nøyaktig forskning er nødvendig for å kunne gi et anslag over

hvor stor andelen av helsepersonell med egen/pårørende-erfaringer er. Samtidig indikerer denne undersøkelsen at det finnes en god del helsepersonell med egen/pårørende-erfaringer.

Det kan være en ressurs og positivt at helsepersonell besitter en implisitt taus kunnskap om vonde livserfaringer og smertefulle følelser som kan være til hjelp for å gjenkjenne vansker, forstå pasienter og pårørende godt og møte dem på en god måte (Moen & Larsen, 2013; Oates et al., 2017; Zerubavel & Wright, 2012). Vonde livserfaringer og reaksjoner på disse som ikke blir bevisstgjort, kan også være uheldig dersom dette påvirker den terapeutiske relasjonen og terapien negativt. Å kunne få støtte og veiledning til å håndtere reaksjoner relatert til erfaringer som er relevante for pasientarbeidet, anses som sentralt (Zerubavel & Wright, 2012). At få delte slike erfaringer med veileder, kan derfor være potensielt uheldig. Bare 18 av de med egen/pårørende-erfaring hadde delt disse med veileder. Dette funnet er viktig og kan sette spørsmåltegn ved kvaliteten av veiledningspraksis.

Flertallet av de med egen/pårørende-erfaring anvendte denne i sin yrkesutøvelse og opplevde selv at egen/pårørende-erfaringene virket positivt på behandlingsalliansen, og at



Pasienter kan oppleve det både positivt og negativt at terapeuter deler personlig informasjon om egne erfaringer

det ga dem økt forståelse for pasientene. Erfaringene var noe de handlet ut ifra mer enn at de åpent delte sine erfaringer. Fjorten hadde delt med pasienter og ti med pårørende. Dette samstemmer med kvalitative funn. Både Moen & Larsen (2013) og Oates et al. (2017) fant at ansatte i psykiske helsetjenester var preget av sine erfaringer med henholdsvis egne livsutfordringer og egen psykisk lidelse, både når det gjaldt indre og ytre dialoger og handlinger, men de var forsiktige med å dele åpent. Informantene i disse to studiene delte om det var vurdert som nyttig for pasienten og passet på at de selv ikke fikk fokuset i relasjonen.

Henretty & Levitt (2010) oppsummerer med at over 90 % av terapeuter deler personlig informasjon med pasienter, i hvert fall av og til. Dette er høyere tall enn i vår studie, noe som sannsynligvis kan forklares med at vi spesifikt spurte om deling av personlig informasjon relatert til egen/pårørende-erfaringer, ikke om deling av personlig informasjon generelt. Grunnene for å dele varierte, men høyest skår hadde begrunnelsen å støtte pasientene blant annet ved å styrke tillit og relasjon og normalisere vanskene. Høyest skår for begrunnelser til ikke å dele med pasienter var at det oppleves uprofesjonelt å dele med pasienter, og psykologer og leger skåret signifikant høyere på denne begrunnelsen enn sykepleiere og vernepleiere. Denne forskjellen kan handle om yrkesgruppens ulikhet i opplæring, yrkesetiske retningslinjer, profesjonskultur og/eller i rolle, oppgaver og posisjon overfor pasienter og pårørende.

Femtini av 80 mente at det stemmer helt eller mye at deres egen/pårørende-erfaringer ga dem fordeler i arbeidet, som økt empati og forståelse. Å selv ha hatt psykiske vansker og å ha vært pårørende gir svært ulike erfaringer, og vil kunne ha mye å si for hvordan helsepersonellet forholder seg til og anvender sine erfaringer. Om selvopplevde vansker er pågående eller tilbakelagt, vil også ha betydning. Når det gjelder å ha egenerfaring, er funnene våre i tråd med tidligere internasjonale studier, der terapeuter oppga at egne sår og erfaringer ga dem større grad av empati, tålmodighet og håp for pasientenes bedring (Zerubavel & Wright, 2012), og der psykiatriske sykepleiere oppga at deres egenerfaringer økte deres forståelse for brukerne (Oates et al., 2017). Zerubavel & Wright (2012) viser også til studier på at terapeutens egne vansker kan ha negativ innvirkning på

det terapeutiske arbeidet, som redusert evne til å være følelsesmessig til stede, overidentifisering og grenseoverskridelser. Ingen av våre informanter mente egen/pårørende-erfaringene var til belastning for pasienter og pårørende, men pasienter og pårørende selv er ikke spurt. Nissen-Lie, Havik, Høglend, Monsen & Rønnestad (2013) fant at når alliansen ble vurdert av pasientene, hadde terapeutens byrder i privatlivet en negativ innflytelse på alliansen, men ingen betydning for terapeutens egen vurdering av alliansen. Dette kan tyde på at ulike parter kan ha ulike opplevelser av det samme, eller at terapeutene ikke har innsikt i hvordan de fremstår overfor pasientene.

### Sterke og svake sider ved pilotstudien

Pilotstudien var så langt vi vet den første kvantitative studien i Norge om egen/pårørende-erfaringer blant helsepersonell i psykisk helsevern og TSB og om hvilken betydning egen/pårørende-erfaringer har i deres arbeid. Det er en svakhet, men også en styrke, at den inkluderte flere fagprofesjoner med ulike roller og oppgaver, da den gir noe informasjon om likheter og forskjeller mellom faggrupper.

En ytterligere svakhet er at studien hadde en usikker og lav svarprosent, at representativitet er ukjent og funnene derfor ikke kan generaliseres. En svarfrist på 14 dager og kun én purring kan ha bidratt til lav svarprosent. Også andre forhold kan ha bidratt til lav svarprosent. Det kan være at temaet opplevdes sensitivt for en del informanter, og at noen ikke ønsket å svare på dette via e-post knyttet til arbeidsgiver. Det er også mulig at undersøkelsens tema først og fremst opplevdes relevant for dem med egen/pårørende-erfaringer, slik at personer uten slik erfaring i mindre grad ønsket å delta. Det er en svakhet at spørreskjemaet er egenutviklet og ikke testet tidligere, og at noen spørsmål ikke skilte mellom erfaringer med egne vansker og som pårørende, og mellom profesjonene. Våre psykometriske analyser bekreftet imidlertid at vi har lyktes med å utforme utsagn med god intern konsistens for en rekke relevante tema. Disse analysene og erfaringene med skjemaet kan derfor brukes til å utvikle bedre spørreskjema for senere og større studier.

### Konklusjon og implikasjoner

Pilotstudien dokumenterer at egen/pårørende-erfaringer ikke er et fenomen som utelukkende

finnes på pasientsiden av behandler-brukerrelasjonen. Helsepersonell med egen/pårørende-erfaringer anvender disse i yrkesutøvelsen og opplever det primært som positivt for arbeidet. Informantene delte i liten grad egen/pårørende-erfaringer i veiledning.

Dette har flere mulige implikasjoner. Det bør gjøres bedre og større studier i et representativt utvalg av helsepersonells egen/pårørende-

erfaringer: på forekomst, på hvordan egen/pårørende-erfaringer og erfaringskompetanse anvendes og påvirker helsepersonellens praksis, på likheter og ulikheter mellom profesjoner og behandlingsoppgaver, og på hvordan pasienter og pårørende opplever helsepersonell som har og deler egen/pårørende-erfaringer. Funnene kan tyde på at egen/pårørende-erfaringer i økt grad bør tematiseres i veiledning. ✕

## REFERANSER

- Audet, C.T. (2011). Client perspectives of therapist self-disclosure: Violating boundaries or removing barriers? *Counselling Psychology Quarterly*, 24(2), 85–100. <https://doi.org/10.1080/09515070.2011.589602>
- Bernhardt, I. S., Nissen-Lie, H., Moltu, C., McLeod, J. & Råbu, M. (2019). «It's both a strength and a drawback». How therapists' personal qualities are experienced in their professional work. *Psychotherapy research*, 959–970. <https://doi.org/10.1080/10503307.2018.1490972>
- Bhugra, D., Sauerteig, S.-O., Bland, D., Lloyd-Kendall, A., Wijesuriya, J., Singh, G., Kochhar, A. Molodynski, A. & Ventriglio, A. (2019). A descriptive study of mental health and wellbeing of doctors and medical students in the UK. *International Review of Psychiatry*, 31(7–8), 563–568. <https://doi.org/10.1080/09540261.2019.1648621>
- Cicchetti, D. V. (1994). Guidelines, criteria, and rules of thumb for evaluating normed and standardized assessment instruments in psychology. *Psychological Assessment*, 6(4), 284–290. <https://doi.org/10.1037/1040-3590.6.4.284>
- DeVellis, R. F. (2017). *Scale Development: Theory and Applications*. London: Sage.
- Helsedirektoratet. (2014). *Sammen om mestring. Veileder i lokalt psykisk helsearbeid og rusarbeid for voksne. Et verktøy for kommuner og spesialisthelsetjenesten* (IS-2076). Oslo: Helsedirektoratet. Hentet fra <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/sammen-om-mestring-lokalt-psykisk-helsearbeid-og-rusarbeid-for-voksne>
- Henretty, J. R. & Levitt, H. M. (2010). The role of therapist self-disclosure in psychotherapy: A qualitative review. *Clinical Psychology Review*, 30(1), 63–77. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2009.09.004>
- Lewis-Holmes, E. (2016). «They've been there, they know». *How mental health users think about mental health staff with lived experience* [Doktoravhandling]. University of London. Hentet fra [https://pure.royalholloway.ac.uk/portal/en/publications/theyve-been-there-they-know-how-mental-health-service-users-think-about-mental-health-staff-with-lived-experience\(83e8fd39-fbb9-4a27-b2d1-acaa0940aec4\).html](https://pure.royalholloway.ac.uk/portal/en/publications/theyve-been-there-they-know-how-mental-health-service-users-think-about-mental-health-staff-with-lived-experience(83e8fd39-fbb9-4a27-b2d1-acaa0940aec4).html)
- Moen, E. Å. & Larsen, I. B. (2013). «Her er det faktisk hele meg som er på jobb» – Om å bruke erfaringer med egen psykiske helse i profesjonelle relasjoner. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 10(01), 15–24. Hentet fra [https://www.idunn.no/tph/2013/01/her\\_er\\_det\\_faktisk\\_hele\\_meg\\_som\\_er\\_p\\_jobb\\_-\\_om\\_bruke\\_e](https://www.idunn.no/tph/2013/01/her_er_det_faktisk_hele_meg_som_er_p_jobb_-_om_bruke_e)
- Nissen-Lie, H. A., Havik, O. E., Høglend, P. A., Monsen, J. T. & Rønnestad, M. H. (2013). The contribution of the quality of therapists' personal lives to the development of the working alliance. *Journal of Counseling Psychology*. <https://doi.org/10.1037/a0033643>
- Oates, J., Drey, N. & Jones, J. (2017). «Your experiences were your tools». How personal experience of mental health problems informs mental health nursing practice. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 24(7), 471–479. <https://doi.org/10.1111/jpm.12376>
- Reneflot, A., Aarø, L.E., Aase, H., Reichborn-Kjennerud, T., Tambs, K. & Øverland, S. (2018). *Psykisk helse i Norge (2018)*. (Rapport fra Folkehelseinstituttet). Hentet fra <https://www.fhi.no/publ/2018/psykisk-helse-i-norge/>
- Rosta, J. & Aasland, O. G. (2013). Changes in Alcohol Drinking Patterns and Their Consequences among Norwegian Doctors from 2000 to 2010: A Longitudinal Study Based on National Samples. *Alcohol and Alcoholism*, 48(1), 99–106. <https://doi.org/10.1093/alcal/ags084>
- Streiner, D. L., Norman, G. R. & Cairney, J. (2015). *Health Measurement Scales: A practical guide to their development and use*. Oxford: Oxford University Press.
- Tay, S., Alcock, K. & Scior, K. (2018). Mental Health Problems Among Clinical Psychologists: Stigma and Its Impact on Disclosure and Help-Seeking. *Journal of Clinical Psychology*, 74(9), 1545–1555. <https://doi.org/10.1002/jclp.22614>
- Tyssen, R. (2019). Work and mental health in doctors: A short review of Norwegian studies. *Porto Biomedical Journal*, 4(5). <https://doi.org/10.1097/j.pbj.0000000000000050>
- Unhjem, J. V., Vatne, S. & Hem, M. H. (2019). Transforming nurse-patient relationships – A qualitative study of nurse self-disclosure in mental health care. *Journal of Clinical Nursing*, 27(5–6), 798–807. <https://doi.org/10.1111/jocn.14191>
- Zerubavel, N. & Wright, M. O. (2012). The dilemma of the wounded healer. *Psychotherapy*, 49(4), 482–491. <https://doi.org/10.1037/a0027824>



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

FOTO: STUDIO 1 FOTOGRAFENE



**METTE GARMANNSLUND** er nestleder for Fagetisk råd (FER) i Norsk psykologforening og spesialist i klinisk barne- og ungdomspsykologi.

## *Trenger barnesakkyndige særbehandling ved fagetisk klagebehandling i foreldretvister?*

**Det har kommet inn** spørsmål til etikkpanelet om hvordan Norsk psykologforening (NPF) og Fagetisk råd (FER) bedre kan ivareta rettsikkerheten til barnesakkyndige psykologer som klages inn for arbeid de har gjort i foreldretvister. Det skrives at det kan foreligge en historikk der psykologen kan ha blitt truet eller trakassert av klager, at klager kan ha personlighetsproblematikk, og at dette ikke blir hensyntatt av FER. Det skrives også at det oppleves som et maktovergrep når FER utelukkende forholder seg til klagers situasjonsforståelse, ikke henter inn opplysninger fra andre kilder, og at psykologen bes reflektere på feil faktum.

**Barnesakkyndig arbeid i foreldretvister** er et risikofyllt arbeidsfelt når det gjelder muligheten for å bli innklaget til fagetisk råd. Som barnesakkyndig psykolog kan jeg godt skjønne at dette oppleves som en urettferdig ekstra-

belastning til et krevende arbeid, og at det etterlyses bedre vern av sakkyndige fra FER og NPF. Er det likevel slik at vi barnesakkyndige trenger særbehandling når det kommer til fagetikken?

**I barnesakkyndig arbeid må** psykologen gjøre krevende faglig arbeid, og samtidig identifisere og håndtere flere ulike fagetiske dilemma som dukker opp underveis. Uavhengig av kvaliteten på psykologens arbeid kan parter i konflikt oppleve det som partisk, mangelfullt eller lite respektfullt gjennomført. Noen av de som er gjenstand for psykologens vurderinger, kan også ha med seg en særskilt sårbarhet som senker terskelen for å kjenne seg krenket, øker strevet med å regulere vanskelige følelser, og der avmakt håndteres ved å gå i kamp mot psykologen. Selv om vi er profesjonelle, er det krevende å arbeide i et slikt konfliktlandskap. De fleste



barnesakkyndige psykologer gjør nok jevnlig overslag av hvorvidt arbeidet koster mer enn det smaker, og det er ikke alltid at regnskapet går i pluss. I slike situasjoner er det ikke rart at man kjenner behov for å ha «sine egne» i ryggen, og skjermes mot prosesser som kjennes urettferdige og legger sten til byrden.

