

TIDSSKRIFT FOR NORSK PSYKOLOGFORENING

PSY KOL OGI

Vol. 60 nr. 08 2023

**Mest behandling
til de minst syke**

Forskningsintervju

KJÆRESTEVOLD

Fra praksis

**Psykologens
indre arbeid**

Debatt

**Grunt om
grunnlags-
problemene**

Bokanmeldelse



TIDSSKRIFT FOR NORSK PSYKOLOGFORENING

JOURNAL OF THE NORWEGIAN PSYCHOLOGICAL ASSOCIATION

Medlemskap (ordinært og for studenter) inkluderer abonnement på Tidsskrift for Norsk psykologforening som utkommer den første i hver måned. **Opplag 10 800 ISSN 0332-6470**

Besøksadresse Grev Wedels plass 4 **Postadresse** Postboks 419 Sentrum, 0103 Oslo

Utgiver Norsk psykologforening, generalsekretær Ole Tunold

Henvendelser til redaksjonen redaksjonen@psykologtidsskriftet.no

Kronikk/debattinnlegg meninger@psykologtidsskriftet.no

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

Markedsansvarlig Unni Sandland, tidsskrift@psykologtidsskriftet.no, tlf. 23 10 31 33

Frist for bestilling av annonser 18.08, 18.09, 18.10, 17.11

Denne utgaven ble godkjent til trykk 21.07.2023

Omslagsillustrasjon Johan Nord Form Bøk Oslo AS **Trykk** Aksell AS

Siden 1973 har Tidsskrift for Norsk psykologforening vært en viktig plattform for norsk psykologi. Vårt mål er å være en aktuell og faglig kvalitetssikret ressurs spesifikt rettet inn mot psykologers behov for informasjon, til deres praktiske profesjonsutøvelse og behov for oppdatering. Vi henvender oss også til andre som søker kunnskaper om psykologi, inkludert brukergrupper, politikere og journalister/media. Psykologtidsskriftet ønsker å stimulere til forskning og fagutvikling og er et godkjent nivå-1-tidsskrift. I tillegg til vitenskapelige artikler finner du fagessay, reportasjer, bokanmeldelser, kronikker og debattinnlegg. Tidsskriftet skal speile psykologifagets innhold, utøvelse og plass i samfunnet.

Les formålsparagrafen på www.psykologtidsskriftet.no

Redaksjonen

Sjefredaktør Katharine Cecilia Williams, **Psykologfaglig redaktør** Gro Walø-Syversen, **Journalist og debattredaktør** Per Halvorsen, **Produksjonsansvarlig** Veronica Bjartan, **Teknisk redaktør** Christian von Schack, **Redaktører** Heidi Wittrup Djup, Patrick Michael Palmelund Faaland, Daniel Gunstveit, Ida Sund Morken, **Markedsansvarlig** Unni Sandland, **Visuelt ansvarlig/desk** Nora Skjerdingsstad

Redaksjonsråd

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

© Tidsskrift for Norsk psykologforening

Alt innhold på www.psykologtidsskriftet.no er fritt tilgjengelig. Alle vitenskapelige artikler innsendt etter 1. juni 2022, publiseres under åpen tilgang (Open access) med Creative Commons-lisensen CC-BY 4.0. Bilder, illustrasjoner og figurer omfattes av oppgitt CC-lisens med mindre annet er angitt i bilde-/figurateksten. Dersom elementer er rettighetsbelagt, må man kontakte rettighetshaver for gjenbruk.

Tidsskrift for Norsk psykologforening redigeres etter Fagpressens redaktørplakat, Vær varsom-plakaten og medieansvarsloven. Alt som publiseres representerer forfatterens synspunkter som ikke nødvendigvis samsvarer med redaktørens eller Norsk psykologforenings offisielle synspunkter. Tidsskrift for Norsk psykologforening følger retningslinjene fra Vancouver-gruppen (International Committee of Medical Journal Editors), og er medlem av Fagpressen, Norsk Redaktørforening og Norsk tidsskriftforening.





ILLUSTRASJON: NORA SKJERDINGSTAD

ADHD hos barn og unge: Gode erfaringer med bruk av EEG i BUP.
Fra praksis. Side 484



ILLUSTRASJON: KRISTIAN UTRIMARK

Å framsnakke psykopaten baner vei for en rekke etiske dilemmaer. Allikevel kan det være hensiktsmessig å gjøre det, mener Aina Sundt Gullhaugen.
Etikkpanelet. Side 502



FOTO: DAPHANA DISTRIBUTION / MENUJET

Close er en inderlig og rørende fortelling om utvikling og brudd i et nært vennskap - og om å bli voksen.
Filmessay. Side 522

Innhold

- 470 Advarer mot snillisme i terapirommet**
Intervju | Nora Skjerdingsstad
- 473 Får pris for artikkel om individuell jobbstøtte**
Aktuelt | Gro Walø-Syversen
- 474 Mer behandling for mindre alvorlige tilstander**
Forskningsintervju | Per Halvorsen
- 476 Nytt undervisningsopplegg for å forebygge kjærestevold**
Fra praksis | Helene Ailin Guo Kaland
- 482 Variasjon i bruk av avtalespesialister**
Ny vitenskapelig artikkel | Holsen et al.
- 483 Hva måler Tallhukommelse i WISC-V?**
Ny vitenskapelig artikkel | Egeland et al.
- 484 ADHD hos barn og unge: sikrere diagnose og rett medisin**
Fra praksis | Geir Øgrim
- 492 Implementering av DBT i en rural kontekst**
Evidensbasert praksis | Knive et al.
- 502 Å framsnakke psykopaten**
Etikkpanelet | Aina Sundt Gullhaugen
- 506 MENINGER**
Kronikk: Psykoselotteriet | Johannessen et al. (s. 508)
Debatt: Tilknytningspsykologi (s. 506), Terapiveiledning (s. 512), Profesjons-
utdanning (s. 515 & 517)
- 518 Hvem taler barnas sak?**
Nye stemmer | Håkon E. Coucheron Fredhammer
- 520 INNTRYKK**
Anmeldelser: Bevisstgjørende om pasientjournalen (s. 520), Overfladisk behandling
av viktige grunnlagsspørsmål (s. 529)
Filmessay: Om å finne og miste seg selv i en annen | Line Indrevoll Stänicke (s. 522)
- 535 Annonser**
- 538 Stillingsannonser**

Advarer mot snillisme i terapirommet

Glenn Waller mener mange terapeuter er for snille i terapirommet. – Konsekvensen er at færre får hjelpen de trenger, sier mannen bak begrepet terapeutisk avsporing.

TEKST OG ILLUSTRASJON

Nora Skjerdingsstad

– **DET ER SÅ** enkelt å bare la være å gjøre pasientene våre opprørte, å være den snille terapeuten. Men det er ikke alltid det pasientene trenger.

Det sier Glenn Waller, professor i klinisk psykologi ved Universitetet i Sheffield. Psykologtidsskriftet har tatt turen til konferansen til British Association for Behavioural and Cognitive Psychotherapies (BABCP), og møter Waller i grønnkledde Cardiff i Wales for å ta temperaturen på det terapeutiske landskapet i Storbritannia. Lange ventelister og lavterskelterapi er overhengende temaer. Hvordan skal man på best mulig måte imøtekomme det økende behovet for psykiske helsetjenester?

Waller mener én av faktorene til at køen utenfor terapirommet øker, er at terapeuter i noen tilfeller unngår å gjøre det beste for pasientene i frykt for å gjøre dem opprørte. Resultatet, ifølge Waller, er mer eller mindre passive terapiløp som strekkes ut i tid på bekostning av de som kommer etter.

TERAPEUTISK AVSPORING

Waller er spiseforstyrrelsesforsker og ble opp tatt av fenomenet *terapeutisk avsporing* (*therapeutic drift*) da han selv underviste, veiledet og jobbet som kliniker.

Ifølge Waller refererer begrepet til tendensen terapeuter har til å ikke ta i bruk de teknikkene de vet vil fungere for pasienten. Det kan være de velger å bruke sin foretrukne terapietning, eller velger bort visse elementer fra en terapeutisk modell, slik som kognitiv atferds terapi.

– Det vil si at veldig mange klinikere ikke arbeider pasientorientert, men baserer de terapeutiske valgene sine på egne preferanser, sier Waller.

I praksis så han at det var mange som ikke gjorde ting etter boka. Inkludert ham selv.



– Men det er ikke nok å legge merke til at folk sporer vekk fra det terapeutiske arbeidet. Vi må skjønne *hvorfor* de gjør det. Å forstå de psykologiske prosessene som forårsaker terapeutisk avsporing hos terapeutene og hos kliniske veiledere er like viktig som å forstå pasienten.

UNNGÅR EKSPONERING

I nyere tid har Waller i sin forskning forsøkt nettopp å avdekke hva det er som gjør at terapeuter bevisst eller ubevisst unngår å bruke visse teknikker, selv om de vet at de kan fungere godt for pasienten.

Waller trekker frem eksponeringsøvelser som eksempel.

Nylig publiserte han sammen med kolleger en systematisk gjennomgang og metaanalyse av terapeutfaktorer som spiller inn på bruk av eksponering.

Positive antagelser om eksponeringseffekt, å praktisere innenfor kognitiv atferdsterapi samt å ha opplæring i eksponering ser ut til å spille positivt inn på bruken av eksponering, indikerer funnene.

Og det er de mest engstelige av oss som velger vekk eksponering når vi kan, indikerer forskningen til Waller videre.

Han forklarer at vi noen ganger kan ha et behov for å beskytte oss selv fra det emosjonelle ubehaget knyttet til å gjennomføre eksponeringsøvelser.

– Men gjennom denne unngåelsen av ubehag fjerner vi også pasientens mulighet til å overkomme sin egen kliniske angst.

– *Hvis du er en engstelig terapeut, hvordan kan du unngå å spore vekk?*

– Vi må tørre å utforske, finne ut av om det vi gjør, faktisk fungerer.

Waller peker på at veiledning er helt sentralt i dette arbeidet, som eksempelvis kan skje gjennom rollespill ved å eksponere terapeuten selv for det man er engstelig for å prøve ut med pasienten.

Han legger imidlertid vekt på at avsporing og unngåelse også forekommer i veiledningsrelasjoner gjennom at vi unngår å trene på det som kan hjelpe oss til å håndtere terapeutiske situasjoner bedre, slik som å unngå å ta opp en vanskelig pasient eller unngå rollespill.

GLASSKULER

Av andre prosesser som ligger bak avsporing i terapirommet, trekker Waller frem at mange terapeuter ser på pasientene sine som veldig skjøre.

– På samme måte som vi pakker en julekule av glass forsiktig vekk for å passe på at den ikke blir ødelagt, ønsker vi heller ikke å gjøre vondt verre for personen som sitter foran oss.

Waller beskriver det som refereres til som *spun-glass*-teorien, først introdusert av Paul Meehl i 1973. Vi unngår å engasjere pasienter i endringsarbeid fordi vi er redde for at vi skal «ødelegge» de «skjøre» pasientene. Istedenfor nøstes terapeuten inn i sin egen sikkerhetsatferd i frykt for at det positive bildet pasienten har av oss, skal settes på prøve.

– Pasientene kommer til terapi, og vi er bekymret for at vi skal gjøre skade i de 50 minuttene timen varer. Risikoen er at vi ender opp med å ikke gjøre noen ting. Til slutt har 50 rolige minutter passert, og pasientene vender tilbake til hverdagen uten å ha lært seg de nødvendige ferdighetene for å håndtere den. En uke senere kommer de tilbake, og det samme gjentar seg.

Waller mener det hele ender opp i et passivt og uvirksomt terapiløp. »



... gjennom denne unngåelsen av ubehag fjerner vi også pasientens mulighet til å overkomme sin egen kliniske angst



Det er et tegn på at du har fulgt pasienten for lenge

– Har du noen gang tenkt en morgen på jobb: «Skulle ønske at denne pasienten ikke kom i dag»? Det er et tegn på at du har fulgt pasienten for lenge, sier Waller.

SPISEFORSTYRRELSER

Waller påpeker at han til stadighet tenker slik selv. Selv har han hovedsakelig jobbet med og forsket på spiseforstyrrelser.

– *Hvordan opplever du at terapeuter sporer av i behandling av spiseforstyrrelser?*

Waller beskriver at det er mange intervensjoner innen behandling av spiseforstyrrelser som terapeuter ikke gjennomfører i frykt for å gjøre pasientene opprørte. Han nevner spesielt intervensjoner knyttet til endring av spisemønstre, veiing og eksponering.

Ifølge Waller resulterer det hele i at vi har mange klinikere som følger pasienter, ofte over flere år, uten at terapien kommer noen vei.

Waller mener det ligger i at terapeuter bruker *snakketerapi* fremfor *gjøreterapi*.

– Det er ikke effektivt, og terapeuten stivner i et mønster som er vanskelig å komme ut av.

Det er så mye enklere å være den snille terapeuten og si «Ser deg neste uke» til pasienten i stedet for å si «Dette fungerer ikke».

– Med økt press og lange ventelister i psykisk helsevern, bidrar klinikere følgelig til at færre får den hjelpen de trenger. Det gjennomsnittlige antall timer for en pasient med bulimi som mottar KAT, er nærmere 45 timer. Det er over dobbelt så mye som den anbefalte lengden for denne pasientgruppen. Ifølge Waller har terapeuter en tendens til kun å se pasienten de har foran seg, og glemme de som står i kø utenfor og venter på behandling.

– Du er like ansvarlig for å gi god og effektiv behandling til de som kommer etter, sier han.

Til slutt trekker professoren frem tre hovedelementer han mener kan hjelpe psykologer på rett kjø: evidensbasert veiledning, god opplæring og trening – og å være modige. ✘

VIDERE LESING

- Langthorne, Beard, J. & Waller, G. (2023). Therapist factors associated with intent to use exposure therapy: a systematic review and meta-analysis. *Cognitive Behaviour Therapy*, 52(4), 347–379. <https://doi.org/10.1080/16506073.2023.2191824>
- Waller, G. & Turner, H. (2016). Therapist drift redux: Why well-meaning clinicians fail to deliver evidence-based therapy, and how to get back on track. *Behaviour Research and Therapy*, 77, 129–137. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2015.12.005>
- Waller, G. (2009). Evidence-based treatment and therapist drift. *Behaviour Research and Therapy*, 47(2), 119–127. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2008.10.018>

Får pris for artikkel om individuell jobbstøtte

Bjørn Christiansens minnepris for 2023 går til June Lystad og medforfattere for artikkel om arbeidsrettet behandling i spesialisthelsetjenesten.

I ARTIKKELEN «Arbeidsrettet behandling ved alvorlig psykisk lidelse i spesialisthelsetjenesten» går June Lystad, Eline Borger Rognli, Ellen Ånestad Moen, Beate Brinchmann, Øystein Spjelkavik og Hanne Lorimer Aamodt igjennom evidensgrunnlaget for Individual Placement and Support (IPS, individuell jobbstøtte). IPS er en evidensbasert og internasjonalt anerkjent metode innen arbeidsrettet rehabilitering av personer med alvorlige psykiske lidelser og/eller rusproblemer.

Med utgangspunkt i fem norske fagmiljøer fra psykose- og rusfeltet presenterer Lystad og medforfatterne forskningsgrunnlaget, kliniske erfaringer og problemer med gjennomføring av metoden i spesialisthelsetjenesten. I artikkelen viser forfatterne at IPS er en komplisert samarbeidsmodell for NAV og helsetjenesten – trass i sterk evidens og bevilgninger over statsbudsjettet. En av hovedutfordringene er ansettelsesforholdet og handlingsrommet til de såkalte jobbspesialistene. Jobbspesialistenes oppgave er å finne arbeid til deltakerne, og følge dem opp på arbeidsplassen i samarbeid med helsepersonell fra spesialisthelsetjenesten.

Juryen berømmer forfatterne for å ta opp et klinikknært og samfunnspolitisk vesentlig tema. Teksten fremhever betydningen av tverrfaglig og helhetlig tenkning i helsetjenestene, og psykologenes bidrag i å vurdere direkte og indirekte tiltak rettet mot pasientene. Artikkelen til Lystad et al. sorterer under tidsskriftets fagfellelevurderte sjanger evidensbasert praksis.

Bjørn Christiansens minnepris deles ut hvert år til et betydningsfullt fagfellelevurdert bidrag som har vært på trykk i Psykologtidsskriftet. I 2022 publiserte Psykologtidsskriftet 19 vitenskapelige tekster, og seks artikler var nominert til prisen. Juryen, som besto av medlemmene i tidsskriftets redaksjonsråd, samlet seg om prisvinnerartikkelen.

Vinnerartikkelen ble publisert i tidsskriftets temanummer «Arbeid og psykisk helse» i oktober 2022. ✖

TEKST Gro Walø-Syversen



PRISVINNER Juryen berømmer June Lystad og medforfattere for å ta opp et klinikknært og samfunnspolitisk vesentlig tema. Foto: Per Halvorsen

Mer behandling for mindre alvorlige tilstander

Mye tyder på at mindre syke pasienter som blir behandlet av avtalespesialister, får mer behandling enn pasienter med alvorligere tilstander på distriktpspsykiatriske sentre.

TEKST OG FOTO

Per Halvorsen

Sammen med kolleger står du bak en studie hvor hensikten var å undersøke geografiske forskjeller i voksnes bruk av avtalespesialister, sammenliknet med DPS. Hva fant dere?

– Pasienter med depresjon eller angst får mer behandling hos avtalespesialistene enn pasienter med samme diagnoser får på DPS. Hos førstnevnte fikk de fem kontakter mer og førtito dager lengre behandling. Det er dette vi kaller prioriteringsparadokset: Avtalespesialistene tar imot pasienter som ikke er prioritert på DPS. Enten er de ikke henvist, eller de kan ha fått avslag. Vi antar at de er mindre alvorlig syke og kanskje har bedre prognose. Vi skulle jo egentlig tro at de fikk mer hjelp, ettersom DPS-ene behandler pasienter som er rettighetsvurdert. Selv om diagnosene er de samme, antar vi at tilstanden er verre og behovet større.

– Når det gjelder alvorlighetsgrad, hva vet dere egentlig om forskjeller på pasientene i undersøkelsen?

– Vi har ikke undersøkt alvorlighetsgrad, bare sett på diagnosene. Men vi antar at fastlegen henviser pasienter med milde til moderate lidelser direkte til avtalespesialist. Pasienter som blir avvist ved DPS, kan selv ta kontakt med avtalespesialist dersom de ønsker behandling. Disse seleksjonsmekanismene gjør at vi antar at pasienter i avtalespesialistordningen har lavere prioritet, altså mindre alvorlige tilstander enn de som får tilbud ved et DPS.

– Hvordan reagerer du på funnene?

– Det ser jo litt snodig ut. Dette er en observasjon som både fagfolk, ledere i helsevesenet og

politikere bør interessere seg for. Det er naturlig at vi spør oss om det er sånn det var tenkt da vi laget to ordninger for poliklinisk behandling i spesialisthelsetjenesten.

– Nå er vel DPS-ene og avtalespesialistene organisert såpass forskjellig at det i seg selv kan ha påvirket forskjellene dere har avdekket?

– Det er ikke overraskende at vi finner forskjeller. DPS-ene har ansvar for et stort spekter av pasienter og andre oppgaver. De skal også hjelpe personer med psykoselidelser og rusproblematikk. DPS-ene bruker dessuten mye tid på utredning som ofte ender med å avkrefte alvorlig eller behandlingskrevende sykdom. Avtalespesialisten på sin side skal verken yte akutthjelp, tilby ambulante tjenester, koordinerte tjenester eller drive spesialistutdanning. De bruker trolig mindre tid på utredning og kan derfor gå raskere i gang med behandling.

– Bør DPS-ene utrede mindre?

– Vår studie har ikke undersøkt om tiden brukes på utredning eller behandling. Men jeg registrerer fra debatten om pakkeforløpene at mange er kritisk til utredningsomfanget. Mange sier at pasienter med behov får for lite behandling. Vi bør kanskje se nærmere på om tiden fagfolkene mangler til behandling, kan frigjøres ved kortere utredninger.

– Vi må jo utrede for å kunne vite om pasienten har rett til behandling eller ikke?

– Nei. Rettighetsvurderingen skjer i dag for det meste ved å lese henvisningen, uten å møte pasienten. Noen poliklinikker avviser opp mot 50 %, andre bare 5 %. Dersom flere skal tas inn

”

Å kutte ned på utrednings-tid kan være én vei å gå

til vurdering, må de konsultasjonene tas fra et sted. DPS-ene og BUP-ene som har prøvd, melder om at de må avslutte flere pasienter raskt før de setter i gang en omfattende utredning. En mulighet kan være å bruke mindre tid på utredninger hos pasienter som ikke skal gå i terapi. Tar psykologen feil, er det neppe krise. Pasienten kan henvises tilbake dersom tilstanden forverres eller man får nye opplysninger.

– *Mindre utredning = mer tid til behandling?*

– Hvis vi vil at pasienter med angst og depresjon skal få lengre behandling ved DPS-ene, må ressursene tas fra et sted. Å kutte ned på utredningstid kan være én vei å gå. Kanskje må man også se på om pasienter som går i langvarig behandling, hvor utsiktene til ytterligere bedring er redusert, kan avsluttes tidligere?

– *Til høsten innføres felles henvisningsmottak (FHM). Alle pasienter som er henvist til psykisk helsevern for voksne, skal få vurdert om de har rett til behandling uavhengig av om behandlingen skal gis ved DPS eller av avtalespesialist. Hvordan vil det påvirke forskjellene mellom DPS-ene og avtalespesialistene?*

– Jeg tror FHM er en klok beslutning. Vi kan anta at terskelen for å bli tatt inn til behandling blir mer avstemt. Men FHM løser ikke prioriteringsutfordringene som gjelder hvilke pasienter som skal avsluttes. Det har lenge vært en stor frustrasjon i poliklinikkene og de regionale helseforetakene at det ikke har vært regulert hvor mange nye pasienter avtalespesialistene må ta i året. Det gjør at avtalespesialistene vil kunne si at de ikke har ledige timer, også etter at FHM trer i kraft.

– *Avtalespesialistene vil jo ikke ha slike reguleringer?*

– Det kan man jo skjønne. De skal jo ha noe igjen for at de er så effektive og billige som de er, med en konsultasjonsproduksjon som er mer enn dobbelt så stor som ved DPS-ene. Avtalespesialistene kan gi mer behandling fordi de utfører flere konsultasjoner per årsverk, men ikke har krav om kort ventetid, om å unngå fristbrudd eller ta imot et visst antall nye pasienter i året. Dersom de ble styrt like mye som DPS, vil ordningen miste sitt produktivitetsfortrinn.

– *Det er en politisk målsetting å tilby likeverdige helsetjenester uansett hvor du bor i landet. Hvordan vil du karakterisere situasjonen i kongeriket ut fra funnene i studien?*

– Det er stor variasjon i pasientrater og forbruksrater mellom opptaksområdene. Det er neppe likeverdig tilgang. Men hva som er rett nivå, er vanskelig å vite. Vår studie viser at pasienter hos avtalespesialister får noe mer behandling, behandlet for angst og depresjon. Den viser også at bruken av avtalespesialister varierer mellom opptaksområder. I sum betyr det at i områder med en stor andel avtalespesialister i forhold til DPS får pasientene mer behandling.

– *Hva bør myndighetene gjøre for å skape et mer likeverdig tilbud?*

– Det ligger utenfor denne studiens mandat å gi myndighetene et bestemt råd. Så lenge de to ordningene administreres forskjellig, må vi forvente ulikheter i tilgang og forbruk. For RHF-ene som skal «sørge for» tilstrekkelig kapasitet i psykisk helsevern, er det en utfordring å finne ut hvor stor avtalespesialistordningen skal være i forhold til DPS-ene. Avtalespesialistene rekrutteres ofte fra DPS, og mange DPS sliter med å rekruttere, både i nord og i sør. Flere produktive spesialister med egen praksis vil kunne øke kapasiteten, men det kan også oppleves som å tisse i bukse. Man ender opp med å tappe DPS-ene ytterligere. Det er jo de samme fagpersonene de ulike ordningene konkurrerer om. ✕



- **Hvem:** Per Arne Holman, helseøkonom og analysesjef ved Lovisenberg Diakonale Sykehus
- **Hvorfor:** Aktuell som medforfatter av artikkelen «Geografisk variasjon i vaksnes bruk av avtalespesialistar og DPS i psykisk helsevern» publisert på psykologtidsskriftet.no
- **Hva:** Dokumenterer det såkalte *prioriteringsparadokset*: En gruppe pasienter, som enten er avvist eller ikke henvist til DPS, ser ut til å få mer behandling hos avtalespesialist.

Les mer om undersøkelsen på side 482.

Nytt undervisningsopplegg for å forebygge kjærestevold

Hensikten med Kjærestevold-prosjektet var å lage et undervisningsopplegg om vold som kunne utvide ungdommers begreps- og fenomenforståelse om hva vold er, og gi informasjon om hvor det finnes hjelp.

TEKST Helene Ailin Guo Kaland, ATV Bergen

KONTAKT
helene.kaland@atv-stiftelsen.no

MERKNAD
Undervisningsopplegget er laget av Marte Flem Bjørshol, Julia Mikkelsen, Eline Kristiansen og Marte Folkestad Husøy, og er revidert av Helene Ailin Guo Kaland, Marte Flem Bjørshol og Julia Mikkelsen. En stor takk til alle de 18 profesjonsstudentene som var frivillige undervisere. Sitater er hentet fra intervju i NRK (Løland, 2021).

ILLUSTRASJON
Johan Nord

Alternativ til Vold (ATV) jobber med vold i nære relasjoner. ATVs mandat strekker seg i utgangspunktet til arbeid med vold i par- og familierelasjoner, og noen kontorer arbeider også med ungdom som utøver vold. Vi har imidlertid liten erfaring med å jobbe med vold i unges kjærestereelasjoner, såkalt kjærestevold. Det handler kanskje om at ungdom, og andre i hjelpesystemene rundt dem, tenker at tjenestene våre er for voksne relasjoner. Når instanser som ATV får kjennskap til utbredelsen av kjærestevold blant ungdom, kan vi likevel ikke se bort fra at voksne har et ansvar. Men hvordan skal og kan vi hjelpe i en arena som vi ikke har god tilgang på, og der det er satt av få midler til å bruke tid på?

Artikkelen gir et innblikk i hvordan ATV Bergen har jobbet med å spre informasjon om kjærestevold blant ungdom til ungdom. Den beskriver kjærestevold som fenomen, og hvordan ungdom kan møtes i problematikken. Teksten beskriver også hvordan ATV Bergen med relativt lite midler klarte å nå flere hundre ungdom og fagpersoner, med hjelp fra dyktige studenter fra Universitetet i Bergen. Jeg håper teksten kan gi innblikk i hvordan instanser kan tenke kreativt når det gjelder å jobbe samfunnspsykologisk. Hvordan kan vi nå mennesker på ulike arenaer med kunnskap som kan forebygge psykisk uhelse?

VOLD I UNGES KJÆRESTERELASJONER

Kjærestevold er egentlig et dårlig begrep som man må bruke tid på å forklare – også overfor ungdommene. Kjærestevold som begrep refererer til vold som oppstår i kjæresteforhold og kjæresteliknende relasjon hos ungdom og unge.

Begrepet bygger på det internasjonale «youth intimate partner violence» og innebærer et helt spekter av kjæresteliknende relasjoner. Fra å «holde på», «hooke opp» og være «friends with benefits» til å «være sammen» og å være kjærestere som i praksis har flyttet sammen i kjellerleiligheten til mor og far. Aldersmessig spenner begrepet også vidt. Noen ungdommer begynner tidlig å utforske kjærestereelasjoner, mens andre først er i en kjæresteliknende relasjon når man er å regne som ung voksen. Vår forståelse av begrepet inkluderer ungdom og unge mennesker som er i sine første kjæresteforhold eller kjæresteliknende relasjoner.

HVOR UTBREDT ER KJÆRESTEVOLD?

Hjelpere som jobber med vold i parforhold, kan tenkes å forstå vold i nære relasjoner som et voksent problem, gjerne et problem som er til stede sammen med annen voksen atferd, som det å drikke alkohol eller å ha sex. Enten vi liker det eller ikke, inngår også ungdom i sfæren av voksentatferd, inkludert det å utøve vold mot andre. Tall fra en norsk studie antyder at ungdom i større grad enn voksne utsettes for partnervold. I en selvrapporterings-undersøkelse oppgav så mange som 42 % av ungdom i alderen 14–17 år å ha opplevd en eller flere former for kjærestevold (Hellevik & Øverlien, 2016). Både gutter og jenter oppgav å ha blitt utsatt for vold i sitt parforhold, og den finner sted i alle sosiale grupper. Det er ikke slik at det kun er ungdom som er i et belastet miljø, som opplever vold i parforholdet. Det er heller ikke slik at volden skjer på steder hvor det ikke er voksne tilgjengelig (Lagerlöf & Øverlien, 2022). Faktisk trekker ungdom frem *skolen* som en arena hvor kjæ-



Enten vi liker det eller ikke, inngår også ungdom i sfæren av voksenatferd, inkludert det å utøve vold mot andre

restevold utspiller seg, også etter at man har gjort det slutt.

HVORDAN ER KJÆRESTEVOLDEN?

Et dypdykk i historiene til ungdom som oppgir å ha blitt utsatt for vold fra sin partner, viser at det kan være alvorlig vold som kan gi stor fysisk og psykisk skade (Øverlien et al., 2020). En kvalitativ studie (Øverlien et al., 2020) der man intervjuet 33 norske og svenske jenter i alderen 18–23 år som hadde vært utsatt for vold fra kjæresten, avdekket at volden inkluderte psykisk vold, seksuell vold og fysisk vold. Det forekom også grov vold, det vil si livstruende vold, som kvelertak og spark.

Noen få av jentene fortalte om kjærestevold fra en partner som var flere år eldre, og der de hadde tilbrakt mye tid i kjærestens leilighet, uten andre voksne til stede. Resten av deltakerne hadde bodd hjemme hos foreldrene da de ble utsatt for kjærestevolden fra jevngamle kjærester, som også gikk på videregående skole og bodde hjemme hos sine foreldre. I flere av tilfellene gikk ungdommene på samme skole som kjæresten. Studien beskriver alvorlig vold både i forhold hvor det var stor aldersforskjell og i forhold hvor partene var jevngamle. Flere av jentene fortalte at den seksuelle volden var sammenblandet med andre voldsformer. Alle jentene oppgav at kjærestevolden var preget av sosial kontroll, eksempelvis at kjæresten ville kontrollere bekledding, samtalepartnere og hvor de var til enhver tid. Ungdommene løftet frem at en stor del av den sosiale kontrollen fant sted via sosiale medier og på skolen. En deltaker fortalte at kjæresten hennes gjentatte ganger hadde kommet til henne på skolen og

bedt henne skifte klær for å ikke se ut som en hore. Samtlige av ungdommene fortalte om å kjenne frykt i forholdet, og de beskriver tilstedeværelse av latent vold – vold som virker i kraft av sin mulighet (Isdal, 2018).