**Jeg mener at sakkyndige** psykologer ikke skal akseptere urett og krenkelser, og noen ganger kan man trenge hjelp for å stoppe andres overtramp og sikre egen trygghet. Jeg tenker likevel ikke at arbeidsfeltet har godt av et fagetisk «fripass» der en slipper å forholde seg til kritikk, eller at fagetiske klager lukkes bort uten refleksjon grunnet kjennetegn ved klagers fungering. Jeg har imidlertid forståelse for uroen psykologer kan kjenne i møtet med den formelle klageprosessen, som kan være krevende. Psykologen kan mistenke at klageadgangen brukes manipulativt for å ramme en selv eller klagers

motpart i foreldretvisten, og være bekymret for at fagetisk råd ikke er i stand til å forstå eller håndtere dette på en måte som sikrer en god og rettferdig behandling.

**Nå er det ikke** slik at fagetisk råd åpner alle klagesaker for behandling. Noen klager vurderes ikke som reelle fagetiske klagesaker, og avvises uten at psykologen gjøres kjent med dem. Der det åpnes for fagetisk refleksjon, er det ikke nødvendigvis slik at det antas å ha forekommet brudd på etiske prinsipper, eller at klagers fortelling ensidig legges til grunn for konklusjonen. Når det åpnes en klagesak, vurderer FER at den presenterer en mulig fagetisk problemstilling som er relevant å behandle, med fagetisk refleksjon og læring som mål. Dersom klager og psykolog er uenige om hva som har skjedd, og det ikke fremlegges tydelig dokumentasjon, kan ikke fagetisk råd ta stilling til klagens innhold.

”

Det er ikke slik at fagetisk råd åpner alle klagesaker for behandling

»

**FER er klar over** at dagens klagebehandling kan ligne på en juridisk prosess og gi klager urealistiske forventninger til hvilke formelle konsekvenser klagen kan få for psykologen. Den kan også gi psykologen en opplevelse av å «stå for retten» heller enn å bli invitert til refleksjon og læring. Dette kan slå ekstra uheldig ut i barnesakkyndige klagesaker.

**Jeg tenker likevel at** det blir vanskelig å komme utenom en klageadgang, også i saker som gjelder barnefaglig sakkyndige. Fagfeltet er avhengig av andre aktørers tillit til oss, krever at vi setter høye standarder for oss selv og arbeidet vårt, og at vi aksepterer at andre «kikker oss i kortene.» Jeg er heller ikke tilhenger av at forhold ved klager skal begrense klageadgangen. Dersom vi har med spesielt sårbare mennesker å gjøre, mener jeg at dette krever at vi mobiliserer og skjerper innsatsen.

**Kanskje er det nettopp** disse sakene som er spesielt viktig å være oppmerksomme på, og der det fagetiske læringspotensialet kan være ekstra stort? I det mindretallet av barnesakkyndige klagesaker der det konkluderes med brudd på fagetiske prinsipper, ser vi gjerne at psykologen har stått i krevende fagetiske dilemma som ved andre valg kunne blitt løst innenfor rammene av de fagetiske prinsippene. Å identifisere fagetiske dilemma og gjøre gode valg fordrer imidlertid at vi hele tiden er i en fagetisk refleksjonsprosess, på egen hånd og sammen med andre.

**Spørsmålet til Etikkpanelet vitner** om at klageprosessen ikke nødvendigvis fungerer etter intensjonen, og kan gjøre det krevende å ivareta både klager og innklaget psykolog. Jeg mener at en målrettet evaluering og revidering av dagens ordning vil være et skritt i riktig retning. ✖

## FORSKNINGSNOTIS

### Tvangsinnleggelse i psykisk helsevern predikerer arbeidsledighet

I en nylig publisert studie av Tonje Fyhn og kolleger har de sett på arbeidsledighet hos pasienter med moderate til alvorlige psykiske helseplager. Forskerne viste at tvangsinnleggelse var den viktigste prediktoren for om man var i jobb eller ikke 18 måneder senere.

Utvalget i studien bestod av 327 arbeidsledige pasienter som var inne til behandling i psykisk helsevern.

Videre brukte forskerne en logistisk regresjonsanalyse til å undersøke om en rekke demografiske og psykososiale faktorer predikerte arbeidsledighet målt 18 måneder etter at de var inkludert i studien.

Alder, utdanningsnivå, ulike typer sosial støtte og symptomtrykk (angst og depresjon) ble inkludert som kovariater i den logistiske regresjonen, i tillegg til om man hadde blitt ufrivillig innlagt på et psykiatrisk sykehus.

Forskerne fant at noen former for sosial støtte spilte inn på om man senere var i arbeid eller ikke, men mest betydelig var effekten av tidligere tvangsinnleggelse på arbeidsledigheten. Og denne

effekten var svært negativ. Faktisk var det slik at deltakerne som hadde opplevd å være tvangsinnlagt hadde 77% mindre sannsynlighet for å være i arbeid 18 måneder senere.

#### REFERANSE

Fyhn, T., Øverland, S., & Reme, S. E. (2020). Predictors of employment in people with moderate to severe mental illness participating in a randomized controlled trial of Individual Placement and Support (IPS). *International Journal of Social Psychiatry*, 0020764020934841.

# Meninger



## BORTE VEKK

Hvor blir det av «arbeid og utdanning» - hovedsatsningsområdet som ble vedtatt på landsmøtet i 2019? Spørsmålet stilles av Bjørnar Olsen, Rudi Myrvang og Nina Laue Næspe (s. 406).

## IKKE ABRAKADABRA

Medisinfrie tilbud er en del av spesialisthelsetjenesten, ikke alternativbevegelsen. Mikael J. Sømhovd og Aina Fraas-Johansen om hvorfor RCT-studier ikke bør være eneste kunnskapsbase i psykisk helsevern (s. 412).



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

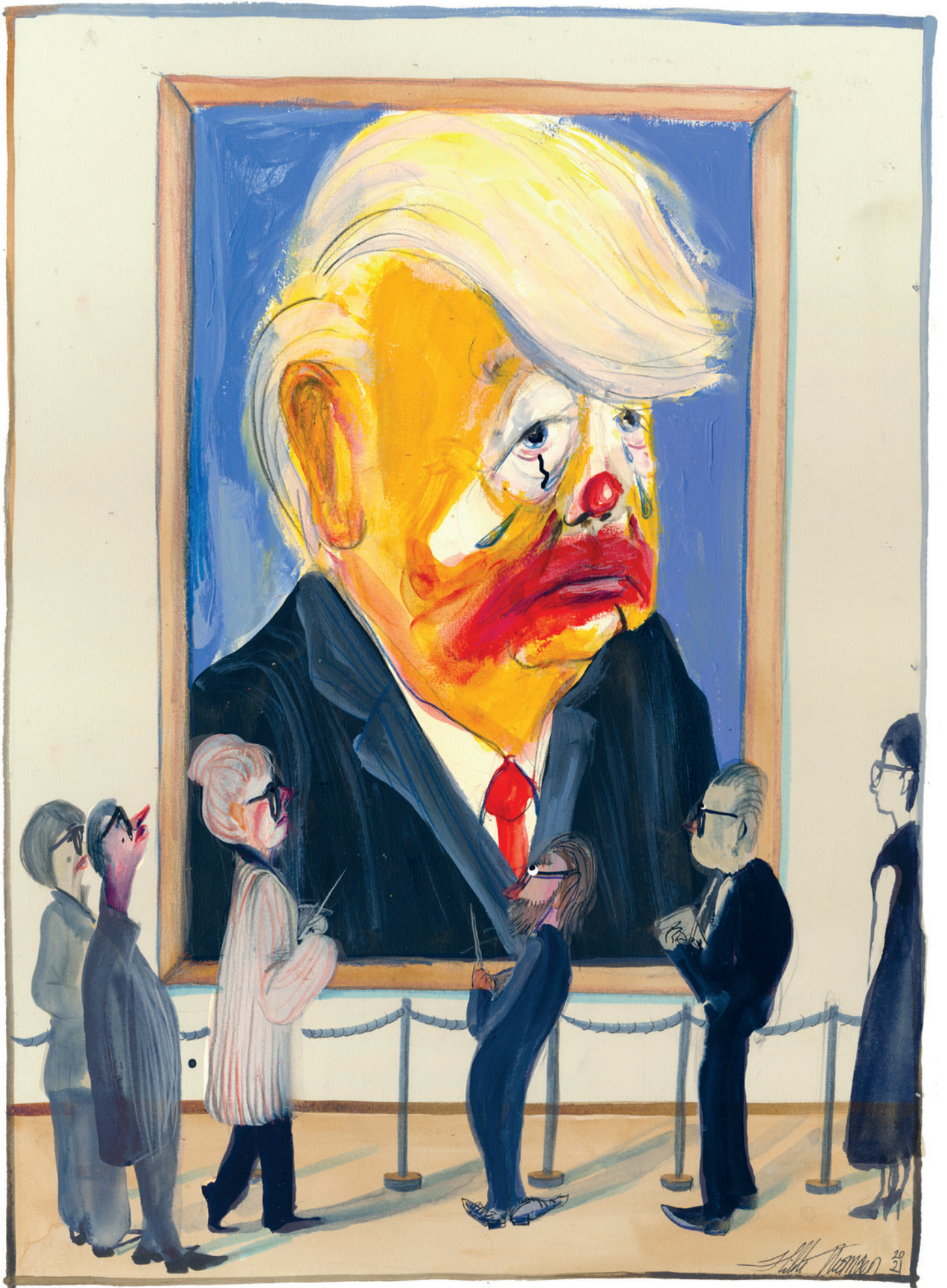
Maks 1500 tegn inkludert mellomrom.

### 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.





Julia Thomson 2021

# Kunsten å lyve så mange nok tror det

For meg var president Trump en avatar med en personlighet skapt og kontrollert av 70 millioner andre. Slik sett var det vel ikke noe galt med Trump?



**PSYKIATERE HAR ETTER** min mening lenge hatt den uvane å fjerndiagnostisere mennesker. En av våre betydeligste psykiatere, professor Nils Retterstøl, tegnet i sin bok fra 2004 psykiatriske portretter av 21 for lengst avdøde personer, fra Harald Hårfagre til Gunvor Hofmo, og ga hver av dem en ICD-10 og DSM-IV diagnose. Risikoen for å produsere subjektive usannheter er stor når diagnoser stilles på mennesker en aldri har møtt.

Også *levende* mennesker fjerndiagnostiseres – en «tvilsom praksis», skrev Grøndahl og Dalen (2018) i *Psykologtidsskriftet*; en praksis som fortsetter til tross for klare advarsler fra psykiateres fagetiske komiteer (Hyttén, 2017; American Psychiatric Association, 2018). Men lederen i vårt fagetisk råd skriver i aprilnummeret av TNP at det kreves en vurdering i hvert enkelt tilfelle, og bruker Trump som eksempel (Nordheim, 2021).

Om Trumps personlighet har psykiatere og psykologer hatt klare meninger. I *USA Today* valgte en profilert psykolog å diagnostisere Donald Trump som en «ondartet narsissist» (Gartner, 2017). Diagnosen eksisterer riktignok ikke i ICD eller DSM. I *Aftenposten* fulgte en norsk psykiater opp med å beskrive Trump på samme måte (Karterud, 2021). Slik fikk den brede allmennhet på begge sider av Atlanteren vite at Trump var en selvforherligende person med klare psykopatiske, paranoide og aggressive trekk – med en patologisk trang til å bedrive løgn, rett og slett et uempatisk og ondt men-

neske, ikke ulik Hitler. Med en slik personlighet ved roret i verdens mektigste nasjon måtte det vel gå galt med både USA og resten av verden? Eller så utrolig bra – skal vi tro den andre halvparten av Amerikas brokete befolkning.

## TRUMP = AVATAR

Jeg har nære slektninger i USA – godt utdannede, velstående og dypt religiøse mennesker jeg har kjent siden barndommen – som til min forskrekkelse konstant heier på Trump. Men jeg vet jo at djevelen i svært mange amerikaneres øyne er den føderale staten, ikke minst skatte-etaten, som ifølge meningsmålinger er en av de mest hatete etater i USA (Desilver, 2013). Med sin *larger-than-life* atferd kom Trump og lovet å befri dem fra den føderale staten ved å velte pengevekslernes og duekremmers bord og stoler og drive dem ut av det templet de hadde gjort om til en røverhule (Matteus 21) – eller Capitol, om du vil, slik at Trump kunne åpne templet for de mange menn og kvinner som under Obama-administrasjonen hadde følt seg sinte, redde og bortglemte.

Som sosialpsykolog fryktet jeg aldri Trumps personlighet. Jeg fryktet de mange amerikanere som la sine innbilninger og fremtidsønsker inn i ham. I et sosialpsykologisk perspektiv var ikke Trumps personlighet som politiker nødvendigvis «virkelig», den var heller et produkt av mange ulykkelige amerikaneres verden. Det er

**TEKST** Paul Moxnes, psykologspesialist, professor i organisasjonspsykologi, gjesteforsker Psykologisk institutt, UiO

## ILLUSTRASJON

Hilde Thomsen

## FJERN-DIAGNOSTISERING







Så vidt jeg vet, gikk ikke Trump til psykolog, slik mafia-bossen Tony Soprano gjorde

en klar sammenheng mellom amerikanske velgeres følelse av å være ulykkelig og å stemme på Trump, en sammenheng med en styrke sjelden sett i samfunnsvitenskapene (Ward, De Neve, Ungar & Eichsstaedt, 2021). Jeg synes det er grunn til å stille det samme spørsmålet om Trump som psykiateren Johan Scharffenberg i 1933 stilte om Hitler: «... at det sto mektige krefter bak Hitler, og at det ofte kunne være spørsmål om det var de som førte han eller han som førte dem» (Retterstøl, 2004, s. 99). I sosialpsykologien er det generelle svaret ja. Trump (som Hitler) var sannsynligvis, med et moderne språkbruk, en *avatar* – en karakter skapt av millioner, opprett holdt av millioner og ledet av millioner. Forskning viser at folk som blir sett på en spesiell måte, tenderer mot å oppføre seg slik de blir sett, eller endre seg i den retning de blir beskrevet (Hacking, 1995, s. 21). Slike selvpoppfyllende profetier er særlig sterke innenfor ledelse. Jo flere som står bak et håp, en tro, en innbilning, jo sterkere innflytelse får dette på lederen (Jussim & Harber, 2005). Vår egen forskning (Moxnes & Moxnes, 2016) viser at massive forventninger kan «suge» personer inn i implisitte roller, for eksempel bli en gruppes «frelser» eller «konge». En slik figur er samtidig kontrollert av dem han leder. Det lederen ber dem om, er aldri noe annet enn det de selv innerst inne drømmer om og håper på – fra «build the wall» til å storme Capitol Hill. Trump vokste til himmels for mange – neppe på grunn av sine iboende onde egenskaper, men på grunn av det jordsmonnet han sto plantet i.

Bak Trumps overraskende valgseier i 2016 lå en mesterlig bruk av gruppepsykologiske prinsipper (Reicher & Haslam, 2017). Blant de millioner som hadde meninger om Trump som frelser eller Frankenstein, fantes selvsagt også noen titusener av eksperter på mental helse. Mange av dem var kollektivt enige om at Trump var mentalt forstyrret (Gartner, Langford & O'Brien, 2018; Lee, 2019). Selv om jeg er organisasjonspsykolog, har jeg lært at for å oppfylle kriteriene for en personlighetsforstyrrelse, for eksempel narsissisme, er det nødvendig å 1) ha det betydelig subjektivt vondt med seg selv – eller 2) vise en tydelig sosial eller yrkesmessig funksjonssvikt. Disse kriteriene oppfylte ikke Donald Trump (Frances, 2017).