Studien til Øverlien et al. (2020) forteller oss at kjærestevolden ungdom utsettes for, kan ha lik alvorlighetsgrad som den volden voksne utsettes for. Volden er til stede i ulike former og skaper frykt som gjør at de enkeltstående voldshandlingene blander seg sammen og danner en relasjon preget av sosial kontroll. Det som skiller kjærestevold fra voksen partnervold, er at den finner sted i en kontekst hvor det er voksenpersoner som kunne ha grepet inn i situasjonen. Ungdommene i studien til Øverlien et al. (2020) fortalte at de holdningsmessig ikke tolererte vold og overgrep, men likevel ble værende i forholdet. Diskrepansen mellom holdning og hva man lever med av vold i et parforhold, er også observert blant voksne som er utsatt for eller utøver vold. Når det gjelder ungdommene, må vi ta erfaring og alder i betraktning. Ungdom kan mangle erfaring og kunnskap om hva som er en god og sunn kjærlighetsrelasjon. De vet ikke nødvendigvis hvor grensen går for hva de skal finne seg i. Det gjør ungdom og unge ekstra sårbare for å bli værende i et forhold med vold, og gir voksne et større ansvar for å tematisere vold i nære relasjoner.

KJÆRESTEVOLD-PROSJEKTET

Hensikten med Kjærestevold-prosjektet var å lage et undervisningsopplegg om vold som kunne utvide ungdommers begreps- og fenomenforståelse om hva vold er, og gi informasjon om hvor det finnes hjelp. Når vi kjenner til at vold blant ungdom er utbredt og skjer på arenaer hvor voksne befinner seg, har instanser som ATV et ansvar for å belyse hva vold er, hvordan det konkret ser ut, og hva som er greit og ikke-greit



å gjøre i et parforhold. Fra vår kliniske hverdag vet vi at det ikke alltid er lett å snakke om vold, særlig ikke for dem av oss som er utsatt for eller utøver vold. Noe av det som gjør det vanskelig å snakke om vold, er usikkerhet om hva vold egentlig er. Vi ville at Kjærestevold-prosjektet skulle bidra til å gjøre ungdom og voksne tryggere på å snakke om vold, både med voksne og med hverandre.

HJELP FRA STUDENTER I PRAKSIS

I starten av prosjektperioden fantes det lite tid og midler. Heldigvis tar ATV Bergen imot studenter i samfunnspsykologisk praksis, og studentene bidro med verdifullt arbeid i prosjektet. I løpet av en praksistid på fire uker hadde de laget et undervisningsopplegg om kjærestevold rettet mot ungdom. Undervisningen baserte seg på pedagogiske prinsipper som vi håpet skulle fenge: bruk av filmklipp, gruppeoppgaver og et mål om diskusjon og refleksjon rundt egne grenser.

Det var viktig at undervisningsopplegget var standardisert, slik at hvem som helst kan få en bestilling om undervisning om kjærestevold og levere samme type undervisning. I en travel arbeidshverdag er det verdifullt å kunne lene seg på en ferdiglaget powerpoint og et manus med gode formuleringer. Opplegget studentene leverte, hadde høy kvalitet, og vi trengte bare å teste det ut for å se om det traff målgruppen.

HJELP FRA PROFESJONSTUDENTER

ATV Bergen søkte om midler fra Bufdir for å videreutvikle og spre undervisningsopplegget. Vi fikk midler, men ikke nok til å avse psykologer til å holde undervisningen for et større antall ungdommer. Vi tok igjen kontakt med psykologstudenter ved UiB. Fremtidige psykologer lærer lite om vold i nære relasjoner. Så vidt vi vet, er ikke vold i nære relasjoner dekket som emne på studieplanen, selv om psykologer skal kartlegge erfaringer med vold og overgrep i møte med nye pasienter. Ved UiB var det derfor mange studenter som ønsket å lære mer om vold fra ATV. Det ble rekruttert 18 studenter som ville være frivillige undervisere. De fikk opplæring og gjennomførte undervisningsopplegget på flere videregående skoler i Bergens-området. Bruken av studenter gav mulighet til tre ting. For det første fikk fremtidige psykologer læring om vold i nære relasjo-

ner. For det andre nådde vi ut til mange flere ungdommer enn det et par psykologer kunne klare. For det tredje gav det ATV en mulighet til å utvikle en metode for opplæring om kjærestevold som andre fagpersoner kan bruke. Resultatet er undervisningsopplegget «Kjærestevold», som er prøvd ut på mange hundre ungdommer, og en tilhørende opplæringsmetode for fagpersoner som selv vil gjennomføre undervisningsopplegget.

UNDERVISNINGSSOPPLEGGET

Undervisningsopplegget er laget som gruppeundervisning og varer i to skoletimer. Undervisningen kan også brukes som et samtaleverktøy i mindre grupper, eller én til én. Hovedmålet med undervisningsopplegget er å utvide motakernes begreps- og fenomenforståelse om hva som er å regne som vold i nære relasjoner. Når det gjelder begrepet «vold» og hvordan man forstår dette, er det nødvendig å bruke tid på å utdype definisjonen – både overfor ungdom, voksne og fagpersoner. Det er ikke slik at det finnes én enkelt definisjon på hva vold er, som alle land og fagmiljøer stiller seg bak. I det offentlige Norge i dag beskrives vold gjennom å liste en rekke eksempler på voldshandlinger. Å komme med konkrete eksempler på hva som er voldshandlinger, er nyttig for å utvide forståelsen av hva vold er, og hvordan den kan se ut. Ulempen med utelukkende å ta i bruk eksempler på voldshandlinger er at vold i nære relasjoner ikke bare kan forstås som enkeltstående voldshandlinger. Partnervold er en del av et systematisk mønster som pågår over tid, i en relasjon som gir forventning om tillit, varme og kjærlighet. For å forstå skadeomfanget av vold i nære relasjoner, inkludert kjærestevold, må man se på gjentatte handlinger i lys av den



Fremtidige psykologer lærer lite om vold i nære relasjoner

relasjonelle konteksten de utøves i. ATV forstår vold slik: «Enhver handling rettet mot en annen person, som gjennom at denne handlingen skader, smerter, skremmer eller krenker, får denne personen til å gjøre noe mot sin vilje eller slutte å gjøre som den vil» (Isdal, 2018, s. 7). I tillegg kan vold deles inn i fysisk, psykisk, materiell, seksuell og latent vold.

Når vi bruker en vid betegnelse på hva som er vold, åpner det for at vold er menneskelig. Det muliggjør refleksjon rundt det menneskelige ved å begå feiltrinn, inkludert det å utøve vold mot den du er i et forhold med. Det gir anledning til å reflektere rundt reparasjon, rundt hvor mange ganger man skal tåle at en man er glad i gjør feil, og når grensen er nådd for hva man skal finne seg i. Det åpner også for selvrefleksjon om når man skal be om hjelp for egne vansker med vold og aggresjon. Undervisningen i Kjærestevold-prosjektet ønsker å åpne for en slik refleksjon, slik at ungdom skal stå bedre rustet når de selv opplever, eller ser at andre opplever, å bli utsatt for eller å utøve vold mot kjæresten sin.

ERFARINGER MED UNDERVISNINGEN

Over 600 elever fra ulike videregående skoler i Bergens-regionen mottok undervisning. Erfaringene til underviserne var at elevene var engasjerte i samtalen om vold. I undervisning ble ungdommene erfart som reflekterte, og de kom med innspill som ikke undervisere og fagpersoner hadde tenkt over. Ungdommene uttrykte at vold ikke trenger å gå i én retning for å kalles vold, men at det i et forhold med kjærestevold kunne være to som utøvde vold mot hverandre. Underviserne erfarte også at ungdommene var opptatt av at mobbing kan være å regne som vold, og noen ungdommer reflekterte rundt at mobbing i kombinasjon med kjærestevold måtte være å regne som særlig uheldig. Dette er interessant refleksjon, da forskning på temaet viser at mobbing er assosiert med å være utsatt for kjærestevold (Hellevik & Øverlien, 2016). Ungdommene oppgav i tilbakemelding til underviserne at de særlig fikk utvidet forståelse for det psykiske voldsbegrepet. De viste engasjement rundt psykiske voldshandlinger som det å true med å skade seg selv eller å slå opp. Underviserne erfarte også at ungdommene var engasjerte i bruken av sosiale medier som en del av sosial kontroll, for eksempel når kjæresten insisterer på at man skal ha

Voldskategorier

Fysisk vold: handlinger som gir fysisk skade eller smerte og/eller fysisk hindrer bevegelsesfrihet, f.eks.:

- slå med flat hånd, slå med knyttet neve, sparke, riste, dytte, klore, lugge, vri armen, holde fast, ta kvelertak

Psykisk vold: ord, kroppsspråk og stemmebruk som krenker, truer og kontrollerer, f.eks.:

- direkte og indirekte trusler – for eksempel å true med fysisk vold, å true med å forlate den andre eller å true med å skade seg selv
- latterliggjøring eller å kalle den andre for stygge ting
- kontrollere hva den andre får lov til å gjøre, hvem den andre kan være sammen med, eller kreve å få vite hvor den andre er, for eksempel gjennom bruk av kartfunksjonen på Snapchat
- gjentatt ignorering og avvising av den andres følelser, inkludert «silent treatment»

Materiell vold: handlinger som er rettet mot gjenstander eller inventar, f.eks.:

- slå og sparke i møbler, vegger og dører, kaste gjenstander som mobiltelefon og flasker eller ødelegge klær

Seksuell vold: handlinger rettet mot en annen persons seksualitet, f.eks.:

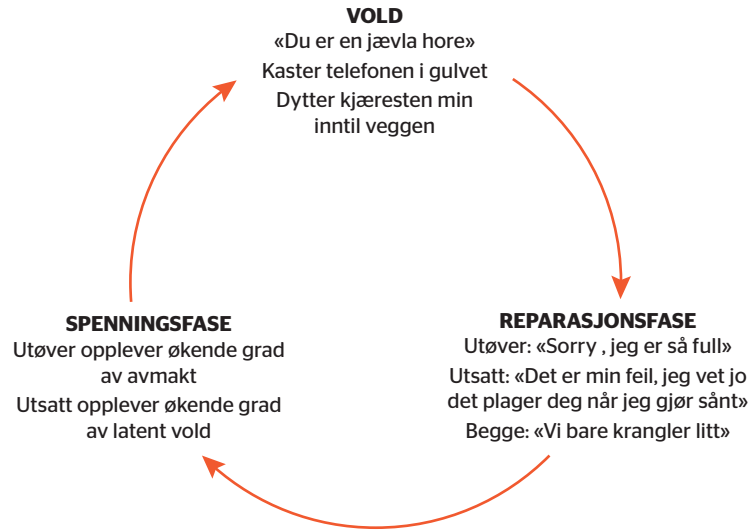
- kommentere på noens utseende på en uønsket seksualisert måte, å berøre noen seksuelt uten at det er ønskelig, å tvinge noen fysisk til seksuelle handlinger, å presse eller true noen til å gjennomføre seksuelle handlinger, inkludert å true med å slå opp om man ikke har sex med vedkommende. Den som utøver vold i et parforhold, kan noen ganger tenke at de reparerer det vonde og sier unnskyld ved å ha sex, mens den som utsettes for vold, kan oppleve at det er utrygt å si nei, og at sexen er et overgrep.

Latent vold: muligheten for vold. Utøver kan oppleve volden som enkeltstående hendelser, men de som utsettes, kan oppleve at volden er der hele tiden, i kraft av dens mulighet. Den latente volden kan bli den dominerende voldsformen, og kan styre det den utsatte gjør og ikke gjør. Atferden blir strategisk for å forhindre ny vold.



Figur 1

Voldsspiralen



aktivert bruken av kartposisjon på Snap. I diskusjonene ble det tydelig at når man åpner for fenomenet psykisk vold, utjevnes den kjønnsmessige dimensjonen i kjærestevold. Jenter kan, i like stor grad som gutter, utøve vold.

Små psykiske stikk, eller det å smelle med dører og skrike, kan være vold om det skjer mange ganger og gjør partneren din redd. Ungdom, 18 år

Det er nok ganske ofte at noen prøver å kontrollere og begrense kjæresten sin. Ungdom, 18 år

Undervisningen dekket også *voldsspiralen* – en illustrasjon av et typisk voldsmønster i et parforhold eller en familie. Voldsspiralen illustrerer at en voldshendelse følges av en periode med flere prosesser som minimerer den voldsutsattes opplevelse. Voldsspiralen gir innblikk i hvorfor vold skjer gjentatte ganger, og hvorfor det kan være vanskelig å avslutte et forhold som er preget av vold. Flere ungdommer trakk frem temaet som nyttig, fordi det gav økt forståelse for hvorfor man «ikke bare slår opp» med en som er voldelig.

De elsker personen, og har lyst til å vri det som skjedde om til noe annet, og ikke snakke med noen om det. Ungdom, 18 år

Det er typisk i et voldelig forhold å si at «han var sur, eller full. Han er egentlig snill, han sa unnskyld etterpå. Jeg vet at han elsker meg». Ungdom, 18 år

Samtlige elever fylte ut evalueringsskjema i etterkant av undervisningen. I evalueringene rapporterte de fleste at de hadde fått en større forståelse av hva vold er, hvordan vold ser ut, og hvor man kan få hjelp mot vold. Informasjon om den psykiske voldsformen pekte seg ut som spesielt opplysende for ungdommene.

SAMARBEIDET MED SKOLENE

Undervisningen ble gjennomført i tett dialog med skolene. I hver klasse var lærer til stede og som oftest helsesykepleier. Flere lærere fortalte at de fikk en utvidet forståelse for begrepet og fenomenet kjærestevold, og at de aldri hadde tenkt over hvordan vold i nære relasjoner kan strekke seg utover fysisk vold. Helsesykepleiere fortalte at de i etterkant av undervisningen tok imot elever som ville prate om vold de opplevde i parforholdet. I noen av tilfellene endte samtalen med henvisning og videre dialog med Alternativ til Vold. Det som kjennetegnet sakene, var at volden var såpass grov at skolen opplevde de ikke kunne håndtere situasjonen

på egen hånd, og ønsket å få hjelp av en instans med kjennskap til problematikken. I slike tilfeller opprettet ATV et samarbeid med den aktuelle skolen og gikk i dialog med ungdommen sammen med helsesykepleier. Gjennom dialogen med skoler som mottok undervisning om kjærestevold, fremkom det at fagpersoner ved skolene hadde et ønske om å lære mer om vold i unges kjærestereelasjoner. Vi tilbød derfor opplæring til personer som jobbet med ungdom. Over 80 fagpersoner fikk opplæring gjennom Kjærestevold-prosjektet, og de fikk utlevert «undervisningsopplegget Kjærestevold» i sin helhet, til odel og eie. Kompetanse i «undervisningsopplegget Kjærestevold» finnes i dag ved skoler i Bergen, Askøy, Øygarden, Oslo og Kristiansand kommune.

AVSLUTNING

Kjærestevold er ikke noe som vil forsvinne med det første. Noen av voldshendelsene kan antagelig tilskrives at det gjelder unge mennesker i utvikling, som prøver ut grensesprengende atferd, og som har liten forforståelse av parforhold. Her er det viktig at voksne tør å snakke om hva vold i et kjæresteforhold er, og hvorfor det er ugreit. Vi må tåle å forestille oss at vold i alle former skjer mellom unge mennesker, og våge å ta samtalen om grenser. Vår erfaring fra Kjærestevold-prosjektet er at ungdom er åpne for denne samtalen, og har mye å bidra med.