#### DEN FUNDAMENTALE ATTRIBUSJONSFEILEN

Sosialpsykologer som meg har liten tro på at en genetisk variant av djevelen bor i onde

mennesker. Vi tror det er de ytre vilkårene som bestemmer sjelens innhold, mer enn hva gener gjør. Ytre omgivelser former mennesker – og politiske ledere er med god grunn mer følsomme for opinionen enn andre. Å tro at det er personligheten som skaper en leders handlinger, når det egentlig er situasjonen rundt lederen som gjør det, kalles i sosialpsykologien for «den fundamentale attribusjonsfeilen». Få makter å se den vanskelige situasjonen en leder står oppe i. Så tilskrives lederen i stedet negative personlige egenskaper han eller hun slettes ikke har. Splittelse i organisasjonen følger, kolleger tåler ikke lenger å se hverandre, de tåler ikke lenger å være under samme tak. Dette skjedde da Institutt for historiske studier ved NTNU høsten 2019 ble kløvd i to (Opheim, 2019). Som et USA i et nøtteskall.

Så vidt jeg vet, gikk ikke Trump til psykolog, slik mafia-bossen Tony Soprano gjorde. Så noen psykologisk utredning av Trump finnes ikke. De psykiatere og psykologer som har uttalt seg om Trump, har utelukkende sett ham utenfra. Men for å stille en diagnose mest mulig fri for subjektive usannheter må pasienten ses innenfra. Fra min praksis som gruppepsykolog har jeg erfart at i sjelens innerste rom er vi alle ganske like. Store forfattere kan låse opp døren til det innerste rommet. Så jeg finner frem Johan Borgens hovedverk fra 1955, *Lillelord*, og leter etter Trump.

Lillelord vokser opp på beste vestkant (som Trump gjorde), omringet av en falsk, lykkelig fasade. Han blir, som alle oss andre, påvirket av omverdenen og miljøet rundt seg. Lillelords røtter er plantet i narsissistisk muld. Siden foreldrene hans så sterkt vil at han skal beskues med beundring, lærer han seg å lyve hele tiden. Han oppdager at menneskene rundt ham lar seg innbille det de helst vil vite, tro det de helst vil høre. Hans bedragerske triumf blir aldri å si et eneste sant ord, aldri røpe seg. En dag blir han leder for en gjeng kunnskapsløse fattiggutter. De sterkeste av dem roper at han må fortelle dem hva de skal gjøre. Han vet hva de vil – han oppildner dem til å rane tobakksbutikken, eid av en jøde. Ikke noe Capitol, akkurat, men innehaveren dør som en følge av ranet. Hendelsen får ingen negative konsekvenser for Lillelord. Han føler at han kan kontrollere verden – og at verden, samme hva han gjør, ikke har noen som helst evne til å sette ham

på plass. Hans falske fasade frir ham fra alle hans gale handlinger.

### OK Å LYVE

Thorstein Veblen, berømt norskøkonomiprofessor, skrev i sin siste bok (1923) at løgn er en integrert del av amerikansk businesskultur, selve smøremidlet i amerikansk kapitalisme (Rollert, 2020). I business er det moralsk ok å overdrive og å lyve. Du forteller ikke sannheten om den står i veien for din business. Løgnen finnes i annonser, i finans, bilindustri,

bokbransjen, forskningen, psykologien, på LinkedIn – overalt der det er noe som skal selges. Businessmogulen som ikler seg politiker-capsen vil naturlig nok fortsette med å prøve å kontrollere verden med å spre innbilninger og usannheter – og forventer at konkurrentene gjør det samme.

For meg var president Trump en larger-than-life personlighet, fremelsket av sine omgivelser – en avatar med en personlighet skapt og kontrollert av 70 millioner andre. Slik sett var det vel ikke noe galt med Trump? ✕

## REFERANSER

- American Psychiatric Association (2018, Jan. 9th). *APA Calls for End to 'Armchair' Psychiatry*. <https://www.psychiatry.org/newsroom/news-releases/apa-calls-for-end-to-armchair-psychiatry>
- Desilver, D. (2013, 16. mai). IRS among least-popular federal agencies. *Pew Research Center*. <https://www.pewresearch.org/fact-tank/2013/05/16/irs-among-least-popular-federal-agencies/>
- Frances, A. (2017, 14. februar). An eminent psychiatrist demurs on Trump's mental state. *New York Times*. <https://www.nytimes.com/2017/02/14/opinion/an-eminent-psychiatrist-demurs-on-trumps-mental-state.html>
- Gartner, J.D. (2017, 4. mai). Trump's malignant narcissism is toxic. *USA Today*. <https://eu.usatoday.com/story/opinion/2017/05/04/trump-malignant-narcissistic-disorder-psychiatry-column/101243584/>
- Gartner, J., Langford, A. & O'Brien, A. (2018). It is ethical to diagnose a public figure one has not personally examined. *The British Journal of Psychiatry*, 213(5), 633–637. DOI: <https://doi.org/10.1192/bjp.2018.132>
- Grøndahl, P. & Dalen, K. (2018). Fjerndiagnostikkens kunst. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 56(2), 122–125.
- Hacking, I. (1995). *Rewriting the soul*. Princeton University Press.
- Hytten, K. (2017) Fjerndiagnostisering. *Tidsskrift for Norsk Legeforening*, 137(5), 380–381. <https://tidsskriftet.no/2017/02/medisinsk-etikk/fjerndiagnostisering>
- Jussim, L. & Harber, K.D. (2005). Teacher expectations and self-fulfilling prophecies: Knowns and unknowns, resolved and unresolved controversies. *Personality and Social Psychology Review*, 9(2), 131–155. [https://doi.org/10.1207/s15327957pspr0902\\_3](https://doi.org/10.1207/s15327957pspr0902_3)
- Karterud, S. (2021, 15. januar). Massepsykologien i det vi har sett, er en tro kopi av Hitlers massemonstringer i mellomkrigstiden. *Aftenposten*. <https://www.aftenposten.no/mening/kronikk/i/oAk5b0/massepsykologien-i-det-vi-har-sett-er-en-tro-kopi-av-hitlers-massemoen>
- Lee B.X. (2019). *The dangerous case of Donald Trump. 37 Psychiatrists and mental health experts assess a president*. Thomas Dunne Books, St. Martin's Publishing Group. <https://us.macmillan.com/books/9781250212863>
- Nordheim, M.L. (2021). Er fjerndiagnostisering et sidespor eller nødvendig folkeopplysning? *Tidsskrift Norsk psykologforening*, 58(4), 282–283. <https://psykologtidsskriftet.no/etikkpanel/2021/03/er-fjerndiagnostisering-et-sidespor-eller-nodvendig-folkeopplysning>
- Opheim, A. (2019, 30. oktober.). Derfor kran- gler de på Institutt for historiske studier. *Adresseavisen*, <https://www.adressa.no/nyheter/trondheim/2019/10/30/Derfor-kran-gler-de-p%C3%A5-Institutt-for-historiske-studier-20260762.ece>
- Reicher, S.D. & Haslam, S.A (2017, March 1st). Trump's Appeal: What Psychology Tells Us. *Scientific American*. <https://www.scientificamerican.com/article/trump-rsquo-s-appeal-what-psychology-tells-us/>
- Retterstøl, N. (2004). *Store tankere, urolige sinn. 21 psykiatriske portretter*. N. W. Damm & sønn.
- Rollert, J.P. (2020, Nov. 25th). Is lying a part of business? *Chicago Booth Review*. <https://review.chicagobooth.edu/strategy/2020/article/lying-part-business>
- Ward, G., De Neve, J.-E., Ungar, L.H. & Eichsstaedt J.C. (2021). (Un)happiness and voting in U.S. presidential elections. *Journal of Personality and Social Psychology*, 120(2), 370–383. <http://dx.doi.org/10.1037/psps0000249>



# Ingen arbeidslivsatsning

Halvveis inn i landsmøteperioden sliter Psykologforeningen med å følge opp hovedsatsningsområdet «arbeid og utdanning».



**TEKST** Bjørnar Olsen, spesialist i arbeids- og organisasjonspsykologi, Lysne Helse, Rudi Myrvang, spesialist i arbeids- og organisasjonspsykologi, leder av fagutvalget i organisasjonspsykologi og Nina Laue Næspe, psykolog, daglig leder Lysne Helse

## HOVEDSATSINGS-OMRÅDET

**EN NYVALGT PSYKOLOGPRESIDENT** uttalte i november 2019 at han skulle sette seg ned med sentralstyret, utvalgene og lokallagene for å spisse hovedsatsningen «arbeid og utdanning». I årets marsutgave av Psykologtidsskriftet forteller Håkon Skard at sentralstyret har snevret inn og operasjonalisert hovedsatsningsområdet til en liste over 29 tiltak de ønsker å gjennomføre i tråd med en tentativ fremdriftsplan. Halvannet års politisk arbeid har altså gitt oss et foreløpig ønske om fremdrift og tiltak som mest av alt dreier seg om ytterligere kartlegging av behov og videre dialog med medlemmer og myndigheter.

## SAMFUNNSBIDRAGET

Halvveis inn i landsmøteperioden er det fortsatt vanskelig å se konturene av satsningen. Men skal Landsmøtet 2022 kunne – for å låne Skards ord – «se hva sentralstyret har gjort og ikke gjort, og hva de har fått til og ikke fått til for å kunne evaluere oss som foreningens øverste organ», haster det. Det ligger riktig nok til politikens vesen mer å love handling enn faktisk å handle. Likevel, et hovedsatsningsområde er ment å være Psykologforeningens politikk på et bestemt samfunnsområde, der psykologisk kunnskap og psykologer kan gi vesentlige bidrag til å løse hittil uløste, viktige samfunnsoppgaver. Selv om vi fortsatt mener at en

hovedsatsning som omfatter både utdanning og arbeidsliv, favner for bredt (se Myrvang, 2020 og Olsen, 2020), er det liten tvil om at begge samfunnsfeltene er mer enn verdige hovedsatsningsområder. Det er også fullt mulig å spisse satsningen, for eksempel ved å avgrense utdanning til å handle om direkte yrkeskvalifisering, slik at forbindelseslinjen mellom utdanningsløp og arbeidsliv bli tydeligere. En pågående pandemi, med permitteringer, omskoleringer og bransjeskifter, er begrunnelse god nok for en slik avgrensning.

## INKLUDERENDE ARBEIDSLIV

Arbeidsliv er et riktig satsningsområde for psykologstanden. Som regjeringen skriver i årets perspektivmelding, er deltakelse i arbeidslivet den fremste forsikringen mot fattigdom – og fattigdomsbekjempelse, særlig blant barnefamilier, er regjeringens viktigste sosialpolitiske målsetting. Et inkluderende arbeidsliv er også nødvendig for å bekjempe utenforskap og bedre integrering; ikke minst viktig når vi vet at norsk arbeidsliv i mindre grad enn andre OECD-land evner å inkludere folk med funksjonsnedsettelser. Andre eksempler på utenforskap ser vi når alder eller et utenlandskklingende navn står i veien for jobbintervju, eller vi finner systematiske skjevheter i opptaket til studier og lærlingsplasser. Vi er heller ikke i mål med inkluderings-



**YRKESKVALIFISERING** Psykologforeningens hovedsatsning kunne ha vært spisset til yrkeskvalifisering, skriver Olsen, Myrvang og Næspe. Ved Kuben yrkesarena i Oslo er elevene på Teknologi og industrifag tilbake fysisk på skolen etter den har vært korona-nedstengt. Foto: Lise Åserud / NTB Scanpix

arbeidet bare vi lykkes med å sysselsette en større del av befolkningen; vi må også sørge for at de blir en reell del av virksomheten, slik at de forblir i arbeidslivet og vi får utbytte av kompetansen de bringer til torgs. Et inkluderende arbeidsliv går derfor langt utover behandling, og handler vel så mye om å utvikle et arbeidsliv der for eksempel mennesker med funksjonsnedsettelse finner sin naturlige plass. Og vi rekker ikke annet enn å nevne hvordan et slikt arbeidsliv forebygger sykdom og uhelse.

#### **I FORKANT**

Arbeid som hovedsatsning handler videre om å være i forkant av de store endringene arbeidslivet står overfor de nærmeste årene; som at millioner av mennesker over hele verden kan miste sitt daglige arbeid som følge av den teknologiske utviklingen. Når stadig flere oppgaver automatiseres og et stadig mindre antall multinasjonale selskaper står som eiere, trengs det nye tanker både om hvordan arbeidslivet skal organiseres, og hvordan bidra til meningsfullt livsopphold for en økende gruppe mennesker som faller utenfor det vi dag kaller arbeidslivet. Viktige stikkord for denne debatten kan være (internasjonal) borgerlønn, meritokratiets skyggesider, følgene av «gig-economy» for tilhørighet og trygghet, velferdsstatens finansiering, arbeidslivet som fellesskap, sykefraværarbeid på systemnivå og kvinnehelse.

#### **SAMFUNNSBYGGING**

Arbeid handler – akkurat som utdanning – om hvilket samfunn vi ønsker oss. Da kan man ikke ha berøringsangst når det kommer til samfunnspolitikken, og det trengs mer enn tentative fremdriftsplaner, behovskartlegging og dialog. I stedet er det på tide å holde frem hvordan psykologisk kunnskap og psykologers praksis faktisk kan løse arbeidslivets og samfunnets utfordringer. ✕



Når stadig flere oppgaver automatiseres og et stadig mindre antall multinasjonale selskaper står som eiere, trengs det nye tanker

## Faktafeil

Det er enkelte faktafeil i Psykologtidsskriftes intervju med Atle Austad.

**TEKST** Svein Øverland, leder for Nasjonal enhet for rettspsykiatrisk sakkyndighet (NERS) og Gunnar Johannessen, leder for psykiatrisk gruppe i Den rettsmedisinske kommisjon

### SAKKYNDIGHET

**DEN RETTSMEDISINSKE KOMMISSJON** gir ikke sakkyndige oppdrag. Kommisjonens oppgave er å kontrollere sakkyndige erklæringer i straffesaker opp mot en faglig standard og rettsregler.

Statsadvokater oppnevner ikke sakkyndige. Det er retten som oppnevner sakkyndige etter forslag fra påtaleansvarlig jurist i samråd med forsvarer.

Ved behov for sakkyndige leger eller psykologer i en straffesak vil som hovedregel Nasjonal enhet for rettspsykiatrisk sakkyndighet (NERS) kontaktes. NERS' oppgave er å finne fire sakkyndige med nødvendige kompetanse for å gjennomføre oppdraget ut fra opplysningene i sitt register over sakkyndige. De sakkyndige må i tillegg være habile. Deretter velger påtaleansvarlig i samarbeid med forsvarer to av de fire foreslåtte sakkyndige. Navnene på disse to sendes retten sammen med forslag til mandat.

For å bli registrert i NERS' oversikt forutsettes at en melder seg inn. Det kreves at kompetanse dokumenteres og hvorvidt det for eksempel er gjennomført B-kurs i strafferett og C-kurs i rettspsykiatri. Det er den enkelte fagperson som selv må melde seg inn i oversikten, og som må dokumentere nødvendig kompetanse.

Det er retten som til slutt utferdiger mandat og oppnevner sakkyndige. Retten er helt fri til å oppnevne andre fagpersoner enn de som står oppført i NERS' register. ❌

## Går ikke til kjernen

De som mener jeg presenterer faktafeil, forholder seg i liten grad til kjernen i min kritikk av systemet for oppnevning av rettsakkyndige.

**TEKST** Atle Austad, psykologspesialist

### SAKKYNDIGHET

**SVEIN ØVERLAND** og Gunnar Johannessen påpeker i psykologtidsskriftet, no 8. april det de mener er faktafeil i intervjuet *Ingen justismordjeger*. Jeg kjenner godt til de formelle reglene for oppnevning av sakkyndige for retten. Spørsmålet er om reglene i praksis fungerer slik de er ment. Mine erfaringer tilsier at de ikke alltid gjør det. Det var det jeg forsøkte å få fram da Psykologtidsskriftet presenterte min befatning med Baneheia-saken i aprilutgaven

Det er på det rene at det er domstolen som oppnevner sakkyndige, slik Øverland og Johannessen påpeker. Men jeg har klare holdepunkter for at eksempelvis statsadvokaten vil kunne gi uttrykk for oppfatninger om hvilke sakkyndige som bør utnevnes i enkeltsaker. Et eksempel er brev fra Hedmark og Oppland Statsadvokater til Valdres tingrett av 8. desember 2017, der jeg frarådes som sakkyndig i en aktuell sak, blant annet fordi jeg «... sies å være kontroversiell bl.a. ved at han (Atle Austad, red. anm.) offentlig har gått ut og hevdet at Viggo Kristiansen (som han har til behandling) er uskyldig dømt i Baneheia-saken. Dersom det skulle være behov for det, vil en komme tilbake med forslag om en annen sakkyndig.»

At psykiater Gunnar Johannessen er en av dem som kommenterer min uttalelse i Psykologtidsskriftet, er interessant. Han er den i Den rettsmedisinske kommisjon (DRK) som har gått sterkest ut for å diskvalifisere meg som fagperson. 28. august 2014 ble han intervjuet i avisa Fædrelandsvennen i egenskap av sin rolle som nestleder i DRK. Johannessen var tydelig i sin kritikk av meg. Han mente jeg ikke kunne behandle Viggo Kristiansen så lenge jeg mente han er uskyldig dømt: «Kristiansen er av norsk lagmannsrett dømt for å ha begått alvorlige seksuelle overgrep mot barn og deretter drept barna. Psykologen vil da ikke kunne gå inn for å kurere Viggo Kristiansen med den problemstillingen. Han vil i stedet være med på å støtte opp om Kristiansens syn på at han ikke har gjort noe galt», uttalte han til Fædrelandsvennen den gangen. Jeg oppfatter at Johannessen i dette tilfellet går ut over sin rolle i DRK, noe jeg finner lite tillitvekkende.

Uttalelsen fra Johannessen står i sterk kontrast til uttalelse fra Fagetisk råd (FER) i Psykologforeningen. Etter en klage på meg fra Ada Sofie Austegard, mor til det ene offeret i Baneheia-saken, svarte FER i 2015 at





Faksimile av aprilutgaven

jeg var forpliktet til å varsle. Også Fylkesmannen i Oslo og Akershus har sett nærmere på min rolle og konkluderte med at min behandling av Viggo Kristiansen i perioden etter 2010, da jeg hadde begynt å bli skeptisk til dommen, «ikke er i strid med god praksis», at jeg ikke har «brutt forsvarlighetskravet i helsepersonelloven § 4». Fylkesmannen uttaler eksplisitt at jeg ikke deltok aktivt i arbeidet med å få gjenopptatt pasientens straffesak, og derfor ikke kom i noen dobbeltrolle overfor pasienten.

Jeg står fast ved at min holdning til dommen mot Viggo Kristiansen har hatt betydning for at jeg ikke har fått sakkyndighetsoppdrag etter at min skepsis til bevisene ble kjent, og at de som mener jeg presenterer faktafeil i *Ingen justismordjeger*, i liten grad forholder seg til kjerne i min kritikk av systemet for oppnevning av rettssakkyndige. ✘

*Psykiater Gunnar Johannesen har fått tilbud om samtidig imøtegåelse til dette innlegget, men har ikke ønsket å benytte seg av muligheten.*

### REFERANSER

Dymbe, A.I. (2017). Brev fra Hedmark og Oppland Statsadvokater til Valdres tingrett av 8. desember, referanse: 13319581 145/16–111

Kristensen, E. (2014). – Hva psykologen mener om Kristiansens skyld, er uinteressant for rettsapparatet. *Fædrelandsvennen*. <https://www.fvn.no/nyheter/lokalt/i/4Q30V/hva-psykologen-mener-om-kristiansens-skyld-er-uinteressant-for-rettsapparatet>

Helmikstøl, Ø. (2015). *Plikt til å varsle. Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 52(4), 338–340. <https://psykologtidsskriftet.no/nyheter/2015/04/plikt-til-varsle>

Fylkesmannen i Oslo og Akershus (2015). Avslutning av tilsynssak av 24.mars, referanse: 2014/11525–29 H-ROP

## Rom for kontradiksjon



Rom for kontradiksjon mellom påtalemyndigheten og forsvarerne er et viktig rettssikkerhetsprinsipp i straffesaker.

**TEKST** Arne Ingv. Dymbe, førstestatsadvokat hos Statsadvokatene i Hedmark og Oppland

### SAKKYNDIGHET

**DET FREMKOMMER I** et intervju med psykologspesialist Atle Austad i *Psykologtidsskriftet* av 6. april i år at han uttaler at «oppnevninger gjøres av statsadvokatene og Den rettsmedisinske kommisjon». Disse faktafeilene er korrigert i et svar av 8. april fra lederen for psykiatrisk gruppe i Den rettsmedisinske kommisjon, Gunnar Johannesen.

I tilsvar til Gunnar Johannesen trekker Austad frem et eksempel fra den såkalte Valdressaken. Han viser til et brev av 8. desember 2017 fra Statsadvokatene i Hedmark og Oppland, der det angis at statsadvokaten har frarådet at Austad blir oppnevnt som sakkyndig i saken. Dette krever en presisering. Forsvarerne i denne saken ba om rettens oppnevning av sakkyndige for å vurdere et forhold som etter påtalemyndighetens mening langt på vei tillå rettens bevisbedømmelse. Påtalemyndigheten gikk derfor imot at det skulle oppnevnes sakkyndig med det mandatet som var foreslått. I samme brev til retten ble det fra vår side anført at dersom det skulle oppnevnes sakkyndige, så ville vi foreslå andre sakkyndige enn Austad. Påtalemyndigheten mente han ikke var rett person. Det ble påpekt hvilket arbeidsfelt han jobbet med, og at han kan sies å være kontroversiell, slik det er sitert i innlegget fra Austad.

Det er et viktig rettssikkerhetsprinsipp i straffesaker at det er rom for kontradiksjon mellom påtalemyndigheten og forsvarerne. Dette vil også gjelde for rettens oppnevning av sakkyndige. Behovet for kontradiksjon om hvem som skal oppnevnes som sakkyndig, har likevel blitt betydelig mindre de siste årene etter at vi har fått ordningen med NERS.

For ordens skyld kan jeg nevne at Valdres tingrett fant at det ikke var grunnlag for å bruke rettsoppnevnte sakkyndige til det som var foreslått av forsvarerne. ✘



# Standardisering, lytting og forståelse

Standardiseringen som nå dominerer psykisk helsevern, er en uønsket innskrenkning av en nødvendig variasjon.



**TEKST** Espen Håland, psykologspesialist ved Sørlandet sykehus HF, Psykiatrisk sykehusavdeling (PSA)

## STANDARDISERING

I **DE SISTE** utgavene av Psykologtidsskriftet har det vært en viktig debatt om standardisering. Jeg tror mye av uenigheten beror på hvilke kunnskapsgrunnlag den enkelte legger til grunn. Psykiater Amund Andenæs (2017) har i sin doktorgrad tydeliggjort dette. Han viser at psykologisk forståelse og terapitenkning kan deles i en medisinsk og en fortolkende tilnærming. Den medisinske tilnærmingen fremhever skillet mellom person og lidelse. Diagnostisk tenkning er helt essensielt. Det er diagnosen som avgjør behandling. Pasientens bakgrunn og historie er lite relevant i denne sammenhengen. Her forstås psykisk lidelse på linje med somatisk sykdom. Den medisinske tilnærmingen tilstreber å unngå unødig spekulasjon og er i liten grad interessert i det unike ved pasienten. Dette perspektivet dominerer i psykisk helsevern i dag, og det går i stor grad hånd i hånd med standardiseringen.

Den fortolkende tilnærmingen legger til grunn at pasientens vansker er særegne, og vanskene forstås som et mellommenneskelig fenomen. Den fortolkende terapeut forstår seg selv som involvert i terapirommet. Det er et møte med den unike pasient. Pasientens psykiske vansker forstås i lys av den enkeltes historie, ikke som en objektiv tilstand som for eksempel angst og depresjon. I den fortolkende tilnærmingen er flertydighet og usikkerhet sentralt i terapeut-pasient-relasjonen.

Standardisering er et forsøk på kontroll. Det er en bakenforliggende tanke om at lik diagnose gir lik behandling. Variasjon er uønsket og skal bort. Det er en rendyrket medisinsk tilnærming. Som psykologer står vi i spennet mellom den medisinske og den fortolkende tilnærmingen. Standardiseringen vil ha oss bort fra dette spennet, og det kan føles befriende for mange. Det kan gi en følelse av kontroll over terapien og over det usikre i møte med den enkelte pasient. Toleranse for usikkerhet er vanskelig å bære.

Men vi hjelper ikke våre pasienter på denne måten. Det finnes ikke noe sånt som standardisert lytting/forståelse og heller ikke evidensbasert lytting/forståelse for den saks skyld. Vi har mange forskningsbaserte terapimetoder for å hjelpe våre pasienter, noen mer basert på en medisinsk tilnærming og andre mer basert på en fortolkende tilnærming. Vi trenger denne variasjonen i møte med våre pasienter, som ikke lar seg standardisere. Standardiseringen som nå dominerer psykisk helsevern, er en uønsket innskrenkning av en nødvendig variasjon. ✕

## REFERANSE

Andenæs, A.M. (2017). *Distanse og involvering. Hvordan 18 psykiatere konstituerer forståelsen av sitt kliniske arbeid*. Doktoravhandling, Universitetet i Agder.

## DEBATT OM STANDARDISERING

### Tidligere innlegg:

- Nr. 04 - 2021** Kunst og håndverk (Akiha A. Ottesen)
- Nr. 04 - 2021** Standardisering og profesjonalitet er ikke det samme (Hedda Sødal)
- Nr. 04 - 2021** Vi trenger ikke være slaver av systemet (Heidi Svendsen Tessand)
- Nr. 03 - 2021** Standardisering fremmer faget (Lene Paulsen Walderhaug)
- Nr. 02 - 2021** En sakte invasjon (Akiha A. Ottesen)



Det finnes ikke noe sånt som standardisert lytting

# Standarder kan fremme rettferdighet

Den nordiske velferdsmodellen er bygget på standarder. For å kunne fordele goder rettferdig, trengs allmenngyldige kriterier og målbare enheter for å sikre grunnleggende likhetsidealer.

**MITT INNLEGG «STANDARDISERING** har fremmet faget» ble imøtegått i marsutgaven. Jeg vet ikke om jeg er blitt vranglest, eller om jeg har uttrykt meg upresist. Uansett: Her er et forsøk på oppklaring.

Innlegget handlet fra min side ikke ensidig om pakkeforløp. I hvert fall ikke i den spesifikke formen og med de systemene for registrering og koding vi baler med i dag. I sin nåværende form fremstår forløpene som førstegenerasjonsløsninger som er mer til irritasjon enn hjelp. Mitt innlegg var ment som et forsvar for standarder i vårt fag. Standarder for diagnoser, for dokumentasjon og for pasientbehandling. Standarder som kan forstås som et rammeverk for fagutøvelse. Selve skreddersømmen er det vi som fagutøvere som må tilføre.

## STORTRIVES MED SPESIALISERTE LØP

Det var også ment som et forsvar for seriell spesialisert behandling. Og som et forsøk på å nyansere debatten der mange har belyst negative sider de opplever ved de siste års endringer. Jeg ønsket å representere en entusiastisk stemme fra en blant flere som stortrives i arbeidet med spesialiserte evidensbaserte løp som B4DT, RISK, spiseforstyrrelsebehandling for barn og unge og Basal eksponeringsterapi (BET), lista er lang ...

Det er mange ting vi er enige om: blant annet betydningen av en personsentrert tilnærming til terapi med utgangspunkt i pasientenes livsverden og særegne ønsker. Det ligger sentralt i en god utredning og valg av behandling i behandlingsplan at det er fundert i spørsmålet: «Hva er viktig for meg (les: pasienten)?»

Det er også flere ting vi er uenige om. For eksempel at standarder henger sammen med privatisering og forsikringsbasert finansiering

med smak av USA. Den nordiske velferdsmodellen er jo nettopp bygget på standarder. For å fordele goder ut fra et rettferdighetsprinsipp trenger man allmenngyldige kriterier og målbare enheter for å sikre grunnleggende likhetsidealer. At standarder også bidrar til effektivitet, behøver heller ikke å være noe negativt.

«Mer standardisering gir ikke mer profesjonalitet.» Nei, ikke i det uendelige. Like lite som mer tid og rom til å følge pasienter uten standarder og rammer heller ikke gjør det i det uendelige. Men det er noe uproft å være helt uten standarder. Noe som historisk sett har vært tilfelle for vårt fagfelt. Og så må vi selvfølgelig unngå den andre grøfta: slutte å bruke oss selv kreativt fordi det fins rammer.

## BALANSERT BELASTNING

Kanskje er også mange usikre og kjenner seg overveldet av krav. Det har vi ingen grunn til. Det ligger vanvittig mye kompetanse i feltet. Å verbalisere og skriftliggjøre egne vurderinger vil synliggjøre hva vi kan.

Ledelsesperspektivet som Heidi Svendsen Tessand skriver om, er viktig. Det slår meg at psykologer ofte skal være så «flinke» at vi strever med å være tydelige på grenser og stille krav til ledelsen på samme måte som de stiller krav til oss. Det er et ansvar også fra ledelsen å sørge for at folk har en belastning som er i balanse.

Jeg mener diskusjonen om pakkeforløp og hvilke standarder vi skal ha, best skjer på et faglig grunnlag som peker fremover, tar faget videre, og er tuftet på hva som tar pasientene fremover, samt gir gode arbeidsmiljø. Å romantisere fortiden skaper sjelden gode arbeidsmiljø, faglig utvikling eller endringer, for den saks skyld. Vi må dra sammen for å skape det fagfeltet og den arbeidshverdagen vi ønsker oss. ✕



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

## STANDARDISERING



Den nordiske velferdsmodellen er jo nettopp bygget på standarder



Faksimile av aprilutgaven

## Lar brukernes rettigheter komme i annen rekke

Mye kan tyde på at hjelpere som ikke vil henvise til medisinfril tilbud, handler ut fra et bekræftelsesbias og setter egen faglige overbevisning over brukernes rettigheter.



**TEKST** Mikael J. Sømhovd ph.d., spesialrådgiver, Norsk psykologforening og Aina Fraas-Johansen, psykologspesialist, spesialrådgiver, Norsk psykologforening.

**MEDISINFRI  
BEHANDLING**

**REPORTASJEN «MÅ KJEMPE** for medikamentfri behandling» i aprilutgaven av Psykologtidsskriftet viser eksempler på fagfolks negative holdninger til legemiddelfrie behandlingstilbud, og er nedslående lesning. Vi oppfatter at forskning og mangel på forskning brukes som misvisende argumentasjon mot disse tilbudene.