Vi må tåle å forestille oss at vold i alle former skjer mellom unge mennesker, og våge å ta samtalen om grenser

Noen ganger vil fagpersoner møte på ungdom som forteller om såpass grov vold at det utløser avverge- eller meldeplikt. I slike tilfeller er det ekstra viktig å være trygg på hva vold er, og hvordan dette ser ut. Andre ganger møter ungdommer opp på kontoret hos helsesykepleier og ønsker noe som kan minne om parterapi. Uansett omfanget og alvorlighetsgraden av volden har voksne et ansvar for å møte ungdommene på en måte hvor deres kjærestereelasjoner blir tatt på alvor. Ved å gjøre det kan vi forebygge at unge voksne blir værende i noe som kan ha store konsekvenser for nåværende og fremtidige forhold. Jeg håper artikkelen har gitt deg som leser innsikt i hvordan vold blant ungdom i nære relasjoner ser ut. Og at du som sitter i en travel hverdag med lite midler, kan bli inspirert til å be om hjelp fra fremtidige psykologer. ✕

REFERANSER

- Hellevik, P. & Øverlien, C. (2016). Teenage intimate partner violence: Factors associated with victimization among Norwegian youths. *Scandinavian Journal of Public Health*, 44(7), 702–708. <https://doi.org/10.1177/1403494816657264>
- Isdal, P. (2018). *Meningen med volden* (2. utg). Kommuneforlaget.
- Lagerlöf, H. & Øverlien, C. (2022). School as a Context for Youth Intimate Partner Violence: Young Voices on Educational Sabotage. *Nordic Journal of Social Research*, 13(2), 1–15. <https://doi.org/10.18261/njsr.13.2>
- Løland, R. L. (2021, 19. desember). Kjærestevold er vanleg: Flaut – men viktig å snakke om. *NRK Vestland*. <https://www.nrk.no/vestland/700-ungdommar-har-bidratt-til-kurs-mot-kjaerast-vald-1.15776843>
- Øverlien, C., Hellevik, P. M. & Korkmaz, S. (2020). Young women's experiences of intimate partner violence – narratives of control, terror, and resistance. *Journal of Family Violence*, 35, 803–814. <https://doi.org/10.1007/s10896-019-00120-9>

Variasjon i bruk av avtalespesialister

FORFATTERE Maria Holsen, Lars Lien, Ole Andre Solbakken og Per Arne Holman

DOI <https://doi.org/10.52734/IHAK9103>

FOTO: PRIVAT



Førsteforfatter Maria Holsen

Full versjon av artikkelen er publisert på nett:



AVTALESPELIALISTER DEKKER EN stor del av tilbudet om polikliniske konsultasjoner i psykisk helsevern. Det er kjent at variasjon i bruk og organisering av psykiske helsetjenester kan påvirke behandlingsutfall, noe som er uheldig. Man kan kartlegge variasjon i tilbudene ved å undersøke om det er forskjeller mellom pasientene og tjenestene de mottar. I 2013 samlet SINTEF inn informasjon om pasienter i offentlige poliklinikker og hos avtalespesialister og fant at DPS-pasienter hadde lavere sosioøkonomisk status. Formålet med denne studien var å kartlegge geografisk variasjon i avtalespesialisttilbudet, nærmere bestemt å undersøke forskjeller mellom avtalespesialister og DPS i diagnoser og behandlingsomfang for pasienter med stemningslidelser og nevrotiske lidelser.

HOVEDFUNN

Det var store geografiske variasjoner i tilgang til og bruk av avtalespesialister. Avtalespesialistraten var høyest i sør-øst og lavest i nord. DPS hadde som forventet større andel pasienter med rus- og psykoselidelser, men også mer uspesifikke tilstander enn avtalespesialistene. Avtalespesialister hadde dobbelt så stor andel pasienter med stemnings- eller

nevrotiske lidelser enn DPS, litt større andel kvinner og litt høyere alder. Pasientene fikk fem kontakter mer og 42 dager lengre behandling enn ved DPS. På DPS avsluttet en større andel pasienter tidligere, etter seks til tretten kontakter.

METODE

Studien var en tverrsnittstudie basert på registerdata fra Norsk pasientregister (NPR). Utvalget var voksne pasienter med poliklinisk behandling i psykisk helsevern. Analysene ble gjennomført på ujusterte aktivitetsdata for perioden 2014–2018. Det ble analysert 16 ulike variabler, som er spesifisert nærmere i en oversikt i selve artikkelen.

IMPLIKASJONER

Forfatterne påpeker at det ikke er overraskende at det er geografiske forskjeller i tilgang og bruk av avtalespesialister, i og med at de regionale helseforetakene styrer avtalespesialistordningen og DPS ulikt. De påpeker at det er et prioriteringsparadoks at en gruppe pasienter, som enten er avvist eller ikke henvist til DPS, ser ut til å få mer behandling hos avtalespesialist. ❌

Hva måler Tallhukommelse i WISC-V?

FORFATTERE Jens Egeland, Iwona Kowalik-Gran, Anne Kristine Aarli og Olaf Lund

DOI <https://doi.org/10.52734/PAVY2401>

PSYKOLOGER HAR OFTE tolket svake resultater på deltesten Tallhukommelse i WISC som tegn på *generelt* svakt arbeidsminne, med påfølgende spørsmål om barnet bør utredes for ADHD. Tallhukommelse er imidlertid en *auditiv* arbeidsminnetest som kan gjenspeile *spesifikke* språkvansker heller enn generelle oppmerksomhetsvansker. I WISC-V har psykologer nå fått tilgang på mål for arbeidsminne i både den auditive og den visuelle modaliteten (Tallhukommelse og Bildehukommelse). Forfatterne ønsket å undersøke om Tallhukommelse oftere gjenspeiler spesifikke språklige vansker, og om Bildehukommelse i større grad kan gjenspeile oppmerksomhetsvansker.

HOVEDFUNN

I to regresjonsmodeller kom det frem at Tallhukommelse forklarer varians i Bildehukommelse og omvendt, de lader på samme faktor. Utover dette forklarte oppmerksomhet kun en marginal del av variansen i Tallhukommelse, mens det forklarte en god del av variansen i Bildehukommelse. Språkmålene forklarte mye av variansen i Tallhukommelse, men ikke i Bildehukommelse. Resultatene viser at Tallhukommelse var relatert til språkvansker og ikke oppmerksomhetsvansker, mens Bildehukommelse var assosiert med oppmerksomhetsvansker.

METODE

Forfatterne analyserte 62 testprotokoller fra barn som var undersøkt for oppmerksomhetsvansker hos nevroteamet på BUPA Sykehuset Vestfold. Målene var Tallhukommelse og Bildehukommelse (WISC-V), utelatesfeil fra Conners CPT 3 for oppmerksomhetsvansker, og Språk 6–16 samleskår og to indekser fra Children's Communication Checklist-2 for språkvansker.

IMPLIKASJONER

Med forbehold om studiens begrensninger råder forfatterne klinikerne til å unngå konklusjoner om generelle arbeidsminnevansker basert på Tallhukommelse alene, og ikke fortolke Tallhukommelse eller Arbeidshukommelsesindeksen isolert før man har sett på modalitetsforskjeller. Ved svakere Tallhukommelse enn Bildehukommelse rådes klinikerne til å vurdere om det er grunnlag for å utrede dysleksi eller språklige vansker. Hvis man innledende i en utredning ser at barnet strever med Bildehukommelse og presterer klart bedre på Tallhukommelse, bør klinikerne vurdere om barnet kan ha spesifikke non-verbale vansker, da svakere visuelle enn auditive/språklige ferdigheter er gjennomgående for denne tilstanden. I lys av funnene om at Bildehukommelse virker å være mer spesifikt assosiert med oppmerksomhetsvansker, kan det også være aktuelt å vurdere mulig ADHD. ❌



FOTO: SYKEHUSET I VESTFOLD

Førsteforfatter Jens Egeland

Full versjon av artikkelen er publisert på nett:



ADHD hos barn og unge: sikrere diagnose og rett medisin

ADHD-diagnosen åpner for mye skjønn. Vår testprosedyre gjør beslutningsgrunnlaget bedre.

TEKST Geir Øgrim, Sykehuset Østfold HF; Gillberg Neuropsychiatry Centre (GNC), Göteborgs universitet

KONTAKT
geir.ogrim@so-hf.no

MERKNAD
Forfatteren er tidligere leder av det nasjonale fagrådet i ADHD Norge og har vært tilknyttet Nasjonalt kompetansesenter for ADHD, Tourettes syndrom og narkolepsi (senere NEVSOM) fra 2000 til 2019.

ADHD BLIR STADIG drøftet både i fagmiljøene og i offentligheten. Diskusjonsfeltet spenner fra risikoen for underdiagnostisering og langvarig, ubehandlet lidelse til overdreven diagnostisering og medfølgende uriktig medisinering. Debatten ble på nytt sparket i gang da «Tråkk på ADHD-bremsen» ble publisert på NRK Ytring i desember 2022 (Sandven et al., 2022). Der trekkes det fram at det i kjølvannet av pandemien har vært en sterk økning av henvisninger til BUP med spørsmål om ADHD. Forfatterne understreker at diagnosen baserer seg på mange subjektive vurderinger, og at atferdsymptomene kan skyldes andre forhold, som generell umodenhet og søvnvansker. De spør om det kan være noe annet enn ADHD i mange av disse sakene.

I en påfølgende ytring hevdet en skolelege at normalitetsbegrepet er blitt snevret inn, slik at vi i dag setter diagnoser på atferd som tidligere ble oppfattet som en del av normalvariasjonen (Hansen, 2022).

Dette perspektivet møtte kraftig motstand fra en pensjonert spesialpedagog med over 40 års erfaring med ADHD. Han understreket at grensene for akseptabel atferd ikke har blitt

trangere, snarere tvert imot. Det uttrykkes frustrasjon over fagfolk som ikke anerkjenner hvor god hjelp mange med ADHD kan få av medisiner, og det påpekes at vanlige råd om grenser og struktur svært ofte ikke virker for barn og unge med ADHD. Mange foreldre kjenner skyld for barnas atferd og føler seg anklaget for å ha sviktet i sin oppdragsgjering (Avnskog, 2022).

Foreldrenes opplevelse av dette ble særlig tydelig i en senere ytring (Anonym, 2023), hvor en anonym mor til et barn med ADHD beskrev hverdagen på en måte jeg kjenner igjen fra egen praksis opp gjennom årene. Før de våger å be om henvisning til BUP, har de lest alle gode råd



Før de våger å be om henvisning til BUP, har de lest alle gode råd om barneoppdragelse i bøker og på nett

om barneoppdragelse i bøker og på nett. De har prøvd å lage systemer, belønningsopplegg, de har regulert både kost, søvn og skjermbruk. Når fagfolk er bekymret for at det deles ut for mange ADHD-diagnoser, er denne anonyme moren mer bekymret for de som aldri fikk diagnosen og adekvat behandling. Skal du lese én av ytringene, så les denne.

I påfølgende ytringer (Mykletun et al., 2023; Ruud, 2023) og på Dagsnytt 18 (NRK, 2023) utdypes diskusjonen ved å peke på kontekstuelle forhold og at det er store geografiske forskjeller i forekomsten av ADHD-diagnostisering. Som professor Arnstein Mykletun ved Haukeland universitetssjukehus gjorde rede for, skyldes de store geografiske forskjellene verken reelle forskjeller i forekomst eller ulik avstand til sykehus eller BUP. Forskjellene handler om at fagfolk i BUP har ulike holdninger til ADHD, henholdsvis liberale og restriktive. Det trekkes fram at diagnosen gir rom for mye skjønn, og at hvorvidt man får diagnosen i BUP, er et «geografisk sjansespill». I debatten på Dagsnytt 18 deltok også Henrik Vogt, forsker og lege ved Senter for medisinsk etikk UiO. Han er kritisk til at man plasserer problemene «inne i barnets hode» og etterlyser andre forklaringer enn nevrobiologi og andre tiltak enn medisin. Han mener at dokumentasjonen av gode langtidseffekter er mangelfull. Lederen i Norsk psykiaterforening, Lars Lien, er sterkt uenig med Vogt, og formidler at mange av de voksne han møter, som for eksempel har rusproblemer, burde ha fått ADHD-diagnose og medisinbehandling tidlig. Det kunne ha forebygget mange senere vansker. Medisineffektene er godt dokumentert, framholder Lien, og en utredning av ADHD er grundigere enn utredninger av mange andre psykiatriske tilstander. Han påpeker også at man ikke kan vente på det perfekte samfunnet der slik medisin ikke trengs.

Det ovennevnte viser en tydelig uenighet i fagfeltet, både når det gjelder forekomst, diagnosens validitet og hvorvidt vi har gode nok metoder til å utrede og behandle vanskene barn og voksne med ADHD måtte ha. I lys av dette ønsker jeg her å redegjøre for vårt forskningsbaserte supplement ved BUP Østfold og hvordan dette gir beslutningsstøtte i diagnostiseringen og bidrar til å predikere nytteverdien av medisiner. I vår testprosedyre registrerer vi EEG-data, skårer fra en oppmerksomhetstest og såkalte ERP-komponenter som reflekterer hjer-

nens informasjonsprosessering i de ulike fasene av testen. Våre funn, med støtte i internasjonal forskning, kan gi objektive data som lokal BUP-lege eller -psykolog anvende når det skal konkluderes med hensyn til ADHD-diagnose.

ADHD-DIAGNOSEN OG VÅRT SUPPLEMENT

For å få diagnosen ADHD må man ha vært gjennom grundige utredninger og vurderinger. Diagnosen bygger på at kvalifisert lege eller psykolog, gjerne i team med andre faggrupper, har vurdert anamnesticke og medisinske opplysninger, samt informasjon fra kliniske intervjuer, spørreskjemaer fra ulike informanter, testresultater og direkte observasjoner. Andre tilstander med overlappende symptomer, og symptomenes innvirkning i hverdagen, skal også vurderes.

I diagnosemanualen DSM-5 (som brukes på ADHD-området; American Psychiatric Association, 2013) beskrives ni symptomer på uoppmerksomhet og ni symptomer på hyperaktivitet/impulsivitet. Disse skal (subjektivt) vurderes som avvikende (symptom) eller innenfor normalen. Her er det definitivt rom for mye skjønn. Vi er etter hvert mange som etterlyser et supplement til standard diagnose-metoder med mer objektive data som ligger nærmere hjernens funksjon, ikke minst fordi ADHD betraktes som en nevrobiologisk utviklingsforstyrrelse der genetikk forklarer en stor del av variansen.

Vi i Nevroteamet BUP Østfold har i mange tiår benyttet nevropsykologiske tester av eksekutivfunksjoner og oppmerksomhet som supplement ved ADHD-utredninger, både som støtte for diagnostiske konklusjoner og som ledd i funksjonskartlegging. For snart 20 år siden begynte jeg mitt forskningsarbeid på EEG-basert metodikk innen ADHD. Vi har arbeidet mye med kvantitativt EEG (QEEG) og Event Related Potentials (ERPs), først som ren forskning, senere som et ekstratilbud innen klinikk på bakgrunn av funn i forskningslitteraturen og egne forskningspublikasjoner. Vi ser ikke etter patologi i EEG, det er nevrologenes bord, men våre data for den enkelte pasient sammenliknes med aldersnormer og med mønstre som er typiske for ADHD hos barn og unge (Clarke et al., 2020; Gamma & Kara, 2020; Lenartowicz & Loo, 2014).

Ved to anledninger har vi fått støtte fra Helse Sør-Øst til å implementere metodikken gjennom innovasjonsprosjekter, og det er nå etablert et tilbud der behandlere ved lokal BUP

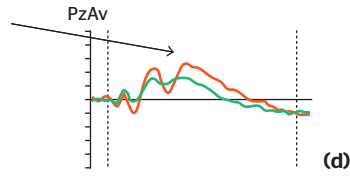


Figur 1

Skisse av testsituasjonen

Event-related potentials (amplitudes) av interesse:

CueP3
P2
CNV
P3GO
N2no-go
P3no-go



VCPT testskårer (av 400 forsøk):

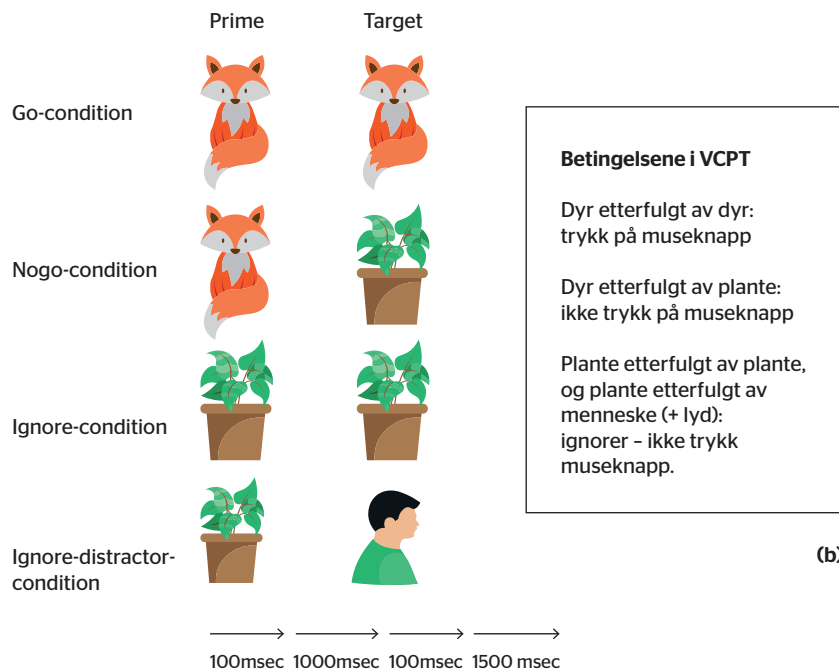
Omissions
Commissions
Reaction time (RT)
RT variability (c)



(e)



(a)

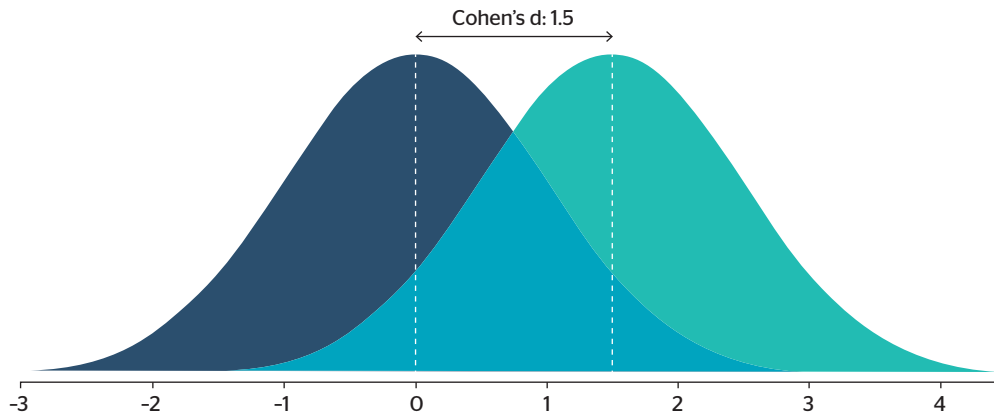


(b)

Merknad. Figuren viser testsituasjonen (a) og de ulike bildekombinasjonene i VCPT-testen (b). Man skal bare trykke ved kombinasjonen «dyr-dyr», ikke ved «dyr-plante», «plante-plante», eller «plante-menneske + lyd». I tillegg ses hvilke testskårer som registreres (c), og eksempel på ERP-komponenter for pasient og normgruppe (d). Figuren er gjengitt med tillatelse fra Hager et al. 2021.

Figur 2

Illustrasjon av effektstørrelse



Merknad. Figuren illustrerer effektstørrelse $d = 1.5$ slik vi fant for diagnostisk ADHD-indeks 9–12 år. Til tross for at indeksen skiller godt, er skårer i midtområdet usikre med hensyn til gruppetilhørighet.

poliklinikk i Østfold i samarbeid med pasient og foresatte kan velge å henvise til den EEG-baserte tilleggsundersøkelsen hos oss.

Undersøkelsen tar omtrent én time, er ufarlig og smertefri. Den kan gjennomføres av fagpersoner med ulik bakgrunn etter grundig veiledet opplæring. Skåring og tolkning av data krever spesialistkompetanse (lege eller psykolog) samt grundig veiledet opplæring i databehandling, skåring og tolkning. Pasientene (nedre alder ni år) får en forklaring på hvorfor de har kommet, og hva som skal skje. De får på seg en hette med 20 hull som fylles med elektrodepasta. Monteringen tar omtrent 5–10 minutter. Deretter registreres EEG i tre minutter med øynene lukket og tre minutter med øynene åpne. Så gjennomføres en 20 minutters oppmerksomhetstest, VCPT («a cued visual Go/No-Go task»). Herfra henter man ut data om EEG, skårer på oppmerksomhetstesten og ERP-komponenter som reflekterer hjernens respons i ulike faser av informasjonsprosesseringen. Nærmere beskrivelse av metodikken finnes i våre publikasjoner, mest konkret i video-tidsskriftet *Journal of Visual Experimentation* (Ogrim & Kropotov, 2020). Figur 1 gir en oversikt over testsituasjonen. Det er laget en e-læringsvideo på 20 minutter som ansatte i de lokale BUP poliklinikkene i Østfold skal være kjent med. Videoen er tilgjengelig på YouTube (se lenke i referanseliste, Sykehuset Østfold, 2022).

Et utgangspunkt for oss har vært supplerende biomarkører for ADHD. En biomarkør

kan være et kjemisk, biologisk, genetisk, fysisk, fysiologisk, kognitivt eller psykologisk mål (Page et al., 2018). Bruk av biomarkører i psykiatrien byr på store utfordringer fordi nevrobiologiske mekanismer bak symptomene varierer. Ulike symptomer kan også inngå i flere tilstandsbilder. Vår diagnostiske inndeling i avgrensede kategorier stemmer ikke overens med hjernens organisering. I den tidligere nevnte ytringen spør Sandven et al. (2022) om det kan være noe annet enn ADHD. Minst like viktig er det å spørre hva det er i tillegg. De fleste har komorbide tilstander, jf. ESSENCE-begrepet (Fernell & Gillberg, 2023; Gillberg, 2010).

Store studier og replikasjoner er nødvendig før man kan slå fast at man har en anbefalt biomarkør. For å være klinisk nyttig må slike markører skille godt mellom en diagnostisk kategori og friske kontroller, og differensialdiagnostiske kategorier. Det er en lang vei å gå. I vårt arbeid har vi tatt utgangspunkt i variabler som skiller signifikant mellom ADHD og friske kontroller med effektstørrelse (Cohens d) på minst 0.5. Disse er så kombinert til en diagnostisk indeks. I en studie av barn i alderen 9–12 år fant vi at indeksen skilte meget godt mellom ADHD og kontroller uten diagnoser (Hager et al., 2021). Effektstørrelsen var 1.47 i hovedstudien og 3.03 anvendt på et nytt og mindre utvalg (se figur 2). Vi bruker dette og andre publiserte funn som supplement til standard metoder. Dette er langt fra perfekt, men en klar forbedring i forhold til vanlig praksis, slik vi ser det. »



Noen leger spør en forelder om hvordan det går, og nøyer seg med det

I flere av NRK-ytringene pekes det på subjektivitet som en viktig årsak til usikkerhet om diagnosen, og at ulike faglige holdninger trolig er grunnen til de store geografiske forskjellene. En annen type subjektivitet som ofte er utfordrende for klinikere, er at mor, far, lærer og barnet/ungdommen selv kan oppfatte vanskene svært ulikt i kliniske intervjuer og spørreskjemaer. I våre epikriser kan vi si noe om hvordan hjernen til den enkelte pasient fungerer i forhold til aldersnormer og i forhold til typiske mønstre ved ADHD. Vi rapporterer funn i EEG-spectra, i oppmerksomhetstesten og i ERP-komponentene. Vi kan for eksempel gi tilbakemelding om at det er funnet tydelig støtte for at ADHD/ADD kan være en riktig diagnose. Vi kan i andre saker skrive at det er funnet en viss støtte, eller at det ikke er funnet støtte. Vi understreker at våre resultater kun er en del av beslutningsgrunnlaget for diagnose. Vi redegjør altså for det vi bygger på, og kan også framsette hypoteser om psykologisk funksjon som vi anbefaler å sjekke ut med tanke på tilrettelegging. Det kan for eksempel dreie seg om indikasjoner i ERP-komponenter på sensorisk hypersensitivitet.

MEDISINUTPRØVING OG VÅRT SUPPLEMENT

I Norge har omtrent 80 % av barn og unge som får ADHD-diagnose, prøvd medisiner (se for eksempel FHIs rapport om ADHD; Folkehelseinstituttet, 2016). Legemidler basert på metylfenidat eller dexamfetamin er førstevalg, med mulighet for også å prøve ut atomoxetin og guanfacine-preparater. Det er verdt å merke seg at ADHD-diagnose ikke garanterer positiv medisineffekt. Om lag 30 % av pasientene har usikker, minimal eller endog negativ effekt. Bivirkninger er vanlig, men de fleste er forbigående og ufarlige. Det er også slik at personer uten ADHD kan bli mer våkne av ADHD-medisin, en slags «sterk-kaffe-effekt». Siden sentralstimulerende legemidler har et misbruks-

potensial, legger en stor vekt på at kun de med korrekt diagnose og en klar positiv medisineffekt skal bruke slike legemidler. Når medisineffekter har blitt vurdert i forskning, finner man ganske lave korrelasjoner mellom vurderinger fra foreldre, lærere og selvrappport fra barn og unge. Det er altså slett ikke alltid enighet om effekter. Daglig fungering, både atferd og skolearbeid, er blitt undersøkt i studier der barn og unge har fått virksom medisin eller placebo blindt. Vurderingene fra foreldre og lærere viste tydelige forskjeller mellom medisin- og placebo-dager. Dette fant man ikke for barn og unge sine selvrappporter (Pelham et al., 2017). Man skal selvfølgelig lytte til den unge pasienten når medisineffekt skal vurderes, men ikke nødvendigvis sette to streker under svaret.

Gjennom min erfaring fra feltet, har jeg fått innsikt i hvordan medisinutprøvinger og effektvurderinger skjer i praksis. Noen leger spør en forelder om hvordan det går, og nøyer seg med det. Andre innhenter synspunkter også fra lærere og pasientene selv. Systematisk bruk av skjemaer fra ulike informanter er mindre utbredt. (Problemer knyttet til det at medisinoppfølging etter hvert delegeres til fastlegen, vanligvis uten oppfølging i spesialisthelsetjenesten, diskuteres ikke her). Selv om det ikke er uvanlig med tilbakemeldinger om klare positive medisineffekter fra ulike informanter, er det likevel utfordrende å vurdere medisineffekter ved ADHD.

Vi har i flere studier av ADHD-diagnostiserte barn og unge testet dem med vår EEG-baserte prosedyre, både uten medisin og på medisin (Ogrim et al., 2013; Ogrim et al., 2014; Ogrim et al., 2016; Ogrim & Kropotov, 2019). Vi har sammenliknet medisin-respondere og non-respondere (basert på hverdagsfungering), og de med og uten relevante bivirkninger. Ved å sammenlikne VCPT-test 1 (uten medisin) og VCPT-test 2 (prøvedose på 10 mg Ritalin) i forkant av utprøving i hverdagen hos medisin-respondere og non-respondere har vi funnet fram til variabler som skiller signifikant mellom gruppene med moderat eller større effektstørrelse. Vi har laget en samle-indeks som skilte mellom disse gruppene med en effektstørrelse på $d = 1.86$. Det må understrekes at det ikke er læringseffekter når testen tas flere ganger. Det er verdt å merke seg at non-respondere hadde mindre tydelige ADHD-symptomer, forsterket utslag på angstindikator i ERP, og

ERP-avvik mer i bakre hjerneområder enn frontalt. En ERP-komponent kalt P3 no-go antas å reflektere mobilisering av oppmerksomhet og impuls kontroll. En forbedring av denne komponenten på test 2 var den sterkeste enkeltindikatoren på senere positiv medisinrespons i hverdagen.

Vårt tilbud i Østfold når det gjelder prediksjon eller evaluering av medisinrespons, er at behandlende BUP-lege i samarbeid med pasient og foresatte kan henvise til testing hos oss. Det forutsettes at ADHD-diagnose er satt. Man kan teste i forkant av medisinutprøving i hverdagen, eller som del av evalueringen i pågående utprøving. Pasienter med usikker effekt etter korttids- eller langtidsbruk av medisin kan også testes. Tilbudet innebærer to test-sekvenser: uten medisin og på medisin. I våre epikriser tar vi tydelig forbehold om at hverdagsferningene med medisiner er overordnet våre testresultater. Vi kan gi tilbakemelding om at det er funnet tydelig, moderat eller liten støtte for

at sentralstimulerende legemidler vil ha god effekt i hverdagen. Våre tilbakemeldinger kan bidra til at behandlende lege endrer type eller dose av medisin. Behandling uten legemidler er i noen tilfeller den riktige konklusjonen.

Våre testtilbud, både for diagnose og medisinrespons, er vurdert av foresatte og behandlere gjennom anonyme questback. Det er svært positive tilbakemeldinger fra begge grupper, både når det gjelder diagnose og medisinrespons. Mer enn 80 % ønsker dette som faste tilbud i BUP. De øvrige er usikre, ikke negative.

Er det for mange eller for få med ADHD-diagnose? Er det for mye eller for lite medisiner? Disse spørsmålene var sentrale i NRK-ytringene som ble referert innledningsvis. Her er det vanskelig å gi sikre svar. Det viktigste for den enkelte må være at diagnosen er korrekt, og at man bare bruker medisin når den har en klar positiv effekt. Vi mener at vårt EEG-baserte tilbud i BUP Østfold bidrar til sikrere diagnose og rett medisin. ✕

REFERANSER

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5* (5th ed.).
- Anonym. (2023, 2. januar). *Barna uten bremseser*. NRK Ytring. <https://www.nrk.no/ytring/barna-uten-bremseser-1.16240578>
- Avnskog, S. (2022, 27. desember). *Naive fagfolk*. NRK Ytring. <https://www.nrk.no/ytring/naive-fag-folk-1.16234577>
- Clarke, A. R., Barry, R. J. & Johnstone, S. (2020). Resting state EEG power research in attention-deficit/hyperactivity disorder: A review update. *Clinical Neurophysiology*, 131(7), 1463–1479. <https://doi.org/10.1016/j.clinph.2020.03.029>
- Fernell, E. & Gillberg, C. (2023). Autism under the umbrella of ESSENCE. *Frontiers in Psychiatry*, 14, 1002228. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2023.1002228>
- Folkehelseinstituttet. (2016). *ADHD i Norge* (Rapport 2016: 4).
- Gamma, A. & Kara, O. (2020). Event-related potentials for diagnosing children and adults with ADHD. *Journal of Attention Disorders*, 24(11), 1581–1587. <https://doi.org/10.1177/1087054716631821>
- Gillberg, C. (2010). The ESSENCE in child psychiatry: Early symptomatic syndromes eliciting neurodevelopmental clinical examinations. *Research in Developmental Disabilities*, 31(6), 1543–1551. <https://doi.org/10.1016/j.ridd.2010.06.002>