### EVIDENSPYRAMIDEN

På toppen av den såkalte evidenspyramiden troner randomiserte kontrollerte studier (RCT) og helst statistiske meta-analyser av RCT-er. Pyramiden er som enhver modell et fattig forsøk på å beskrive en kompleks virkelighet.

Modeller er riter i akademias forståelse av verden, men er altså ikke verden.

Pyramiden er likevel et godt bilde, fordi det den egentlig viser, er at uten et fundament av andre studier har vi gjerne ikke engang fornuftige spørsmål å stille i en RCT. Alle design er ikke like konklusive om effekt og årsaksretning, men det ene eksisterer ikke uten det andre.

I den virkelige virkeligheten i psykisk helsevern finnes derimot ikke den nøye selekterte pasienten som ofte studeres i RCT-er (f.eks. Humphreys, 2017; Humphreys et al., 2013; Wong et al., 2018). Så dersom dette brukes som eneste gyldige kunnskapsbase, er det i beste fall misvisende, i verste fall farlig.

For det andre: Mangel på forskningsevidens er ikke evidens på manglende effekt. Heller ikke det at noe har effekt, er evidens på at noe annet ikke har det.

### IKKE ALTERNATIVBEVEGELSEN

Legemiddelfrie tilbud er for mennesker som opplever at medisiner, særlig med antipsykotiske medikamenter, gir flere ulemper enn fordeler. Problemstillingen synes å være kjent verden over (Bjørnstad et al., 2020). Behandlingen er frivillig og selvvalgt og godt evaluert (Johansen et al., 2020; Øvernes, 2019). Brev fra Helsedirektoratet (2017; 17/31156–6) har presisert at medisinfrie tilbud er forsvarlig. Det er altså ikke alternativbevegelsen vi snakker om, men en del av spesialisthelsetjenesten, der behandlingen foregår under forsvarlige rammer og med høye faglige standarder.

Kunnskapsbasert praksis er en integrering av beste forsknings- og erfaringskunnskap og pasientens ønsker og behov i en gitt situasjon (Helsebiblioteket). Dermed er det balansen av de ulike elementene som skal sikre god praksis. Samvalgmetodikken (Folkehelseinstituttet, 2019) skal sikre retten til å foreta valg for egen helse. Det er forstemmende at dette overprøves for mennesker som ønsker medisinfrie tilbud.

### REFERANSER

- Bjørnstad, J., Lavik, K.O., Davidson, L., Hjeltnes, A., Moltu, C., & Veseth, M. (2020). Antipsychotic treatment – a systematic literature review and meta-analysis of qualitative studies. *Journal of Mental Health*, 29(5), 513–523. DOI: 10.1080/09638237.2019.1581352
- Folkehelseinstituttet (2019). Samvalg. <https://www.fhi.no/kk/oppsummert-forskning-for-helsetjenesten/samvalg/>
- Helsebiblioteket. Kunnskapsbasert praksis. <https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis>
- Humphreys, K. (2017). A review of the impact of exclusion criteria on the Generalizability of schizophrenia treatment research. *Clinical schizophrenia & related psychoses*, 11(1), 49–57. DOI: 10.3371/1935–1232–11.1.49
- Humphreys, K., Maisel, N.C., Blodgett, J.C., Fuh, I.L., & Finney, J.W. (2013). Extent and Reporting of Patient Non-Enrollment in Influential Randomized Clinical Trials, 2002 to 2010. *JAMA internal medicine*, 173(11), 1029–1031. doi:10.1001/jamainternmed.2013.496

### INNOVASJON

Psykologer og leger hindrer ifølge reportasjen menneskers rett til å velge (Bjørnstad et al., 2020). Retten til medvirkning og informasjon i egen behandling (pasient- og brukerrettighetsloven, 2001) innebærer i praksis retten til å velge bort behandling, selv om helsepersonell mener noe annet. Mye kan tyde på at hjelpere som ikke vil henvise til medisinfrie tilbud, handler ut fra et bekräftelsesbias (Øvernes, 2019). Dermed setter de sin egen faglige overbevisning over brukernes rettigheter.

Heldigvis går verden fremover. OECD definerer at all offentlig innovasjon forutsetter brudd med etablert praksis og utvikles som regel etter kritikk av det eksisterende (OECD, 2019). Dette gjelder også helsetjenester.

Vi er midt i en pandemi og har sett dødsfall i sammenheng med en av koronavaksinene. Ingen legger bevisbyrden på de som av den grunn vil ha en annen type – eller ikke ønsker vaksine. Men det er nettopp det som skjer for mange som ønsker medisinfri behandling.

Prinsipielt sett handler det om den enkeltes rett til å kunne velge en helsehjelp de synes de kan leve med. ✕



... all offentlig innovasjon forutsetter brudd med etablert praksis



# Fraråder ikke psykologhjelp

Psykologisk støttebehandling kan være positivt for den ME-syke, men andre former for psykologisk behandling kan gjøre vondt verre.



## TEKST

Nina E. Steinkopf, tidligere HMS- og kvalitetsdirektør i internasjonal petroleumsvirksomhet, Nå: ME-syk og skribent

## ME

**PSYKOLOG** Ruth-Anne Tomtum Kleve skriver i april-utgaven at det vil være en katastrofe å holde pasienter med CFS/ME borte fra psykiatrien.

Det er underlig at Tomtum Kleve tolker mitt innlegg som at psykologisk støttebehandling frarådes. Tvert om. I min kronikk siterer jeg NICE: «Kognitiv adferdsterapi kan vurderes som støtte for å redusere den psykiske belastningen forbundet med å ha en kronisk sykdom, men skal ikke gis som behandling eller kur mot ME/CFS.» Noen ME-syke får i dag god hjelp av psykologer til å snakke om vonde følelser som følger av å ha en kronisk sykdom, og å få satt ord på sorgen over tapt livskvalitet. Flere bør også få muligheten til det. Jeg er helt enig i betydningen av å møte ME-syke med «respekt, varme og empati, i kombinasjon med evidensbasert kunnskap». Uenigheten er hva forskningsevildens og pasienterfaringene faktisk sier.

Min henvisning til psykiatrien er de utallige forsøk på å re-klassifisere sykdommen fra nevrologi til psykiatri. Det har ført til utbredte misoppfatninger om at sykdommen er psykosomatisk, anbefalinger om behandling som kan være skadelig, at negativ effekt av behandlingen blir forklart som aktivitetsfobi, og at familier med barn som ikke blir friske, har blitt satt under barnevernets tilsyn.

I psykiater Fredrik Ulrik Malts Lærebok i psykiatri, utgitt i 1994, klassifiseres ME som nevrasiteni (Stormorken, Tidsskriftet for Den norske legeförening, 2004), i strid med WHO's vedtak som har vært gjeldende siden 1969 om at ME er en nevrologisk sykdom. Malt uttalte til magasinet Kvinner og klær i 1996 at «Felles for denne type sykdommer er at de blir en slags «epidemier» eller «motesykdommer» som sprer seg via sosial «smitte»». Pasientgruppen lider fremdeles av dette. I et planlagt forskningsprosjekt om en intervensjon for voksne med CFS/ME, nå 25 år senere, er hypotesen nøyaktig den samme (USHT

Viken, 2020). Prosjektet har støtte fra helsemyndighetene, og involverer bl.a. FHI og NAV.

Den psykosomatiske tilnærmingen har i realiteten forsinket biomedisinsk forskning. Etter 40 år er det ingenting som tyder på at ME er psykosomatisk, ei heller har denne tilnærmingen bidratt til effektive behandlinger. Mange blir møtt med at sykdommen egentlig er noe annet enn fysisk, nemlig deres egne angivelige dysfunksjonelle tanker om sykdommen; at de er syke fordi de tror de er syke. ME-pasienter opplever å bli snakket om og til som kunnskapsløse som ikke vet sitt eget beste. Det finnes eksempler på unge ME-syke som ligger på sykehjem med sondering og bleie fordi de har fått feilaktige råd om gradvis opptrening. ME-feltet har vært gjennom et paradigmeskifte som beskrevet av prof. Ola D. Saugstad i 2020.

Empati og forståelse er nødvendig, men må kombineres med en vitenskapelig oppdatert sykdomsforståelse. Det er bekymringsfullt at Kleve, som hevder å ha «spisskompetanse» på ME (Tangen helseklinikk, 2017; Amtstidende, 2020), er sterkt uenig i ny medisinsk viten. NICE har, i utarbeidelsen av de nye retningslinjene i 2021, vurdert kvaliteten på 236 studier med kognitiv adferdsterapi og gradert treningsterapi som behandling ved ME. Kvaliteten vurderes som LOW for hhv. 19 % og 11 % og VERY LOW for hhv. 81 % og 89 % av studiene. Ingen studier er ansett for å være av en kvalitet som er akseptabel.

Det er som psykolog Tomasz Witkowski skriver i The Research Digest i 2019, begrenset bevis for den utbredte troen at psykoterapi endrer kroppen så vel som sinnet. Det er heller ikke vitenskapelig hold i å hevde at nødvendig hvile forverrer sykdommen. Derimot finnes det, som Jørn Tore Haugen dokumenterte i 2020, store mengder solid forskning som viser at kognitive metoder og treningsterapi som går ut over tålegrensene kan skade.

Samtaletterapi, lyd- og lyseksponering og fysisk aktivitet kan være ekstremt belastende og føre til langvarig forverring. En ME-pasient som ligger i mørket, har nok med å overleve. De trenger hjelp til å få dekket basale behov, f.eks. å få tilført næring, tåle at noen i kort tid bistår med bleieskift og stell, og å holde ut smerter og kroppslige symptomer. Dette, og praktisk hjelp til pårørende er, som dokumentert i Norges ME-forenings rapport fra 2019, vanskelig å få fordi deler av hjelpeapparatet er av den oppfatning at psykologer kan kurere sykdommen.

Det er viktig å beholde håpet om tilfriskning. Noen blir friskere, og da øker aktivitetsnivået helt naturlig. Falske forhåpninger og feil medisinske råd derimot, kan, som psykologspesialist Ketil Jakobsen beskrev i Psykologtidsskriftet i 2017, bidra til at pasienter mister tillit til helsepersonell.

Psykologer har ansvar for å gi realistisk, forskningsbasert informasjon og behandling slik som ved annen sykdom, og bør avstå fra egne forklaringer og udokumenterte påstander om behandling og tilfriskning. Helsepersonell har plikt til å holde seg oppdatert på medisinsk viten og på den måten ivareta pasientsikkerheten. ✕

## REFERANSER

- Stormorken, E. (2004). Vranglære i lærebok i psykiatri i: *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 9, 1277. <https://tidsskriftet.no/2004/05/brev-til-redaktoren/vranglaere-i-laerebok-om-psykiatri>
- Magasinet Kvinner og Klær (1996) Bare psykisk? *Kvinner og Klær* nr. 1
- Utviklingssenteret for sykehjem og hjemmetjenester Viken (2020): «Invitasjon til å delta i forskningsprosjekt om en intervensjon for voksne med CFS/ME», <http://opengov.cloudapp.net/Meetings/ahk/Meetings/Details/397489?agendaItemId=205095>
- Saugstad, O.D. (2020). Myalgic Encephalomyelitis (ME) in the Young. Time to Repent. *Acta Paediatr*, 109, 645–646. <https://doi.org/10.1111/apa.15084>
- Tangen Helseklinikk (2017) Facebook: <https://www.facebook.com/tangenhelse/posts/1058571454274311>
- Nordseth., E. (2020). På Tangen helseklinikk har de merket effekten av tverrfaglig samarbeid med pasienter med denne sykdommen. *Amtstidende*. <https://www.amta.no/pa-tangen-helseklinikk-har-de-merket-effekten-av-tverrfaglig-samarbeid-rundt-pasienter-med-denne-sykdommen/s/5-3-902545>
- National Institute for Health and Care Excellence (forventet publiseringsdato: 18. august 2021): Myalgic encephalomyelitis (or encephalopathy)/chronic fatigue syndrome: diagnosis and management. In development [GID-NG10091]. <https://www.nice.org.uk/guidance/indevelopment/gidng10091>
- Witkowski, T. (2019). There is limited evidence to support the widely held belief that psychotherapy changes the body as well as the mind. *The British Psychological Society – The Research Digest*: <https://digest.bps.org.uk/2019/05/13/there-is-limited-evidence-to-support-the-widely-held-belief-that-psychotherapy-changes-the-body-as-well-as-the-mind/>
- Haugen, J.T. (2020). Kognitive metoder og treningsterapi kan være skadelig for CFS/ME-pasienter. <https://melivet.com/2020/10/09/kognitive-metoder-og-treningsterapi-er-skadelig-for-cfs-me-pasienter/>
- Schei, T. og Angelsen, A. (2019). De alvorligst ME-syke; Sykdomsbyrde og hjelpetilbud. <https://www.me-foreningen.no/wp-content/uploads/2019/06/De-alvorligste-ME-syke-rapport-og-vedlegg.pdf>
- Jakobsen, K. (2017). Hvem er fagperson og hvem er amatør? *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 55(12), 1168–1173. <https://psykologtidsskriftet.no/fra-praksis/2017/12/hvem-er-fagperson-og-hvem-er-amator>



## Den psykosomatiske tilnærmingen har i realiteten forsinket biomedisinsk forskning

### DEBATT OM ME

#### Tidligere innlegg:

- Nr. 04 - 2021** Psykiatrien ingen katastrofe for ME-pasienter (Ruth-Anne Tomtum Kleve)
- Nr. 03 - 2021** Replikk fra Helsedirektoratet (Morten Græsli)
- Nr. 02 - 2021** Bør legge utdaterte råd på hylla (Nina E. Steinkopf)



Faksimile av aprilutgaven

# Hva er god fagformidling?

Jeg vil utfordre beskrivelsen av fagformidling som enten «god» eller «dårlig».



**TEKST** Aiste Gvildyte Naess, psykologistudent, 9. semester ved profesjonsstudiet i Oslo

## FAGFORMIDLING



For meg er selve variasjonen i formidlingen kilden til inspirasjon

I APRILUTGAVEN av Tidsskriftet skriver Håkon Huth om hvordan vi, framtidige og nåværende psykologer, ofte bruker unødig kompleks språk for å snakke om både enkle og komplekse ting. Jeg er enig i at dette lett blir en uvane når vi bruker det så mye mellom oss. Som Håkon har jeg beskjeden erfaring, men selv har jeg kjent at det har vært utfordrende å koble meg av det akademiske språket for «å komme tilbake til jorda» etter noen forelesninger. Likevel stiller jeg spørsmål ved hans bønn om hjelp fra dyktige psykologer der ute på vegne av psykologistudentene.

Først og fremst: Hva er god fagformidling, og hvem skal bestemme hvilke eksempler som er gode? For meg er selve variasjonen i formidlingen kilden til inspirasjon. Jeg vil faktisk utfordre beskrivelsen av fagformidling som enten «god» eller «dårlig». Jeg mener at det avhenger av kontekst og mål og dermed kan være tilpasset lytteren eller tjene et bestemt formål. Hvis vi forutsetter at god fagformidling i akademisk kontekst er når lytteren forstår det som forklares, hvordan skal en faglærer som forklarer stoffet til 60 studenter, sjekke om hver enkelt har forstått det hen sier?

Jeg lurer også på om det egentlig er så viktig med gode eksempler? Det er fint å bli inspirert av noen som behersker kommunikasjonkunsten

godt, men jeg lurer på om Håkon ville ha blitt opptatt av å tilpasse språket sitt til lytteren bedre hvis han ikke hadde opplevd kommunikasjonsjokk og vært «på den andre siden» av saken? Kanskje «dårlige» eksempler gjør at vi kan sette oss bedre inn i framtidige klienters perspektiv.