- Hager, L. A., Asberg Johnels, J., Kropotov, J. D., Weidle, B., Hollup, S., Zehentbauer, P. G., Gillberg, C., Billstedt, E. & Ogrim, G. (2021). Biomarker support for ADHD diagnosis based on event related potentials and scores from an attention test. *Psychiatry Research*, 300, 113879. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2021.113879>
- Hansen, S. (2022, 22. desember). *ADHD-bremser og de andre bremsene*. NRK Ytring. <https://www.nrk.no/ytring/adhd-bremser-og-de-andre-bremser-1.16229430>
- Lenartowicz, A. & Loo, S. K. (2014). Use of EEG to diagnose ADHD. *Current Psychiatry Reports*, 16(11), 498. <https://doi.org/10.1007/s11920-014-0498-0>
- Mykletun, A., Halmøy, A. & Bjelland, I. (2023, 3. februar). *Det store ADHD-lotteriet*. NRK Ytring. <https://www.nrk.no/ytring/det-store-adhd-lotteriet-1.16270629>
- NRK. (2023, 3. februar). *Dagsnytt 18*. <https://tv.nrk.no/serie/dagsnytt-atten-tv/202302/NNFA56020323>
- Ogrim, G. & Kropotov, J. D. (2020). Event related potentials (ERPs) and other EEG based methods for extracting biomarkers of brain dysfunction: Examples from pediatric attention Deficit/Hyperactivity disorder (ADHD). *Journal of Visualized Experiments*, 157, 60710. <https://doi.org/10.3791/60710>
- Ogrim, G., Hestad, K. A., Brunner, J. F. & Kropotov, J. (2013). Predicting acute side effects of stimulant medication in pediatric attention deficit/hyperactivity disorder: Data from quantitative electroencephalography, event-related potentials, and a continuous-performance test. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 9, 1301–1309. <https://doi.org/10.2147/NDT.S49611>; [10.2147/NDT.S49611](https://doi.org/10.2147/NDT.S49611)
- Ogrim, G., Kropotov, J., Brunner, J. F., Candrian, G., Sandvik, L. & Hestad, K. A. (2014). Predicting the clinical outcome of stimulant medication in pediatric attention-deficit/hyperactivity disorder: Data from quantitative electroencephalography, event-related potentials, and a go/no-go test. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 10, 231–242. <https://doi.org/10.2147/NDT.S56600>
- Ogrim, G. & Kropotov, J. D. (2019). Predicting clinical gains and side effects of stimulant medication in pediatric attention-Deficit/Hyperactivity disorder by combining measures from qEEG and ERPs in a cued GO/NOGO task. *Clinical EEG and Neuroscience*, 50(1), 34–43. <https://doi.org/10.1177/1550059418782328>
- Ogrim, G., Aasen, I. E. & Brunner, J. F. (2016). Single-dose effects on the P3no-go ERP component predict clinical response to stimulants in pediatric ADHD. *Clinical Neurophysiology*, 127(10), 3277–3287. <https://doi.org/10.1016/j.clinph.2016.07.011>
- Page, G. G., Corwin, E. J., Dorsey, S. G., Redeker, N. S., McCloskey, D. J., Austin, J. K., Guthrie, B. J., Moore, S. M., Barton, D., Kim, M. T., Docherty, S. L., Waldrop-Valverde, D., Bailey, D. E., Schiffman, R. F., Starkweather, A., Ward, T. M., Bakken, S., Hickey, K. T., Renn, C. L. & Grady, P. (2018). Biomarkers as common data elements for symptom and self-management science. *Journal of Nursing Scholarship*, 50(3), 276–286. <https://doi.org/10.1111/jnu.12378>
- Pelham, W. E. J., Gnagy, E. M., Sibley, M. H., Kipp, H. L., Smith, B. H., Evans, S. W. & Bukstein, O. (2017). Attributions and perception of methylphenidate effects in adolescents with ADHD. *Journal of Attention Disorders*, 21(2), 129–136. <https://doi.org/10.1177/1087054713493320>
- Ruud, S. N. (2023, 11. januar). *Å trække på riktig bremse*. NRK Ytring. <https://www.nrk.no/ytring/atrakke-pa-riktig-bremse-1.15357614>
- Sandven, H. K., Ramsøy-Halle, G. & Furunes, K. T. (2022, 19. desember). *Trakk på ADHD-bremser*. NRK Ytring. <https://www.nrk.no/ytring/trakk-pa-adhd-bremser-1.16218822>
- Sykehuset Østfold. (2022, 30. mai). *EEG-basert beslutningsstøtte for ADHD diagnose og medisinrespons* [Video]. YouTube. <https://youtu.be/s3LD1k-E7mk>

Negative tanker hos nybakte foreldre

Repeterende negative tanker under graviditeten henger sammen med foreldrenes mentale helse etter fødsel.

Det fant Agnes Bohne i sin doktorgradsavhandling ved Universitetet i Tromsø. I tillegg ser det ut til å henge sammen med relasjonen foreldrene får til barnet.

Å få barn er en stor overgang i livet, og kan trigge psykiske problemer hos noen nybakte foreldre. Det kan igjen påvirke relasjonen mellom foreldre og barn, samt barnets utvikling. Når foreldre opplever psykiske plager, kan det komme i veien for deres evne til å være sensitive og responsive til barnets signaler. Det kan få uheldige konsekvenser for barnets utvikling.

Doktorgradsarbeidet til Bohne brukte data fra langtidsstudien God start for Små i Nord (NorBaby), hvor deltakere ble rekruttert i Tromsø og fulgt gjennom hele graviditeten og syv måneder etter fødselen. Studien inkluderte både mødre og deres partnere, og det ble gjennomført tre målinger under svangerskapet og tre etter fødselen.

Bohne fant også at det å ha barn fra før var en beskyttende faktor for mødre. Mødre med flere barn hadde en klar fordel av sin erfaring og rapporterte færre depressive symptomer og mindre foreldrestress. Denne beskyttende effekten ble imidlertid ikke observert hos fedre, som viste mindre tilknytning til påfølgende barn. Det må ses i sammenheng med at ansvar for tidligere barn gjerne tilfaller far i den første tiden etter fødsel, påpeker Bohne. Sosial støtte fra venner og familie var en betydelig beskyttende faktor for både mødre og fedre.

For å forbedre perinatal helsetjeneste er det viktig å identifisere og håndtere repeterende negative tanker under graviditeten, fremme sosial støtte for vordende foreldre og prioritere den mentale helsen til førstegangsforeldre.

Kilde: Universitetet i Tromsø

FOTO: BJØRNKÅRE IVERSEN / UIT



AGNES BOHNE

Parental cognitive vulnerability during the perinatal period and its effect on mental health and the parent-infant relationship

DISPUTAS 10.02.23,
Universitetet i Tromsø

Medisinfri behandling gjennom brukerens øyne

Medisinfri behandling legger til rette for behandlingsvalg som fokuserer på økt egenkontroll og motivasjon for pasientene.

Det konkluderer Christine Henriksen Ødegaard, som har sett på programmet for medisinfri behandling for psykose i Norge. Samtidig er baksiden at demokratisering av behandlingsvalg kan utfordre utøvelsen av faglig skjønn når pasienten og helsepersonellet har motstridende mål, påpeker Ødegaard i doktorgraden.

Programmet for medisinfri behandling ble etablert i kjølvannet av debatter rundt bruken av antipsykotiske medisiner og ønsket om mer personsentrert behandling og økt selvbestemmelse. Målet med medisinfri behandling i Bergen er å øke pasientens autonomi, redusere bruk av medikamenter og tilby bedre psykososial støtte.

Pasientene som velger dette behandlingsprogrammet i Bergen har frihet til å velge å bruke eller ikke bruke medisiner etter behov, men de må ha et klart mål om å redusere eller slutte med antipsykotisk medisiner.

Gjennom kvalitative dybdeintervjuer med personer med psykose, fokusgrupper med ansatte, og deltagende observasjon i musikkterapi hadde Ødegaard som mål å utforske pasientenes og helsepersonellens erfaringer med det medikamentfrie behandlingsprogrammet i Bergen. Fire erfaringsekspertene ble også invitert som medforskere.

Pasientene beskrev forholdet til terapeutene som viktig og forbedret. Behandlingen ble en læringsprosess av deres personlige lidelsesmønstre. Musikkterapi fremstår som et positivt eksempel på behandlingspraksis som fremmer bedring og recovery.

Kilde: Universitetet i Bergen

FOTO: HANS JØRGEN BRUNN / UIT



CHRISTINE HENRIKSEN ØDEGAARD

Medication free treatment for people with psychosis: An explorative study of user perspectives on increased accept and support for patients choosing to discontinue anti-psychotic medication as treatment for psychosis

DISPUTAS 20.06.23,
Universitetet i Bergen

Implementering av DBT i en rural kontekst

Tom Jørund Knive^{1*}, Stein Daniel Østmo^{2*} og Malin Fors^{3,4}

Sammendrag

Bakgrunn og mål: Dialektisk atferdsterapi (DBT) er en utbredt evidensbasert metode for behandling av emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse, men metoden er lite forsket på i en rural kontekst. Målet er å identifisere rurale utfordringer for DBTs fire behandlingskanaler, å synliggjøre implisitte urbane utgangspunkter i DBT og å skissere mulige tilpasninger for DBT i rurale strøk, med utgangspunkt i Finnmark som case.

Fremgangsmåte: Forfatterne, som er klinikere med lang erfaring i psykisk helsevern i Finnmark, integrerer funn fra tidligere forskning av kulturtilpasset DBT for rural kultur med lokal klinisk erfaring i tråd med erklæringen om evidensbasert psykologisk praksis. Metodetilfanget vi lener oss på, er tradisjonell litteraturstudie, casestudie, autoetnografi og teorigenerering.

Resultater: DBT i opprinnelig format kommer til kort i rurale strøk uten tilpasninger. Vi kom frem til at sentrale utfordringer for gjennomføring av DBT i vår lokale kliniske praksis er: geografisk avstand, personellmangel, vansker med anonymitet i gruppebehandling, vansker med gjennomføring av veiledningsgrupper og mangel på kontinuitet i behandlingen grunnet høy turnover. Vi skisserer mulige tilpasninger, som kan være ferdighetstrening i bolker, kortvarige periodiske innleggelses på DPS med intensiv ferdighetstrening, pragmatisk bruk av telefonkonsultasjon, digital behandling (og veiledning) og inkludering av andre faggrupper i behandlingen.

Konklusjon: DBT er en prinsippstyrt metode som i sitt utspring er designet for en urban virkelighet, men som er mulig å tilpasse til en rural kontekst som Finnmark. Mulige utfordringer er geografisk avstand, mangel på kontinuitet, personalmangel og mangel på anonymitet (gruppebehandling).

Nøkkelord: rural, DBT, pragmatisk psykologi, geografisk narsissisme, urban bias

¹ Sykehuset Telemark, klinikk psykisk helsevern og rus, TSB poliklinikk

² Vadsø kommune

³ Finnmarkssykehuset, Voksenpsykiatrisk poliklinikk Hammerfest

⁴ UiT, Norges arktiske universitet, Institutt for klinisk medisin, Campus Hammerfest

KONTAKT

malin.fors@mac.com

MERKNAD

*Artikkelen har to førsteforfattere

FAGFELLEVDERT

Å gjennomføre evidensbasert psykologisk praksis (Høstmælingen, 2023; Norsk psykologforening, 2007; Rønnestad 2008) i rurale områder, det vil si perifere landområder lokalisert langt fra bysentrum og politiske administrative enheter, kan være utfordrende (f.eks. Bergmark et al., 2022). På den andre siden inngår det i evidensbasert psykologisk praksis å tilpasse intervensjoner til kontekst. I APA Presidential Task Force on Evidence-Based Practice (2006) står det «Clinical expertise allows psychologists to adapt interventions and construct a therapeutic milieu that respects the patient's worldview, values, preferences, capacities, and *other characteristics*» (vår kursivering).

I Norge representerer Finnmark en rural kontekst hvor helsetilbudene preges av stor turnover og mangel på kvalitet og stabil og tilstrekkelig bemanning (Gaski & Abelsen, 2018; Helse Nord, 2019). Det er iverksatt politiske strukturelle tiltak for å utligne sosiale ulikheter i helse, men likevel er det forskjeller mellom psykisk helseverntilbud i urbane og rurale strøk (Helsedirektoratet, 2018; Riksrevisjonen, 2021). Gundersen (2021) bruker begrepet diskrimineringsgeografi for å beskrive ulikhetene i helsetilbudet. Da Nasjonalt senter for distriktsmedisin (Gaski & Abelsen, 2018; Helse Nord, 2019) utredet fastlegesituasjonen i Nord-Norge, fant de en høyere gjennomtrekk i fastlegestillingene (12,8 %) enn i resten av Norge (7,3 %). Et lignende bilde ser man nok for psykologer og psykologspesialister i spesialisthelsetjenesten. En sak i Psykologtidsskriftet (Halvorsen, 2020) viste at de lokale forskjellene i turnover for psykologer og psykologspesialister i spesialisthelsetjenesten er store rundt om i landet. Ved Finnmarkssykehuset har turnover økt de siste tre årene til hele 28,3 prosent i 2020. Til sammenligning var turnover nasjonalt 16 prosent i perioden 2016–2019 (se også Gaski et al., 2022). Vi erfarer at praktisk implementering av evidensbaserte psykoterapimanualer, nasjonale retningslinjer og behandlingsprogram er krevende i våre lokale forhold, spesielt på grunn av begrensede økonomiske ressurser og svak tilgang på fagpersonell (Fors, 2023a, 2023b, 2023c; Probst et al., 2019). Situasjonen har inspirert oss til å reflektere rundt pragmatiske måter å innlemme og tilpasse modeller og retningslinjer til lokal klinisk praksis på.

DBT er en utbredt evidensbasert metode for behandling av emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse (Linehan, 1993, 2015, 2020; Panos et al., 2013). Forskningen på DBT i rurale områder er marginal, og studier gjennomført i storbyer kan være preget av svak økologisk validitet siden premisene er annerledes. Bakteppet og inspirasjonen for teksten er rural psykologi, som handler om perspektiver på det rurale som en kulturell forskjell (fra det urbane) (f.eks. Smalley et al., 2012), en forskjell i befolkningsdemografi, avstan-

der og økonomi (f.eks. Le Tourneau, 2020), og forskjeller med hensyn til mangel på anonymitet, men også problemer med bemanning og spisskompetanse (se f.eks. Simpson & McDonald, 2017).

I de siste årene har det urbane–rurale spekteret blitt adressert som en *maktordning* (f.eks. Bourke et al., 2010; Fors, 2018a, 2018b, 2023a, 2023b, 2023c; Gundersen, 2021; Probst et al., 2019; Simpson & McDonald, 2017; Stein et al., 2019), hvor man blant annet tenker at den rurale posisjonen aldri helt kommer på den nasjonale agendaen. Statsviterne Buck et al. (2022) har eksempelvis undersøkt de langsgående politiske spenningene mellom nord og sør etter nedbrenningen og evakueringen av Finnmark under andre verdenskrig, et narrativ som beskrives som usynliggjort nasjonalt. Regjeringen i Oslo var mot gjenreisningen, men folk reiste ulovlig tilbake. Lignende historier med spenninger mellom sentrum og periferi finnes i mange land (Luca et al., 2022). Fors (2018a) kaller maktordningen *geografisk narsissisme*, et begrep som sidestiller urban–rural-aksen med andre diskriminerings spørsmål som sexisme, rasisme og homofobi, og som også har blitt kalt strukturell urbanisme (Probst et al., 2019). Nylig foreslo Malatzky og Couch (2023) termen *Rural place stigma* for å beskrive det samme. I en helsekontekst går maktkritikken på at behandlingsopplegg ofte har et urbant utgangspunkt og bærer med seg urbane bias fordi rurale problemstillinger ikke er inkludert i originalformatet (Fors, 2018a, 2023b; Kinsey, 2014; Simpson & McDonald, 2017). Under arbeidet med å tilpasse DBT for en amerikansk urbefolkning poengterte Kinsey (2014) DBT bærer med seg en urban bias fordi den er lite tilgjengelig på steder med store geografiske avstander, og fordi den krever flere behandlingskanaler og flere oppmøter for pasienten.