Jeg forstår det slik at fagformidling er et eget ansvar som en bør øve på selvstendig. Dette gjelder da både studenter og psykologer. Det viktigste en kan fokusere på i så fall, er å støtte studentenes kritiske tenkning og selvstendighet sånn at de skal kunne velge ut hva som er god måte å kommunisere på, og hvordan de kan øve på denne kunsten. At Håkon stiller seg kritisk til noen fagfolks måte å formidle psykologisk kunnskap på og bestemmer seg selv for å «stoppe nå» med akademisk tåkeprat, tyder på at profesjonsstudiet i psykologi har lyktes med å støtte denne selvstendigheten.

Til syvende og sist vil jeg nevne at i 9. semester har jeg satt meg som mål å bli flinkere på psykoedukasjon, eller å formidle psykologisk kunnskap på en mer forståelig måte til mennesker som har mindre psykologisk kunnskap. Kanskje det at både du og jeg, Håkon, er opptatt av dette allerede nå, før vi går ut i feltet, tyder på at vi ikke står i fare for å rote oss bort i akademisk tåkeprat likevel? ✕



Faksimile av februar- og aprilutgaven

# Epistemisk tillit kan være et nyttig begrep

Når Sigmund Karterud hevder at jeg med min kasusbeskrivelse om epistemisk mistillit «gjør psykoterapifeltet en bjørnetjeneste», tror jeg han overdriver min påvirkningskraft.

**I SIN KOMMENTAR** i Psykologtidsskriftets aprilutgave kritiserer Sigmund Karterud Peter Fonagys begrep *epistemisk tillit*, og min kasusstudie om epistemisk mistillit (i februarutgaven) går med i dragsuget. Jeg ønsker særlig å imøtegå to av Karteruds poenger, samt reise kritikk mot et punkt i hans kommentar.

## PRAKTISK HJELPSOMT?

Karterud spør på hvilken måte begrepet epistemisk tillit er «hjelpsomt i praktisk psykoterapi», noe jeg mener kasusstudien illustrerer. Til tross for at det relativt raskt ble tydelig for min klient («Elise») og meg hvor hennes sterke forventninger/frykt for å vekke negative reaksjoner i andre stammet fra (tidlige erfaringer med omsorgspersoner), og til tross for at hun hadde gjort seg flere potensielt korrigerende erfaringer både i og utenfor terapirommet, lyktes vi ikke med å redusere frykten hennes. Som terapeut ble jeg spesielt opptatt av at de inter-

personlige erfaringene Elise gjorde med meg, ikke så ut til å ha noen påvirkning på hennes negative forventninger. Jeg hadde en opplevelse av at det vi strevde med, handlet om tillit. Begrepet epistemisk mistillit var treffende for det jeg opplevde utspilte seg mellom Elise og meg: Kunne det være det at Elise *ikke trodde på meg* (og andre), som gjorde at de nye erfaringene hun fikk, ikke rikket ved hennes negative forventninger? Jeg delte dette med henne, og hun uttrykte at hun opplevde det som nyttig.

Før vi avsluttet vårt terapiløp, beskrev Elise at hun ikke lenger var plaget av sterk forventning om, eller frykt for, negative reaksjoner fra andre i hverdagen sin. Ved et par anledninger fortalte hun også at hun nå verken forventet sinne eller skuffelse i forbindelse med forsentkomming til terapi – men tvert imot antok at jeg både ville forstå og tro på hennes begrunnelse. Om denne endringen kom av at vi eksplisitt hadde snakket om dette med epistemisk til-

**TEKST** Kristin Alve Glad, forsker II ved Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress (NKVTS) og privatpraktiserende psykolog

## EPISTEMISK TILLIT





lit/mistillit eller ikke, er selvfølgelig vanskelig å si, men jeg opplevde at begrepet var nyttig i denne delen av arbeidet vårt.

### FORSTÅELSE AV TOTALITETEN

I sin kommentar skriver Karterud at min «teoretiske forståelse av totaliteten er høyst problematisk», før han ramser opp en rekke psykodynamiske begreper han synes det er «slående» at jeg ikke bruker. Jeg synes det er vel så slående at Karterud forventer at jeg tar for meg alle disse begrepene i en tekst jeg har skrevet for å illustrere begrepet *epistemisk tillit*. Videre gir denne kassstudien selvsagt bare et lite innblikk i et lengre terapiforløp – den er ikke ment å gi en beskrivelse av min «teoretiske forståelse av totaliteten» i Elises problematikk.

### ETISK BETENKELIG

Noe jeg reagerer på i Karteruds kommentar, er hans beskrivelse av klienten. Elise samtykket til at jeg publiserte utdrag fra vår terapi, for å illustrere et begrep som fikk betydning for vårt terapeutiske arbeid. Mine kolleger står selvfølgelig fritt til å kritisere denne teksten, og å være uenige i mine tolkninger. Å ramse opp klientens «personlighetsproblemer» i en offentlig tilgjengelig publikasjon, basert på en slik kasusbeskrivelse, synes jeg derimot er etisk betenkelig. En kasusbeskrivelse er en forenkling av klientens kliniske presentasjon, og ikke egnet til videre ekstrapolering. At en klient tillater bruk av utdrag fra terapien bør ikke medføre at vedkommende blir «fritt vilt» i et offentlig medium. Her har Psykologtidsskriftet også et redaksjonelt ansvar.

### PÅVIRKNINGSKRAFT

Kort oppsummert var ideen om at manglende sosial læring fra potensielt korrigerende erfaringer, grunnet en mistillit til kunnskapen man får gjennom sine interaksjoner med andre, både ny og nyttig for meg i det terapeutiske arbeidet med Elise. Om denne såkalt bløte versjonen av epistemisk tillit *egentlig* er spesielt ny, kan selvsagt diskuteres. Hvorvidt det kan være nyttig for andre psykologer å tenke i disse baner, får være opp til dem. Men når Sigmund Karterud hevder at jeg med denne kasusbeskrivelsen «gjør psykoterapifeltet en bjørnetjeneste», tror jeg han overdriver min påvirkningskraft. ✕

## Debattert

# Full spredning i synet på spredt profesjonsutdanning

**Er det greit at Regjeringen vil åpne for at flere læresteder kan utdanne psykologer? Her et utdrag fra debatten på FB-gruppa Psykologer og profesjonsstudenter.**

**Faglig svekkelse:** Synes ikke det er greit at psykologi skal bli en høyskoleutdanning. Dette vil helt klart svekke det faglige.

*Benedikte RS*

**Samme krav:** Hvorfor vil det svekke det faglige? Kravene for utdanningen blir det samme som ved universitetene i dag, så det faglige vil måtte holde samme standard.

*Benjamin Mathias Silseth*

**Forskningsmiljø:** Det er viktig at det er solid forskningsmiljø er tilknyttet universitet og at det genereres klinisk forskning. Ikke bare at det blir hyret inn forelesere fra ulike andre steder. Hvis klinisk forskning skal bli fordelt tynt utover flere universiteter vil miljøene være små.

*Benedikte RS*

**Raushet:** Tenker man må være raus med å la nye fagmiljø etablere seg og utvikle seg, før man sammenligner det med andre universitet – det blir fort en «alt var bedre før»-diskusjon.

*Benjamin Mathias Silseth*

**Arnested:** Jeg mener det er STOR forskjell på akademia i Norge. Vi trenger ETT sterkt, førende, offentlig finansiert arnested for forskning og faglig utvikling. Det må (dessverre siden jeg bor i Bergen) ligge i Oslo. Så er det fritt frem å undervise i grunnfag rundt om, en bachelor er også greit.

*Paal Rasmussen*

**Samarbeid:** Det er vel ingenting i veien for å samarbeide ved forskning på tvers av læresteder?

*Fred Yngve Gresch*

**Jo flere, dess bedre:** Samfunnet generelt er tjent med at flere har tilgang på utdanning, dette hever nivået på alle. Det er helt likt for psykologer. Jo flere psykologer vi er, dess flinkere blir gjennomsnittet av psykologer i Norge. Mer konkurranse er positivt for kvaliteten på tilbudet og pasientsikkerheten.

*Kristoffer Ravndal*

**Empati:** Når det gjelder psykologer, tror jeg ikke mer konkurranse bedrer kvaliteten. Psykologer konkurrerer ikke på den måten. Dessuten viser vel forskningen at det er de empatiske psykologene (og legene) som blir videre anbefalt, ikke de som faktisk kurerer flest. Det er antagelig en sammenheng mellom empati og effektivitet, men den er neppe veldig høy.

*Rolf Marvin Bøe Lindgren*

# Inntrykk

Essay, anmeldelser og forfatterintervjuer



FOTO: BJØRN ASLAKSEN

## HUMOR OG DYSTER REALISME

I serien *Fleksnes Fataliteter* stifter vi intimt bekjentskap med en kompleks, motsetningsfylt og destruktiv personlighet. Psykolog Simen Fjellstad tar oss med på innsiden av den folkekjære karakteren Marve Fleksnes.

*Les essayet på de neste sidene.*

### 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)



# Kampen er tilværelsen

Han skryter, overdriver og dummer seg ut. Karakteren Marve Fleksnes bryter med dydene i vår psykologiske kultur. Likevel blir vi glad i ham.

## TEKST

Simen Fjellstad Holm, psykolog hos Akerselvapsykologene i Oslo



**ET TILSMUSSET SPEIL** Rolv Wesenlund som karakteren Marve Fleksnes, en kompleks, motsetningsfylt og destruktiv personlighet. Foto: Per Nygaard.

**J**eg kjenner meg såret, liten og litt avvist, når du snakker sånn. I dag har følelsene fått sin egen syntaks, med vekt på subjektet. Dette er en ny måte å snakke på. Når samfunnet gjør kvantesprang, er det imidlertid lett å glemme de som ikke er rustet til å henge med. For dette er ikke alles morsmål, det fordrer en sunn utvikling og påkoblede, balanserte foreldre med et abstrakt begrepsapparat. Vi risikerer å bli snobbete i vår emosjonelle kompetanse. Det røykes ikke lenger innendørs, og vi setter ord på vårt indre liv.

Vi kan ikke ha empati kun for tidsriktig lede. Vi trenger en som demonstrerer alternativet; en som pumper seg opp i stedet for å la seg lappe sammen. Dette fostrer forståelse for liknende mekanismer i oss selv og andre.

Ingen har gjort dette bedre enn Marve Fleksnes, en av våre største kulturskatter, for alltid med oss i folkesjelen og på NRKs nettspiller. *Bol-teløkkens Kojak* demonstrerer kompenseringpsykologi i full prakt. Den er slående effektiv, men fatal når den overdrives.

## NÅR STUDIOLATTEREN STILNER

Det hele starter med en mann i et prøverom. Han vet ikke hva han synes om det han ser i speilet. Han prøver nye antrekk og plastiske operasjo-

ner, men kommer ingen vei. 28 år, 40 episoder og hundrevis av komiske forviklinger senere møter han sitt endelige – alene i gjørmen på en campingplass, etter mislykkede forsøk på å sabotere sin egen mors bryllup.

Den dystre realismen forsterker humoren, men regissør Bo Hermansson gjorde aldri det vonde påtrengende på lørdagskvelden. Episodene varer dessuten kun i 25 minutter. Siri Hustvedt kan forklare hvorfor: «En komedie avhenger av at man avslutter historien akkurat tidsnok.»

Marve er Magnhild og Oskar Fleksnes' eneste barn, født i 1936. Han bor i Thereses gate og jobber som lagerleder, kjører en gul Morris Mini og har blodtype AB Rhesus minus.

I serien *Fleksnes Fataliteter* stifter vi intimt bekjentskap med en kompleks, motsetningsfylt og destruktiv personlighet. Men psykologisk analyse av fiktive karakterer er omdis- »





## Marve er maktesløs i sine forsøk på å bryte ensomheten

kutert og hasardiøst. Reduseres en folkekjær figur til et illustrerende eksempel på psykologisk teori? Tres psykologi nedover hodet på en karikatur som først og fremst er ment til å underholde? Jeg mener det i denne sammenheng kan forsvares, da skaperne selv må ha hatt et høyere ambisjonsnivå enn lett situasjonskomikk. Serien heter ikke *Fleksnes på nye eventyr*.

Serien begynte som en oversettelse av den britiske komedien *Hancock's Half Hour*, en langt grunnere komedie. Den norske oversettelsen er imidlertid preget av fatalistiske overtoner; tanken om at alt som skjer, er forutbestemt og ikke lar seg avverge eller endres. I det fremadstormende og nyrike Syttitalls-Norge er det ikke samfunnsstrukturer som forseglar Marves skjebne, det er psykologien hans. Dette er verdt å se nærmere på.

### MARVES RUNDDANS

Serien fikk 40 episoder over seks sesonger. De fleste er skåret over samme lest: Marve prøver å gjøre noe, men havner i uføre, fordi han er som han er. Så prøver han å grave seg ut av hullet med pompøs selvhøvdelse og kontraproduktive mestringsstrategier. Dette, ispedd vanskelige forhold med sine nærmeste, er utgangspunkt for en severdig halvtime. Under følger noen kjernesener:

I *Det går alltid et tog* (1974) skal Fleksnes og faren ta toget til fjells. Vi får se Marve streve med sosial rang, selvfølelse og destruktiv kompensering. Far og sønn havner i en togkupé med en prest, en offiser og en ansent lege. Lagerarbeideren Marve føler seg underlegen, en følelse han ikke kan romme; det må ageres. Uroen hans grenser til det maniske, både motorisk og verbalt. Legen blir kontinuerlig forsøkt latterliggjort og provosert, oppførselen gjør Marve forhatt av de resterende passasjerene. Som så ofte i serien slutter dette en destruktiv sirkel, da Marve reagerer på de andres irettesettelser med å skru opp intensiteten enda noen hakk, *et cetera, et cetera*. Hans ambivalente forhold til autoriteter gjør seg også synlig i samspillet med hans ynkelige far. Fleksnes senior bivåner sønnen passivt, og Marve utsetter ham for en lang rekke nedverdigelser. Hvor kommer en slik oppførsel fra? Kanskje er den et komisk produkt av skjevutvikling? Den aller første sesongen lar oss nemlig spekulere i mulige årsaker til hvorfor han ble som han ble.

### DET VOKSNE BARNET

I *Visittid* (1972) får vi se Fleksnes' kompliserte forhold til sine foreldre, et mulig ekko av barndommen. Han er innlagt på sykehus, etter (angivelig) å ha ligget med beinbrudd i halvannen måned. Marve er tydelig ambivalent da foreldrene endelig kommer, lik et barn med utrygg tilknytning i fremmedsituasjonen. Far hilser ikke på sønnen, men setter seg ned og stirrer i gulvet. Den eneste gangen samspillet mellom mor og sønn flyter, er når de begge bjeffer nedlatende til faren: «*Sett deg ned! Ellers tar dem EKG på deg, så må du bli her!*» Far setter seg slukret ned, mor smiler triumferende. Foreldrene har med en stusselig gave, en pakke dadler fra forrige jul. Far får skylden, skjelles ut, og mor går

fri. Far vender seg vekk, mor og sønn beskriver hvordan han stadig kommer døddrukken hjem klokken fire om morgenen. Far orker ikke mer og knekker sammen i ordløs gråt. Mor vinger ambivalent: «*Ikke så sønn til faren din, han er så følsom.*» Marve svarer foraktelig: «*Det er derfor jeg sier det.*» Far tar på seg øreklokker og vender seg vekk. Han trøstespiser dadler og spytter stener på gulvet. Døde roser skimtes på nattbordet. Det ekte motivet for besøket vises, foreldrene er blakke og lurere på om Marve kan gi dem noen hundrelapper. Han får tross alt sykepengene.