Målet vårt er å undersøke DBT fra en rural klinisk posisjon og tegne opp mulige utfordringer og tilpasninger for DBT i distriktet. Fokuset er de deler av hovedbehandlingskanalene i DBT som vi mener gir praktiske problemer i grisgrendte strøk. Vi vil forsøke å trekke frem sentrale utfordringer med å implementere DBT i rurale strøk basert på Finnmark som case, og vi skisserer mulige tilpasninger i vår konkrete kliniske praksis. Før vi går inn på lokale utfordringer og tilpasninger, vil vi ta for oss internasjonal forskning på kulturelt tilpasset og rural DBT. Vi presenterer også kort DBT og de fire behandlingskanalene som vi fokuserer på i artikkelen: individualterapi, ferdighetstrening, teamveiledning og telefonkonsultasjon.

Fremgangsmåte

Utgangspunktet for dette arbeidet er evidensbasert psykologisk praksis (Høstmælingen, 2023; Norsk psy-

kologforening, 2007; Rønnestad, 2008) der vi som klinikere ønsker å eksemplifisere integreringen av best tilgjengelig forskning med klinisk ekspertise sett i sammenheng med pasientenes *rurale kontekst*. I og med at Linehans visjon (1993) er en pasienttilpasset behandling og at DBT er kontekst- og prinsippbasert (Hayes et al., 2011; Kinsey, 2014) har vi også funnet inspirasjon i pragmatisk psykologi (f.eks. Fishman & Messer, 2013; Fors, 2023a), der formålet er å være til konkret nytte for pasienten. Vi forfattere har alle mellom 10 og 16 års erfaring fra klinisk praksis i både Vest- og Øst-Finnmark. Målet er at arbeidet skal gi en første skisse for rural tilpasset DBT, og vi integrerer det vi mener er relevant forskning og klinisk erfaring. Tradisjonelle litteraturstudier (Jesson et al., 2011; Yin, 2012) inneholder uunngåelig et subjektivt moment fra forfatterne. Vi har søkt i PsychInfo med søkeordene rural DBT og har brukt alle artikler vi har funnet. Videre har vi søkt i referanselister og i nettverk omkring kulturelt tilpasset DBT, men også bredere etter litteratur om rural virkelighet, rural psykologi, tidligere forskning rundt forsøk på kulturtilpasning og anvendt det på vår egen kontekst ut ifra klinisk erfaring. Innen vitenskapsteori har McLeod (2011) understreket at autoetnografiske studier (f.eks. Adams et al., 2017; Karlsson et al., 2021) åpner opp for subtile aspekter og fenomener som det ikke går an å nå med annen metode. Den feministiske teoretikeren Harding (f.eks. 2009) har argumentert for at personlige erfaringer og sosial plassering bestemmer hvordan vi ser og fortolker verden. Med andre ord betrakter vi vår erfaring fra rural kontekst som noe som beriker snarere enn kontaminerer vår undersøkelse. Arbeidet er teorigenererende (Reichenbach, 1938/2006), og er et forsøk på en første teoretisk formulering. Det betyr at vi har brukt teori, klinisk erfaring og tradisjonelle litteraturstudier (Yin, 2012) side om side.

DBT og behandlingskanalene

I dag er DBT, som ble utviklet av Marsha Linehan på 1980-tallet, en av de mest utbredte evidensbaserte behandlingene rettet mot emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse (Linehan, 1993, 2015, 2020; Panos et al., 2013) og tilbys over store deler av verden. Gjennom fire teoretiske hjørnesteiner – læringsteori, kognitiv teori, dialektisk filosofi og zen-buddhistisk filosofi – utviklet Linehan en metode som krever flere innsatser samtidig, via behandlingskanalene individualterapi, ferdighetstrening, teamveiledning og telefonkonsultasjon. I utgangspunktet ble DBT utviklet for bruk i psykiatriske poliklinikker, men metoden er blitt tilpasset nye pasientgrupper med

emosjonell reguleringssvikt og flere psykiatriske settinger (se f.eks. Kåver & Nilsonne, 2005). Metoden er videreutviklet for bruk i psykiatriske dag- og døgnavdelinger, i barnevernsinstitusjoner og i fengselshelsetjenester (Mehlum & Tørmoen, 2015). DBTs evidensbase er omfattende, og det er gjort flere RCT-studier av både standard DBT (f.eks. Feigenbaum et al., 2012; Priebe et al., 2012) og tilpassede opplegg (se f.eks. Clarkin et al., 2007). DBT i sin opprinnelige form var nokså ortodoks, for eksempel ved at Linehan tidlig lanserte en grunnidé om at terapeuter måtte meditere daglig for å kunne kalle seg DBT-terapeuter. Dette har de fleste fagmiljøer gått bort fra, og det kan argumenteres for at metoden er mer pragmatisk enn ortodoks siden den er kontekst- og prinsippbasert (Hayes et al., 2011). Samtidig viser adherensstudier på DBT lave tall (f.eks. Harned et al., 2021), og man har vært bekymret for at den opprinnelige metoden skulle bli utvannet. Prinsippene for behandlingskanalene ser slik ut:

Ferdighetstrening – DBT-gruppe

Ferdighetstreningen er sentral, ettersom pasientens problemer oppfattes som en konsekvens av manglende ferdigheter eller manglende evne til å anvende ferdigheter (Kåver & Nilsonne, 2005). Ferdighetstreningen har et psykoedukativt format og foregår helst i grupper. I Linehans opprinnelige program foregikk ferdighetstreningen i et ukentlig møte på 2–2,5 timer, men andre gruppeformater er mulig. For eksempel kan man dele opp møtene til to ganger per uke, hvor hvert møte varer i én time. Linehan (1993) argumenterer for at man må skille ferdighetstreningen fra individualterapien, der man skal prioritere å redusere motivasjonen for selvmord og selvskading. Ferdighetstreningen må være manualbasert, agendafokuseret og rigid for å gjøre treningen effektiv og målrettet, og det er ikke plass til dette motivasjonsarbeidet rundt kriseintervensjoner. Det bør derfor være to ulike terapeuter for ferdighetstreningen i gruppe- og individualterapien.

Individualterapi

I DBT er det individualterapeuten som er primærbehandleren, og de andre behandlingskanalene skal kretse rundt den. Linehan (1993) skisserer ukentlige terapitimer, hvor lengden av hver time er på mellom 50 og 120 minutter. Når pasienter er i akutt krise, kan ferdighetstreningen fremstå som betydningsløs målt opp mot krisen pasienten står i, og i individualterapi har man større mulighet til å arbeide med krisen i dybden. Samtidig har individualterapeuten innblikk i hva det arbeides med i ferdighetstreningen slik at hen kan

hjelp pasienten å ta i bruk ferdighetene og å identifisere hvilke situasjoner som gir dysregulerte følelser. Det er viktig at man balanserer disse to behandlingskanalene, og det er nødvendig at pasienten deltar i ferdighetstrening og individualterapi parallelt.

Teamveiledning

Kåver og Nilsonne (2005) beskriver DBT som en teambehandling og anser ikke behandlingen som DBT hvis ikke terapeuten går i teamveiledning. Fokuset i teamveiledning er at behandlerne støtter hverandre, holder oppe motivasjonen og øker egne ferdigheter og kompetanse.

Telefonkonsultasjon

I telefonkonsultasjoner har pasienten mulighet til å kontakte individualterapeuten utenfor terapitimene. Hensikten er å trene pasienten til å be om og å ta imot hjelpen som tilbys. Pasienten har mulighet til å kontakte terapeuten i tre situasjoner: i krise, for å generalisere ferdigheter eller når pasienten er urolig for relasjonen til terapeuten. Telefonsamtalene skal ikke brukes til å forsterke dysfunksjonell atferd, og dermed kan ikke pasienten ringe etter å ha selvskadet eller dersom pasienten truer med suicid. I utgangspunktet skal det være individualterapeuten som tar telefonen, men i mange opplegg er telefonen koblet til et akutt-team på kvelder og i helger.

Kulturelt tilpasset DBT

Tross utvikling og tilpasninger til nye pasientgrupper og andre kulturer enn den vestlige finnes det få studier om DBT i rural setting. Det finnes dog gode grunner til å tenke tilpasning. Hall et al. (2016) fant i en metaanalyse at kulturelt tilpassede behandlingsmetoder hadde fem ganger så stor sannsynlighet for å være virksom behandling som den opprinnelige modellen. Huey et al. (2014) argumenterer for det samme. I en nylig metastudie av kulturelle tilpasninger av DBT fant Haft et al. (2022) at de fleste kulturelle tilpasninger av DBT gjaldt modifikasjon i språk, metaforer, metode og kontekst. Mange har for eksempel modifisert den åndelige delen av DBT etter kulturell kontekst. Haft et al. (2022) understreker nettopp at DBT er en prinsippstyrt behandling, og at mange etniske grupper ikke var med i de opprinnelige studiene av DBT. De mener det er behov for tilpasninger for å gjøre metoden gunstigere, selv om det ennå ikke finnes tilstrekkelig evidens i tall for å si at kulturelt tilpasset DBT er mer effektiv. De argumenterer med andre ord i tråd med idealene om evidensbasert praksis (APA Presidential Task Force on Evidence-Based Practice, 2006; Norsk

psykologforening, 2007) for å sette klinisk ekspertise i sammenheng med pasientens kulturelle bakgrunn og kontekst. I en nylig studie integrerte Pierson et al. (2022) DBT med kritisk raseteori («critical race theory») for å legge frem en antirasistisk versjon av DBT. De anså at den opprinnelige DBT-versjonen var blind for rasisme og mikroagresjoner knyttet til hudfarge.

Ruralt tilpasset DBT

I Australia evaluerte NSW Institute for Rural Clinical Services and Teaching (Stanford, 2010) en modifisert rural versjon av DBT, og de så at denne formen hadde like gode behandlingsresultater som originalformen. Tilpasningene gjaldt fleksibilitet på flere områder og var primært en konsekvens av ressursmangel, slik som for få behandlere. Ved telefonkonsultasjon kom pasienten kun til en kliniker i kontortiden og ellers til en nasjonal svartjeneste hvor telefonen ikke ble besvart av helsepersonell. Videre hadde ferdighetstreningen flere planlagte pauser på mange uker og ble utført i bolker. Deltakere ble oppfordret til å øve selv i pausene. Individualterapien fant sted kun en gang annenhver uke (Stanford, 2010) og ikke parallelt med ferdighetstreningen.

I Alaska undersøkte Beckstead et al. (2015) i en pilotstudie med 229 deltakere effekten av DBT for rusavhengighet hos ungdom i urbefolkningen. Det ble tatt inn elementer av urbefolkningens spesifikke kulturelle, tradisjonelle og åndelige praksiser samtidig som man var metodelojal. Forskerne argumenterte for at kjerneferdigheten i DBT, mindfulness, er et konsept som finnes i de fleste kulturer gjennom historien. Derfor kan mindfulness brukes som en katalysator for å forene tradisjonell og åndelig praksis med en evidensbasert metode som DBT. En lokal medisinnmann / åndelig rådgiver fikk sju dagers opplæring i DBT og mindfulness. Den åndelige rådgiveren hjalp forskerne til å forstå hvordan ferdigheter i mindfulness og tradisjonell praksis kunne relateres til hverandre. Resultatene av studien antydte at behandlingen hadde effekt, da 96 % hadde enten total remisjon eller opplevde signifikant forbedring. I en annen, mindre pilotstudie med ti deltakere viste Ramaiya et al. (2017) tilpasning av DBT gjennom en dynamisk implementeringsprosess i Nepal. Tilpasningen ble gjort i et geografisk område preget av knapphet på offentlige ressurser. Personer med helse- og sosialfaglig grunnutdanning tilsvarende bachelorgrad gjennomgikk en fem dagers workshop, der de lærte å bruke grunnleggende DBT-prinsipper for å kunne gi ferdighetstrening i grupper. Mange av deltakerne kunne ikke lese og skrive, og en del av ferdighetstreningen skjedde gjennom kulturtilpassede rollespill. Andre tilpasninger var for eksempel

at familiemedlemmer som kunne lese og skrive, fikk være med som medhjelpere. Tilbakemeldingene fra deltakerne antydte at behandlingen hadde verdi og var hjelpsom: 82 % fullførte.

Det er vanskelig å overføre funn fra studier i Alaska og Nepal til Finnmark, men det er interessant at forskningsteamene (Beckstead et al., 2015; Ramaiya et al., 2017) anvendte lokale ressurser, til dels ufaglærte, til å bidra i behandlingsopplegget. Dette rimer med tidligere forskning, som har vist at man er mer vant til å bruke fleksibilitet og generalisme i rurale strøk (f.eks. Boilen, 2021; Fors, 2018a, 2023a), og at det noen ganger er helt nødvendig for å kunne tilby livsviktig helsehjelp. Helsepersonell i rurale settinger lærer nok generelt mental fleksibilitet og generalisme, og må oftere gå utenfor sin umiddelbare kompetanse, noe som innen rural medisin har blitt kalt både *klinisk mot* (*clinical courage*) (MacLellan, 2011; Wootton, 2011) og *potetetikk* (Fors, 2023a).

DBT tilpasset lokal klinisk praksis i Finnmark

I det videre vil vi trekke frem sentrale utfordringer i Finnmark og skissere mulige tilpasninger til vår lokale kontekst som eksempler på rurale tilpasninger.

Geografisk avstand

Vi mener at en urban bias ved DBT er at det i originalformatet ikke blir diskutert alternativer til hyppig oppmøte. I rurale strøk har avstand stor betydning, og pasientene har ikke mulighet til å møte opp til behandling flere ganger i uken når de bor langt borte fra tilbudet. Fra Honningsvåg til nærmeste VPP (i Hammerfest) er det en reisevei på tre timer med bil én vei. Helbich et al. (2017) konkluderte med at lang reisevei til spesialiserte psykiske helsetjenester førte til mindre etterspørsel etter tjenestene. Et DBT-tilbud som ligger geografisk langt unna pasientens hjemsted, vil i denne sammenhengen ikke representere et reelt alternativ. I Hammerfest har vi erfaring med å kunne henvise til en DBT-gruppe i Alta, som er 2,5 timer én vei i bil over fjellovergang. Dette er det ikke realistisk å klare for mange pasienter. Siden DBT er bygget rundt flere kanaler, vil reisingen bli ekstra krevende. Pasienter skal reise både til ferdighetstrening og til individualterapi, noen ganger på forskjellige steder, siden individualterapeuten kan være i Hammerfest og gruppebehandlingen i Alta.

DBT-teamet hos BUP Tromsø, som behandler ungdommer fra hele Nord-Norge, har løst utfordringene med lang reise på en god måte: De som har lang reisevei, får gjennomføre ferdighetstrening og individu-

alterapi på samme dag. En slik løsning kan man også se for seg i andre rurale områder. Slik som nevnt tidligere løste teamet i Australia (Stanford, 2010) lang reisevei ved å ha gruppeterapien i bolker med noen ukers pauser imellom, og gjennom å tilby individualterapi annenhver uke. Slike typer tilpasninger løser også rurale utfordringer knyttet til grupperekruttering og anonymitet. Det er gjerne små forhold i rurale strøk; lokale motsetninger, konflikter mellom deltakere og mangel på anonymitet kan vanskeliggjøre rekruttering og seleksjon. Ofte oppstår det et dilemma hvor man står mellom å ha for få deltakere i en gruppe eller å ha folk som kjenner hverandre fra før. Dilemmaet kan også innebære inntak av deltakere som egentlig ikke oppfyller alle inklusjonskriteriene, eller å ta inn pasienter med lang reisevei og høy risiko for å droppe ut, noe som skaper ustabilitet i gruppeprosessen.