Mor: Han har ikke noe penger.

Far: La oss gå da.

Marve prøver å reise seg, men sklir på steinene faren har spyttet på gulvet, han knekker det andre beinet, og blir liggende. En dyster metafor på farens påvirkning av den unge mannen.

## ET TILSMUSSET SPEIL

Vi vet lite om Marves barndom og oppvekstsvilkår, men samspillet ved sykesengen henter om mangler. Tilknytning er grobunn for psykologisk utvikling. Foreldres påkoblede, nysgjerrige og validerende blikk er speilet som barnet oppdager seg selv i. Det er med foreldrenes ord barnet kan gjøre mening ut av reaksjonene sine. Vi er ikke født med en forståelse av hvem vi er, ei heller med et språk for et indre liv. Dette er et utviklingsprodukt, som ikke modnes av seg selv. En trygg tilkynningsrelasjon danner grunnlaget for et godt *selv*: en nyansert, stabil oppfatning av hvem jeg er, og at den jeg er, er verdifull. Men å danne et indre fra noe ytre er en sårbar prosess. Mors og fars forståelse av barnet preges av deres egen psykologi. Et barn som søker til mor og far for å oppdage seg selv, kan bli møtt med avvisning og fordreining, et forvirret eller mangelfullt bilde av seg selv internaliseres dermed i barnet.

I episoden *Visittid* ser vi et voksent barn med foreldre som sviktet. I resten av serien får vi se konsekvensene. Han er dårlig rustet til å ta livsvalg og fungere som et relasjonelt vesen. Han mangler en kjerne. Hans løsninger på dette varierer fra situasjon til situasjon, men favnes av paraplyen *kompenisering*. Dette preger ham aller mest i kjærlighetslivet.

## ENSOMHET ER PRISEN

I *Evig din for alltid* (1972), den vakreste Fleksnes-episoden, er det dette som tematiseres. Han leter etter den store kjærligheten i en brevklubb, datidens Tinder, og finner den nesten. Men utvekslingen med den vakre Katja er gjennomsyret av løgn. Den kompeniserende Marve lyver på seg direktørstilling, en Jaguar og sender et bilde av en langt kjekkere mann. Likevel, i tro fornektelse, stiller han opp på Drammen togstasjon for å møte henne. Katja (Elsa Lystad på sitt beste) har også fart med løgn og sendt falskt bilde. Dermed står to mennesker på perrongen og venter på sitt respektive, ikke-eksisterende fremtidshåp. Forviklinger og morsomheter utspiller seg. Begge blir selvsagt skuffet i forgjeves venten. Mot alle odds får vi likevel se et troverdig menneskemøte mellom to usikre ensomme, et møte muliggjort ved at ingen av dem lenger har noe å tape.

Marve byr på lunsj på kafeteriaen, og Katjas appetitt vekkes. Marve våger å gå nær, han åpner seg om mobbing gjennom hele skolegangen og daglig juling. For første, og nest siste gang, opplever Marve nærhet på sannferdige premisser: «Jeg liker Marve, jeg», er responsen hennes. Men akk, han oppfatter ikke hintene om å utveksle kontaktinformasjon. Episoden avrundes med et svart-hvitt oversiktsbilde av Drammen stasjon, en ordløs avskjed og en mollstemt saksofon.

Marve er maktesløs i sine forsøk på å bryte ensomheten. Han er ikke først og fremst løgnaktig; det er fornektelsen som driver ham. Løgnene er virkemiddelet som gjør at han kan holde egen tilkortkommenhet på avstand. Kostnaden er en fordreid virkelighet; premisset for turen til Drammen er jo absurd: Han drar for å møte en kvinne som venter på en helt annen mann, en mann han på et vis må tro på at han er. Dette er en primitiv og gjennomgripende kompenisering, ensomhet er prisen.

Den samme dysfunksjonelle kompeniseringen kan vi se i *Når hver tar sin* (1974). Her holder Marve først en ensom og selvmedlidende monolog: «Du er ingenting, du, Fleksnes, absolutt ingenting! Hva ble det ut av livet ditt? Ingenting. ... Det blir ingen æresbegravelse på deg. Alt du kan vente deg er et syltetøyglass og noen plastblomster.» Han sørger over sønnen han aldri vil få, at ingen vil være stolt av ham. »

Løsningen åpenbarer seg: Han må finne seg dame. To fluer i en smekk; han får tomhetsfølelsen på avstand og kan samtidig sikre sitt ettermæle. Men hvordan skal han presentere seg når han ikke aner hvem han er? Han finner opp et nytt alter ego for hver dame han skal møte, en hippie, en intellektuell og en snobb. Det hele ender i fadese og en resignert Marve som ser uironisk og selvhøytidelig inn i kamera: «Ensom går han ut i natten og regnet – den siste Fleksnes.»

## MORS MØRKE, MYKE LEIE

I *Den siste Fleksnes* fra 1974 får Marve endelig 90 minutter å boltre seg på. Filmen favner og tydeliggjør ovennevnte poenger, men viser først og fremst en løsrivelseskamp på liv og død. Spillefilmformatet uten studio-latter gir ny dybde til karakterene og det psykologiske dramaet. Vi ser Marves dameproblemer og presset han kjenner for å produsere en arving. Etter nok en pinlig fiasko knekker han sammen og søker seg til mor. Han tyr til det eneste han har.

Magnhild: «Ikke gråt, Marve (...) jeg er så glad for at du alltid kommer til modern når du har vanskeligheter. Nå skal vi ordne så fint opp i dette, så.»

I filmens første akt ser vi at mor er i overkant investert i dette prosjektet, hun tar total kontroll, og det fremstår som helt naturlig for dem begge. Hva er mors motivasjon? I serien ser vi flere ganger hvordan hun drømmer om penger og velstand, eksempelvis i *Visittid*, da hun igler seg innpå den andre, velstående moren. Eller i *Fjernkontroll og alt fritt* (1981), da hun går med blanke øyne rundt i den kostbare designleiligheten. Hun drømmer om et annet liv for seg selv, en drøm som ble knust av en kriminelt alkoholisert ektemann. Kanskje kan hun få en ny sjanse via sønnen?

I filmen skriver de et utall svar på kontaktannonser, og Marve venter i en uvant tilstand, han fremstår sårbar og ydmyk. Inderlige svar fra yre kvinner fyller raskt postkassen. De vil møte ham, «hele ham». Men gleden er kortlevd, noen må drive gjøn: Alle brevene er identiske. Mor holder nattevåk for å ta synderen på fersken ved postkassene. Det er imidlertid Marves ubevisste jeg hun skal oppdage. Hun ser sønnen gå i søvne bort til skrivebordet, der han skriver lidenskapelige svar på egne frierbrev, som han sender til seg selv.

Magnhild: Det er du som skrev de brevene til deg selv. Jo, jeg så det med mine egne øyne! Jeg tror det foregår en kamp mellom det innerste sinnet ditt, og skallet du har utenpå.

Marves fornektelse er seiglevd, håndskriften ligner jo ikke engang.

Magnhild: Du skrev det med venstrehånda ... Jeg tror at det er det indre sinnet ditt som er keivhendt ... Du trodde ikke du skulle få noen brev, du Marve, derfor har du sånne komplekser inni deg. Og de kommer ut i søvne.

For første og siste gang ser vi Marve nær seg selv, uten å bli defensiv, skammen skyller over ham: «*Tror du det kan gå over? Jeg har lyst til å flytte og bytte adresse, så han keivhendte inni meg ikke vet hvor han skal adressere brevene.*»

Mors lekmannsanalyse treffer overraskende godt. Kontakten og stemningen rommer et stort terapeutisk potensial. Kan den nye innsikten føre

til aksept og sorg over livet han har levd, til grunnleggende endring? Et liv mindre preget av kompensering for den «keivhendte» på innsiden virker mulig. Men den gang ei, Magnhild henfaller til gamle mønstre og dreper potensialet. Hun forklarer, på skaminduserende vis, at Marve selv har skylden: «*Du mangler selvtillit.*»

Ny innsikt var innen rekkevidde, men ble børstet vekk med konkretistisk fiksjon. Han blir dratt med til Homansbyen sjarmeskole for å bli mer attraktiv, til tross for sterke protester. Hun mislykkes i en av sine viktigste oppgaver: å bekrefte sønnens rett til å si «nei», samt vise tiltro til at han kan klare seg på egen hånd. I stedet legger hun til rette for regresjon (tilbake til mor), og umuliggjør ekspansjon (ut i livet).

Parallelt ser vi kjærlighetshistorien som kunne ha vært. Den sjarmende Britt flytter inn i naboeligheten. Marve er på nippet til å etablere en ekte relasjon myntet på ærlighet, men mors selvrealisering via proxy får forrang. Marve er ikke sterk nok til å ta styring. Han blir sendt til Trondheim for å konkurrere om å bli hele nasjonens *Mr. Charm '74*. Komiske forviklinger utspiller seg, en fadese, en farse. Vi ler. Det ender med at Marve igjen står alene med skammen. Atter søkes tilflukt hos moderen. Han trenger omsorg og forståelse, men får i stedet se mors mørke side:

Det var ikke annet å forvente enn at det skulle gå sånn ... du har alle sjanser til å finne lykken, men det er ingen som vil ha deg. Det er vel ikke noe rart, har du sett deg i speilet? Stygg er du og, sjarmløs! Det har du etter faren din.

Marve ser lengselsfullt til faren, som møter blikket hans et sekund, før han igjen viker unna og lar Magnhilds forakt brenne videre. Hun kjenner det som sitt eget urettferdige nederlag, hun har blitt sviktet nok en gang. Forakt, raseri, anklager og selvmedlidenhet får forrang, omsorg må vike:

Tenk den lyse fremtida vi har lagt åpen for deg ... Det er jeg som har hatt det verst. Jeg har vært god og snill mot deg bestandig, jeg ... Du har vært dum bestandig, du, helt siden du var bitte liten. Jeg husker det med guttemusikken, det var flaut, det!

I filmens siste scene bankes fatalismen gjennom på brutalt vis. Britt ringer på, hun har ikke gitt opp Marve. Kan det fortsatt være håp? Så, den perfekte illustrasjon av den patologiske mors inngripen i sønnens liv: Moderen, med den ryggradsløse faren som håndlanger, nekter Britt å komme inn til sønnen. Britt gir opp, og Marve sitter alene igjen, sammen med mor. Der blir han sittende resten av livet.

## DET SÅRE BAK DET FORAKTELIGE

Gjennom 40 episoder og en miskjent spillefilm får vi intim kjennskap til en karaktertype vi skyr i det virkelige liv. Marve er sykkelig selvopptatt, selvmedlidende og selvrettferdig, med grandiose dagdrømmer. Han er en voksen mann, som i mangel av andre er avhengig av sin mor, som igjen er avhengig av ham. I samspill med andre er han empatiløs, og evner ikke knytte intime bånd. Han kompenserer for sin lave selvfølelse med pompøs selvhevdelse, angrep mot dem han føler seg truet av, og lener seg på fornektelse som må opprettholdes med løgnaktighet.



Marve er ikke feilmedisinert, han er overdosert og klarer ikke å avvenne seg







Gjennom  
40 episoder  
får vi intim  
kjennskap til  
en karaktertype  
vi skyr i det  
virkelige liv

Vi kjenner alle noen Marver. Slike bekjentskap er sjelden hyggelige. Vi distanserer oss, observerer med vantro, eller går i konflikt med dem. Så går vi videre på livets ferd, akkurat som seriens mange bikarakterer. Han fortsetter alene. «Marvete» væremåter treffer noe eget i oss: Empatien deaktiveres. Slik får de frem det verste i dem rundt seg. Legen, presten og offiseren på toget blir akkurat så fordømmende som fryktet, og damene holder ham på trygg avstand – som en reaksjon. Slik er dette en iscenesettende og selvforsterkende psykologi. For hver gang Marvene blir avvist, tiltar defensiviteten.

Likevel elsker Norge Fleksnes. Snart femti år senere har han vitale fanklubber, i 2010 produserte TV-Norge den delvis vellykkede julekalenderen *Den unge Fleksnes*, og Yousef Hadaoui kom i desember 2020 ut med *Pappa elsker Fleksnes*, om den viktige rollen Marve spilte i familiekulturen hans. Kjærligheten til Fleksnes står altså i sterk kontrast til våre reaksjoner i møte med virkelighetens Marver. Hvorfor?

### LYSET GJENNOM SPREKKENE

Det er dette som er seriens genistrek. I tillegg til komiske forviklinger fremtvunget av hans personlighet, får vi med ujevne mellomrom innblikk i Marves brokete livshistorie, tilkortkommenheter, fantasiliv, drømmer (urealistiske eller knuste) og følelsesliv. Vi kan skimte sprekene i fernissen, men de lysettes aldri overdrevent, sympatien tvinges ikke frem, den får vokse naturlig, gjennom forståelse. Marve er nemlig en snakkesalig mann, også når han er alene. De beste eksemplene ses i *Ensom* (1974) og *Når hver tar sin* (1974). Her blir vi kjent med Marves indre, som setter all hans atferd i et annet lys, et varmere et. Mange av episodene foregår dessuten i realtid, og Marve er hele tiden i bildet. Slik tålmodig formidling muliggjør en kontakt med karakteren, som er sjelden vare i dag. Vi får kontakt med det sårbare bak det foraktelige, vi får se det han jobber så hardt for å skjule for alle andre, det han kompenserer for. «*Du er ingenting du, Marve.*» Dette gjør at empatien blir reaktivert, vi forstår hvor det grandiose uttrykket kommer fra, og medfølelse vekkes.

Seeren forstår at Fleksnes har en sårbar selvfølelse. Vi kan se den lille gutten med en patologisk kontrollerende mor og en ynkelig, fraværende far. Han som ble mobbet og banket, som hadde meslinger fem ganger. Vi kan intuitivt forstå hvorfor han ble den brautende, skrytete, løgnaktige og krenkbare mannen. Vi blir glad i ham.

### DEN LATTERLIGE MANNEN

Hos Freud finner vi *den skyldige mannen*, syk av forbudte lyster og konflikter. Senere, i selvpsykologien og tilknytningspsykologien, finner vi *den tragiske mannen*, som forgjeves forsøker å fylle tomrommene etterlatt av sviktende emosjonell omsorg. Jeg forstår Marves strev i lys av sistnevnte. Marves kompensering er imidlertid av en art som ikke fremstår som tragisk. Grandiositeten er så overtydelig at det blir komisk; *den latterlige mannen*. Han lekker – og må hele tiden blåse seg opp for ikke å kollapse.

Den latterlige Fleksnes kan ikke reddes. Han flyttet tilbake til mor, resignert i sin løsrivelseskamp. Han fikk aldri oppleve sunn tilknytning

og nærhet han kunne vokst i. Hans tragiske liv er på mange måter en karikatur. Mindre karikerte uttrykk for den samme patologien er imidlertid ikke så uvanlig, og vi strever i møte med den – i terapi og livet ellers. Marve blir derfor en representant for den latterlige mannen og hans destruktive sirkel: selvmedlidenhet, selvtrettferdighet, og pompøs kompensatorisk selvhevdelse, som får vokse fra menneskemøte til menneskemøte.

## OVERDOSEN

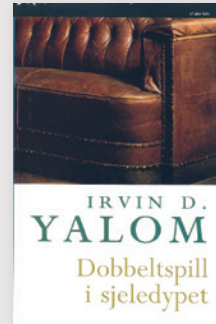
Hvordan ville en ukompensert Marve sett ut? Vi ville sett en renere mangelpatologi, et mer tidsriktig lidelsessuttrykk. En tragisk mann, uten tillit til seg selv og andre, identitetsmangel, unnvikelse, angst og depresjon, en uvirkelig mann uten retning i livet. Slik lidelse får vi sympati med. Vi vil prøve å hjelpe, ofte fånytted.

Men ikke alle evner å blottstille seg for andre og søke hjelp, spesielt ikke de som har erfart at det ikke nytter, som ble møtt med skaminduserende kritikk og raske løsninger. Han som er uten grunnleggende tillit til andre, må være selvtilstrekkelig. Da kan en moderat dose fornektelse og kunstig selvgodhet være en god krykke. Da kommer han seg på jobb, tar ordet i samtalen og initierer kontakt med det som kunne blitt hans fremtidige hustru.

Marve er ikke feilmedisinert, han er overdosert og klarer ikke å avvenne seg. Hans latterlige kompensering er jo slående effektiv! Han kommer på armlengdes avstand til et annet liv flere ganger, men i de avgjørende øyeblikk klarer han ikke å skifte modus, tre inn i et autentisk selv og opprette ekte kontakt. Dette skyldes ikke at kompensering i seg selv er galt, men at hullene han forsøker å fylle, er bunnløse. Dette er Marves fatalitet.

Mange av oss nyttiggjør seg av liknende forsvær, men i mindre doser. Vi blåser oss opp i situasjoner der vi blir usikre, vi gjør det motsatte av det vi egentlig føler for. Det er dette *Fleksnes Fataliteter* alminneliggjør, som jeg tror nordmenn kjenner seg igjen i. Gjenkjennelsen fostrer aksept, og vi kan i større grad ha forståelse for slike fremtoninger. Dette fordrer at vi ikke blendes av egen forakt, som fort kan vekkes i en tidsånd der ydmykhet og sårbarhet er dyd. ✘

## KLASSIKEREN



## Jeg kjenner meg litt mindre rar og alene når jeg leser Yalom

Irvin Yalom: *Dobbeltspill i sjeledypet* (1996)

*Dobbeltspill i sjeledypet* var den første skjønnlitterære boken av Yalom jeg leste, og er en av bøkene jeg tok med meg da jeg skulle på eksternpraksis i Sør-Afrika. Det er derfor ikke umulig at noe av grunnen til at jeg liker boken så godt er at den raskt gir assosiasjoner til varme sommerdager, føtter i kjølig badebasseng og rooiboste. Til tross for denne biasen håper jeg å inspirere dere til å plukke opp *Dobbeltspill i sjeledypet* neste gang dere skal velge en bok.

Det er kanskje litt tabloid av meg, men jeg setter virkelig pris på hvordan Yalom beskriver mellommenneskelig dramatik. Jeg synes rett og slett boken er svært underholdende og vanskelig å legge fra seg. Historien følger i utgangspunktet tre hovedpersoner, men jeg lot meg særlig fascinere av karakteren Ernest Lash; en yngre psykolog som behandler en pasient med en meget seksualiserende fremtoning. Forfatteren veksler mellom å gjengi de ulike karakterenes perspektiv, og det er særlig spennende å få innblikk i det store spriket mellom hvordan Lash og pasienten hans opplever behandlingen. Jeg synes boken gir en nyttig, og til dels skremmende, påminner om viktigheten av å være ydmyk overfor hva vi som psykologer kanskje tar for gitt at vi vet eller forstår om dem vi møter.

Jeg setter også pris på skildringene av psykologenes tabublagte tanker og følelser som dukker opp i møte med klientene. Det oppleves validerende og jeg kjenner meg litt mindre rar og alene når jeg leser Yaloms litteratur. Som nyutdannet psykolog oppleves beskrivelsene svært frigjørende. *Dobbeltspill i sjeledypet* tematiserer også andre aktuelle problemstillinger som for eksempel faglig «stammekrig», motoverføringer og ikke minst: ære, penger og sex! Jeg vil virkelig anbefale boken på det varmeste for dem som ønsker faglig påfyll i en lystbetont skjønnlitterær forkledning.

Silje Patricia Stevens, psykolog ved allmennpoliklinikk Kronstad DPS, utforder Mai Emilie Ramdahl, psykolog ved voksenpsykiatrisk avdeling Vindern, til å ta stafettpippen videre.

# Etterlengtet oversettelse

Å ha tilgang til lettfattelig materiale av god kvalitet på morsmålet er et viktig element i en vellykket behandling. Endelig er *DBT Ferdighetstrening* kommet i norsk språkdrakt.



**BOK** *DBT Ferdighetstrening. Faktaark og arbeidsark*  
**FORFATTER** Marsha M. Linehan  
**ÅR** 2020  
**FORLAG** Gyldendal  
**SIDER** 432

**ANMELDT AV**  
 Johanna Vigfusdottir,  
 psykolog og DBT-  
 terapeut

**DIALEKTISK ATFERDSTERAPI (DBT)** er en type kognitiv atferdsterapi som inneholder elementer fra kognitiv terapi, læringsteori, atferdsterapi og dialektisk og østlig filosofi (zen), utviklet av professor Marsha Linehan. DBT er i dag anerkjent som gullstandarden innenfor behandling av emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse, og har også vist seg meget effektiv ved andre psykiske lidelser knyttet til vansker med emosjonsregulering.

I DBT antar man at personer med omfattende reguleringsvansker mangler grunnleggende ferdigheter for å holde ut og tolerere emosjonell smerte, regulere følelser, styre atferd og opprettholde relasjoner. Å hjelpe pasienter å lære og utvikle ulike ferdigheter for å gjøre det lettere å mestre livet er et sentralt element i DBT.

*DBT Ferdighetstrening* er sammensatt av en kort introduksjon og orientering om ferdigheter samt fakta- og arbeidsark brukt til ferdighetstrening. Ferdighetene er delt opp i fem kategorier: 1) Generelle ferdigheter, som er en introduksjon og orientering om DBT. 2) Mindfulness-ferdigheter, med fokus å være til stede i sitt eget liv, her og nå. 3) Mellom-

menneskelige ferdigheter, for å lære å ta vare på relasjoner og bygge nye. 4) Følelsesreguleringsferdigheter til å lære seg å regulere sterke følelsesreaksjoner og redusere følelsesmessig lidelse. 5) Hold-ut-ferdigheter for å holde ut et sterkt ubehag og overleve kriser uten å forverre egen situasjon. Boken utgis i Norge av Gyldendal i samarbeid med Nasjonalt senter for selvmordsforskning og -forebygging (NSSF).

## BRUKBAR I PRAKSIS?

Boken er omfattende og innholdsrik, samtidig oppleves den som brukervennlig for terapeuter med kunnskap om DBT og deres pasienter. Noe som ville gjort den enda mer brukervennlig, hadde vært å få fakta- og arbeidsark tilgjengelig på PDF, slik det er gjort i originalversjonen til forfatteren. Dette er viktig for lett å kunne dele ut relevant informasjon til pasienter, noe som forfatteren selv har oppfordret til. Boken kan brukes både individuelt og i ferdighetstreningssgrupper. Den har et ryddig uniformt utseende og et format som er tro mot den engelske originalversjonen. Det gjør boken lettlest og brukbar for pasienter og andre brukere utenfor



**NY NORSK DRAKT** Dialektisk atferdsterapi (DBT) er utviklet av psykolog Marsha Linehan (bildet). Nå er endelig terapiformen sammenfattet i den norske utgaven av *DBT Ferdighetstrening*. Foto: Peter Yates / New York Times

fagfeltet. Kapittel- og temainndelingen er ryddig og logisk. Det er tydelig hvilke ferdigheter som vurderes som helt grunnleggende for metoden, og hva som kan legges til ved behov. *DBT Ferdighetstrening* er ikke en selvhjelpsbok og skal ikke brukes som det. Det hadde fort blitt overveldende for en pasient å få ferdighetsboken med sine 432 A4-sider rett i fanget.

Å ha tilgang til lettforståelig materiale av god kvalitet på morsmålet er et viktig element i en vellykket behandling. Det kan være vanskelig å oversette denne typen stoff uten å risikere at noe går tapt i oversettelsen. Det er alltid en risiko for at begreper eller ordbruk som passer i én kultur, ikke egner seg like bra på et annet språk. Et eksempel er underlig bruk av akronymer (f.eks. **STERK NOK** – Sykdom, Tenk kosthold, **Edru**, **Rytme** på døgnet, **Kom** i form, **SaNk** positive opplevelser, **Opplev** mestring, vær i **forKant**). Dette er et forsøk på å være tro mot originalversjonen, men ser pussig ut på norsk og er etter min erfaring ikke spesielt meningsfull for pasientene. Når det er sagt: Boken er alt i alt lett forståelig, og jeg syns NSSF og Gyldendal har gjort en utmerket jobb med å oversette en omfattende ferdighetstreningmanual til norsk, og som egner seg godt til bruk i behandling. Anbefales! ❌

”

*DBT Ferdighetstrening* er ikke en selvhjelpsbok og skal ikke brukes som det



# Eldreboelgen kommer - her er et surfebrett

En god og oversiktlig innføring i bredden i eldrefeltet.



**BOK** *Psykisk helse hos eldre. Mestring og behandling*

**FORFATTER** Johanne Tonga og Martin Bystad

**ÅR** 2020

**FORLAG** Gyldendal

**SIDER** 352

## ANMELDT AV

Ane Bjørn Fjeldsæter, psykologspesialist, Trondheim kommune, Anne Kari Hoel, psykologspesialist, Villa Enerhaugen, Thale Kinne Rønqvist, psykologspesialist, Aldring og helse, Jørgen Wagle, psykologspesialist, Aldring og helse.

**BEFOLKNINGSFRAMSKRIVINGER** anslår at innen få år vil antallet personer over 80 år i Norge være nesten det dobbelte av i dag. Den store etterkrigsgenerasjonen er godt på vei inn i pensjonistenes rekke. Eldrepsykologien har aldri vært mer dagsaktuell. Dermed er det kjærkomment at det nå er kommet ut en fersk, norsk fagbok om psykisk helse hos eldre, med to psykologer som redaktører for boka, og med en rekke psykologkolleger blant bidragsyterne.

## BEHANDLING NYTTER

*Psykisk helse hos eldre* inneholder fjorten kapitler som synliggjør bredden i eldrefeltet. Den omtaler normalpsykologiske, samfunnsmessige og relasjonelle tema relevante for aldring, og gir i tillegg en gjennomgang av de viktigste patologiene en bør være kjent med i møte med eldre pasienter. I bokas innledning skriver redaktørene at det har vært et mål å lage en oversiktlig og praktisk bok med oppdatert kunnskap som klinikerne kan ha nytte av. Boka oppleves som gjennomarbeidet og informativ, og inneholder en rekke konkrete tips til hvordan vi kan hjelpe eldre med psykiske helseutfordringer. Den er mestingsorientert, og vektlegger den eldre pasientens egne ressurser.

Psykiske lidelser hos eldre mennesker kan komme annerledes til uttrykk og kreve en annen behandlingstilnærming enn den vi benytter hos voksne ellers. I boka finnes egne kapitler om de vanligste psykiske lidelsene hos eldre, slik som depresjon, angst og bekymrin-

ger, traumer, søvnlidelser, stress, smertetilstander og ruslidelser. Selvmord blant eldre er også viet et eget kapittel. Stoffet i disse kapitlene vil være gjenkjennelig for erfarne klinikere, men leseren tilføres et dypere innblikk i hva som er særegent for de eldre med psykiske lidelser, – både hvordan lidelsene kan forstås, hvordan kartlegging og utredning kan gjennomføres, og hvilke tilpasninger og tilnærminger i behandlingen som kan være nødvendige å gjøre. Et par av kapitlene inspirerer særlig, og gjør at vi ivrer etter neste arbeidsdag. Vi vil trekke fram kapittelet om avspenning og mindfulness og kapittelet om seksualitet som spesielt lett omsettelige i praksis. Forfatterne formidler en behandlingsoptimisme som det ofte har skortet på i omtalen av den eldre pasienten. Behandling nytter! I møte med denne pasientgruppa, som ofte er underbehandlet og overmedisinert, kan det ikke sies ofte eller tydelig nok.

Kognitiv svikt og demens rammer oftest eldre mennesker, og boka vier to kapitler til denne problematikken. Det er et fornuftig valg med tanke på den høye forekomsten og at mange personer med demens ikke blir diagnostisert. I kapitlet om kognitiv screening av eldre gis det blant annet en nyttig presentasjon av aktuelle verktøy for kognitiv screening ved mistanke om demens og hvilke særlige hensyn som bør tas i forbindelse med testing av eldre personer. I det andre kapitlet om kognitiv svikt får leseren en innføring i hvordan psykososi-



**VENTER PÅ ELDREBØLGEN** Om få år vil antallet personer over 80 år i Norge være nesten det dobbelte av i dag. Eldrepsykologien har aldri vært mer dagsaktuell, skriver vår anmelder. Foto: Corinna Whitfield / NTB Scanpix

ale tiltak kan fremme mestring og gi en bedre hverdag for personer med hukommelsesproblemer og demens.

#### **ET BREDT PERSPEKTIV**

Den eldre pasienten er ikke løsrevet fra omgivelsene, og boka evner å sette enkeltindividet i kontekst med kapitler om samfunnets holdninger til eldre, personlighetsutvikling i et livsløpsperspektiv, seksualitet og samliv, og pårørende. Undertegnede kunne gjerne ha sett at dette folkehelse- og kontekstperspektivet ble viet enda mer plass. Eldrefeltet er også preget av samhandling og tverrfaglighet, og et eget kapittel om systemarbeid ville styrket utgivelsen. Kapittelet om pårørende hadde også blitt løftet av et tydeligere fokus på system og retningslinjer.

Boka er skrevet i et konkret og lettfattelig språk, og teksten oppleves som tilgjengelig både for psykologer og andre faggrupper. Dette er en fordel, da psykologisk arbeid med eldre gjerne er tverrfaglig. Deler av teksten ville også

kunne la seg omarbeide til bruk i psykoedukasjon. Det er lagt opp til at kapitlene skal kunne leses uavhengig av hverandre, og hvert kapittel inneholder kryssreferanser til andre kapitler, fyldige referanselister og forslag til litteratur for lesere som ønsker å gå mer i dybden. Kapitlene innledes med en liten introduksjon av forfatterne, som selv får presentere hovedpoenget med sitt bidrag, samt fortelle noe viktig som de har lært av å jobbe i feltet. Dette er et godt grep som både vekker interesse og inviterer til en mer aktiv lesing.

I sum er dette en oversiktlig og god innføring i bredden i eldrefeltet. En leser som lenge har jobbet med eldre, vil kanskje ønske seg mer dybdekunnskap enn denne boka byr på. Samtidig mistenker vi at bokas prosjekt nettopp er å vise fram bredden og å integrere mangfoldige perspektiver. Vi synes den lykkes, og at den inspirerer. Dersom vi psykologer ønsker å drive kunnskapsbasert praksis i møte med pasienter i alle deler av livsløpet, er denne boka et godt sted å starte. ❌

”

Behandling  
nytter!