En annen løsning på utfordringene med geografisk avstand er å bruke innleggelses på DPS-døgneheter. Et slikt forslag er kontroversielt, siden det er bred faglig konsensus om at pasienter med kronisk suicidalitet frarådes innleggelses utover den akutte krisen, og man mener at lengre innleggelses vil føre til forverring av tilstanden (Livesley, 2003; Paris, 2004). Vi tenker at denne sannheten ikke lenger er entydig. En longitudinell naturalistisk studie (Fowler et al., 2018) har vist at behandling under innleggelse for denne pasientgruppen kan være gunstig dersom man sikrer innleggelsen med evidensbaserte metoder og gir intensiv oppfølging. Bohus et al. (2004) endret DBT-tilbudet til en døgnkontekst og fant at tre måneder med slik behandling var signifikant bedre enn vanlig, uspesifikk poliklinisk behandling. Basert på funnene fra disse to studiene kan en mulig tilpasning innebære å prøve ut planlagte periodiske innleggelses hvor man gir intensiv ferdighetstrening i løpet av noen uker, forutsatt at døgneheteren også iverksetter DBT-metoden for innleggelses (se f.eks. Mehlum & Tørmoen, 2015). Samtidig kan dette være problematisk med tanke på at iverksetting av DBT i døgnpost er svært ressurskrevende.

En mer søkt mulighet ligger i virtuell psykoterapi, som ble aktualisert under restriksjonene i pandemien. Finnmarkssykehuset har tilbudt psykoterapi over nett i flere år. Det er mulig at ferdighetstreningen kan foregå på en virtuell arena, siden den er manualbasert, agendafokusert og rigid, men her trenger vi mer dokumentasjon gjennom forskning på erfaringer med gruppeterapi på video for personer med emosjonell ustabilitet. Vår erfaring hittil er at pasienter i denne målgruppen ofte har vanskeligere for å nyttiggjøre seg av videobasert individualterapi enn mange andre pasientgrupper.

Oppsummert kan lokale kliniske tilpasninger for kontekster som vår være ferdighetstrening i bolker, individualterapi annenhver uke og kortvarige periodiske innleggelse på DPS med intensiv ferdighetstrening.

Ressurser

Med mindre fagmiljøer og færre fagpersoner kan det bli utfordrende å finne mange nok kvalifiserte fagpersoner som kan være DBT-spesialiserte ferdighetstreningsterapeuter, slik metoden opprinnelig krever. Rurale strøk er preget av mer turnover og nyutdannede psykologer. Bakdelen med DBT er at metoden er ressurskrevende. Man er avhengig av at det er flere fagpersoner som kan metoden, og som ikke skiftes ut midt i et behandlingsløp. Fordelen med DBT er at den er prinsippstyrt og manualbasert, noe som gjør at deler av DBTs prinsipper kan læres uten dybdetrening, og at man slik kan få hjelp til å bygge kontinuitet av et utvidet terapi-felleskap (*community*), det vil si støttespillere i felt. Begge forskningsteamene i Alaska og Nepal (Beckstead et al., 2015; Ramaiya et al., 2017) brukte lokale ressurser, til dels ufaglærte, som bidrag i behandlingen. For å få til DBT-grupper organiserte teamet i Australia (Stanford, 2010) treningen i bolker (Stanford, 2010). I tillegg hadde de en telefonlinje som støtte til telefonkonsultasjon og individuell terapi annenhver uke istedenfor hver uke.

Mest sårbar for lav bemanning er etter vår erfaring behandlingskanalen telefonkonsultasjon, som gjerne går utenfor normal arbeidstid. Det ser ut til at flere DBT-team i Norge har løst dette med en turnusordning for DBT-teammedlemmene, selv om det i den opprinnelige modellen til Linehan (1993) var meningen at det i hovedsak var individualterapeuten som skulle ta imot telefonene. Dette byr naturlig nok på utfordringer i et småsamfunn som gjerne har mindre fagmiljøer, hvor et DBT-team kanskje består av bare to behandlere. DPS Vest-Finnmark har satset betydelig på DBT. Utdanningen er gitt i flere trinn, men ideen har vært at alle ansatte skal ha grunnleggende kjennskap til metoden for at de skal kunne bidra ved for eksempel akuttelefoner til sengeposter eller poliklinikkers vakttelefoner når ikke hovedbehandler er tilgjengelig.

Det argumenteres for at teamveiledning for individualterapeuten i utgangspunktet krever et større fagmiljø for å fungere etter Linehans opprinnelige modell. Selv om man kan klare seg med to for å kalle det en teamveiledning (Kåver & Nilsonne, 2005), vil en slik løsning være mer sårbar, og det skal mindre til før et slikt team blir oppløst. I en rural kontekst med stor gjennomtrekk og hyppig behandlerbytte (Boilen, 2021)

er det vanskelig å opprettholde faglig kontinuitet, ikke bare i det enkelte pasientløp, men også i team og teamveiledning. DBT krever gjerne et større fagmiljø for å kunne fungere i praksis (Kåver & Nilsonne, 2005). En mulig tilpasning her er å legge opp til digital teamveiledning på tvers av regioner, noe som allerede brukes flere steder. Dette vil kunne samle veiledningsressurser for klinikere i et større geografisk område, uten at det går bort mye tid til reisevirksomhet, og det vil også åpne for at rurale klinikere kan få tilgang til mer sentral kurs- og veiledningsvirksomhet gjennom hybrid digital deltakelse og det vil også åpne opp for hybrid digital deltakelse for rurale klinikere for mer sentral kurs- og veiledningsvirksomhet.

Kontinuitet

I rurale samfunn har man ofte god oversikt over lokale ressurspersoner som har tillit og innflytelse i befolkningen, og som pasientene ofte er i kontakt med. Kjennskap til slike ressurser gir gode forutsetninger for å rekruttere hjelpere på steder med begrenset tilgang på helsepersonell. Som Ramaiya et al. (2017) viste, er det fullt mulig å instruere ufaglærte med relevant grunnkompetanse i bruk av DBT. Mennesker med sosialfaglig utdanning og erfaring i å møte mennesker i krise kan etter vår erfaring være til god hjelp hvis man gir dem støtte og rammer for å håndtere henvendelser fra brukere av DBT-teamet.

Vår erfaring er også at man som individualterapeut (psykolog) i et ruralt helsesystem i større grad må informere og forberede eksterne samarbeidspartnere om tiltak i et behandlingsforløp for å motvirke diskontinuitet, en proaktiv mentalisering av helsesystemet, med andre ord. En vanlig måte å gjøre dette på er å sende kriseplan til legevakta og informere en «stødig» sykepleier om dette. Sykepleieren vil så kunne informere de forskjellige vaktlegene og vikarene om pasienten og aktuelle tiltak dersom pasienten skulle henvende seg i en akutt situasjon. Dermed har man aktivt motvirket den diskontinuiteten som kommer på steder med høyt vikarbruk. Harbitz et al. viste nylig (2021) at helsesekretærer og hjelpepersonell i rurale strøk er sentrale for kontinuitet og pasientsikkerhet. En fordel med små rurale samfunn er at det dreier seg om et lavt antall pasienter og nøkkelpersoner. Det er derfor mulig å følge opp pasientene på denne måten, og individualterapeuten kan lettere identifisere nøkkelpersoner i hjelpeapparatet. Det kan være politi, lærer, NAV-ansatt, prest eller lignende. Den sosiale anerkjennelse som følger med «hjelperrollen» i et ruralt samfunn er viktig å bruke, da potensialet og betydningen av yrkesutøvere som sykepleiere og helsesekretærer her er sentral, men dessverre ofte devalu-

eres. Vi foreslår en ordning der lokale nøkkelpersoner gis grunnopplæring i ferdighetstrening og de strenge rammene for telefonkonsultasjon. Da kan de være et supplement til en telefonvaktordning hvis de i kraft av sitt yrke har kontakt med pasientene. De kan bidra for eksempel ved å spørre om kriseplanen eller hva personen pleier å gjøre når det er tungt, hvis pasienten ringer akutt. Vi har ikke praktisert dette systematisk, men på en singel-case-måte; det vil si at vi i enkelte tilfeller fikk i stand et lignende opplegg for utvalgte pasienter. Da har vi arbeidet med pasienter der prester, NAV-ansatte, sykepleier på legevakt, miljøterapeuter i kommunen og politi har hatt kriseoppfølging og vært akutt-buffer. Å bruke lokale ressurspersoner i eksempelvis kanalen telefonkonsultasjon avviker fra vanlig praksis, der telefonkonsultasjoner helst gjøres av individualterapeuten eller til nød av en annen i DBT-teamet. De lokale ressurspersonene kan dessverre bli for løst knyttet opp mot de spesifikke oppgavene og rammene til en DBT-telefonkonsultasjon, og pasientgruppen blir slik sett for krevende å håndtere på denne måten. Videre kan eksterne yrkesgrupper havne i en uheldig dobbeltrolle, for eksempel at en politimann får vite om noe kriminelt i en telefonkonsultasjon. Likevel er vår erfaring at det tross disse utfordringene lar seg gjøre.

Vi mener at nøkkelpersoner kunne vært brukt enda bredere, og foreslår en ordning der slike lokale nøkkelpersoner også i kommunen, NAV og politi gis grunnopplæring i ferdighetstrening. De kan bli en ekstra ressurs i krevende situasjoner der de treffer på pasienter i kraft av sitt yrke (som i opplegget i Australia). De aktuelle ressurspersonene inngår da som et lokalt supplement til DBT-teamet og kan være gode «støttespillere i felt». Hjelpen kan være så enkel som å spørre en pasient i pågående krise om tiltakene i vedkommendes kriseplan eller hvilken ferdighet som pleier å hjelpe. Hvordan bruker pasienten å roe seg ned når det blir for mye?

Oppsummering

I rurale strøk er man nødt til å gå utenfor den umiddelbare kompetansen (Curtin & Hargrove, 2010; Fors, 2018a; Konkin et al., 2020).

Det kan være etisk problematisk å ikke prøve å hjelpe i tilfeller der ingen andre kan bistå. American Psychological Association har tydeliggjort (APA, 2017) at man i fravær av tilgjengelig spesifikk kompetanse kan prøve å hjelpe i et nært anliggende felt som man kan tilstrekkelig mye om, noe MacLellan (2011) og Wootton (2011) har kalt *klinisk mot*, og som Fors kalte *potetetikk* (Fors, 2023a). Dette er et spørs-

mål med stor spennvidde uten sikre svar. Vi mener det er i tråd med intensjonene i evidensbasert psykologisk praksis å tilpasse behandlingen etter reelle forutsetninger for å prøve å være til hjelp. Det kan til og med argumenteres for at det i seg selv er en egen kompetanse, et spesielt klinisk mot og en egen etikk å gjøre seg brukbar og nyttig til tross for manglende ressurser og forutsetninger (Fors, 2018a, 2023a, 2023b; Konkin et al., 2020; MacLellan, 2011; Wootton, 2011).

Vi har foreslått at lokale rurale tilpasninger kan justeres til opplegg med ferdighetstrening i bolker, intensiv ferdighetstrening i form av periodiske kortvarige døginnleggelses, bruk av nøkkelpersoner i telefonkonsultasjon, digital teamveiledning og individualterapi annenhver uke. En del av tilpasningene er foreslått og prøvd ut tidligere (f.eks. Beckstead et al., 2015; Ramaiya et al., 2017; Stanford, 2010). Til tross for de skisserte tilpasningene ønsker vi å presisere viktigheten av at individualterapeuten er en trent terapeut. Vi tenker oss at individualterapi alltid vil trenge mer dybdekompetanse, men at telefonkonsultasjon og/eller gruppe kan håndteres på et annet nivå. Det er for eksempel vanlig å ha to gruppeterapeuter i en ferdighetsgruppe, der begge ikke nødvendigvis må være psykologer. Vi mener også at premisset om at individualterapi og ferdighetstrening skal foregå parallelt, i hovedsak må opprettholdes, selv om Stanford (2010) viste at det ikke var helt nødvendig.

Ved å endre intervensjoner for å tilpasse DBT til en rural kontekst risikerer man å bevege seg bort fra de grunnleggende prinsippene i behandlingen og også fra evidensgrunnlaget. Når blir en metode utvannet, og når blir den tilpasset? Her minner vi om at Linehans metode vokste frem av en pragmatisk virkelighet (og hennes egen erfaring som pasient), der den var ment å hjelpe spesifikke personer i en spesifikk kontekst med spesifikke vansker, og at den i tråd med fagfeltets utvikling er blitt tilpasset nye problemstillinger og pasientgrupper. Det er med andre ord i seg selv en pragmatisk etikk (f.eks. Fishman & Messer, 2013) i bunnen av metoden. Det kan godt finnes andre måter å involvere gode støttespillere på enn det som er nevnt i denne teksten, eksempelvis i form av nettverksarbeid, som er kjent som en femte behandlingskanal i DBT. Vi håper våre forslag til hvordan man kan tilpasse urbant designede terapimetoder til en rural kontekst, kan inspirere andre. I pragmatisk ånd (Fishman & Messer, 2013; Linehan, 1993, 2015, 2020) betrakter vi alle terapimetoder som levende og i stadig utvikling. Det betyr at vi ser spennvidden rural versus urban som en del av en sentral, men tidligere lite adressert kontekst som oftere burde være med i forskning og i klinisk praksis. Erfarne klinikere finner en ny terapi for hver pasient

(Yalom, 2009). I den prosessen håper vi at dimensjonen rural–urban i større grad skal være til stede i reisen for å finne den beste terapien for pasienten. ✖

Referanser

- Adams, T. E., Ellis, C. & Jones, S. H. (2017). Autoethnography. I J. Matthes, C. S. Davis, & R. F. Potter (Red.), *The International Encyclopedia of Communication Research Methods* (1. utg., s. 1–11). Wiley. <https://doi.org/10.1002/9781118901731.iecrm0011>
- American Psychological Association. (2006). Evidence-Based Practice in Psychology. *American Psychologist*, 61(4), 271–285. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.61.4.271>
- American Psychological Association. (2017). *Ethical principles of psychologists and code of conduct* (2002, amended effective June 1, 2010, and January 1, 2017).
- Beckstead, D. J., Lambert, M. J., DuBose, A. P. & Linehan, M. (2015). Dialectical behavior therapy with American Indian/Alaska Native Adolescents diagnosed with substance use disorders: Combining an evidence based treatment with cultural, traditional, and spiritual beliefs. *Addictive Behaviors*, 51, 84–87. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2015.07.018>
- Bergmark, M., Sundberg, L. R., Markström, U. & Rosenberg, D. (2022). Evidence-based Methods in Rural Areas – Knowledge and National Guideline Utilization in Mental Health Service Development. *Journal of Evidence-Based Social Work*, 19, 161–184. <https://doi.org/10.1080/26408066.2021.2001401>
- Bohus, M., Haaf, B., Simms, T., Limberger, M. F., Schmahl, C., Unckel, C., Lieb, K. & Linehan, M. M. (2004). Effectiveness of inpatient dialectical behavioral therapy for borderline personality disorder: a controlled trial. *Behaviour Research and Therapy*, 42, 487–499. [https://doi.org/10.1016/s0005-7967\(03\)00174-8](https://doi.org/10.1016/s0005-7967(03)00174-8)
- Boilen, S. (2021). *Ethics in rural psychology. Case studies and guidance for practice*. Routledge.
- Bourke, L., Humphreys, J. S., Wakerman, J. & Taylor, J. (2010). From 'problem-describing' to 'problem-solving': Challenging the 'deficit' view of remote and rural health. *Australian Journal of Rural Health*, 18, 205–209. <https://doi.org/10.1111/j.1440-1584.2010.01155.x>
- Buck, M., Markussen, J. & Stein, J. & Midtbø, T. (2022). Brent jord – langsiktige politiske effekter av nedbrenning og tvangsevakuering i Nord-Troms og Finnmark. *Tidsskrift for samfunnsforskning*, 63, 79–101. <https://doi.org/10.18261/tfs.63.2.1>
- Clarkin, J. F., Levy, K. N., Lenzenweger, M. F. & Kernberg, O. F. (2007). Evaluating Three Treatments for Borderline Personality Disorder: A Multiwave Study. *American Journal of Psychiatry*, 164, 922–928. <https://doi.org/10.1176/ajp.2007.164.6.922>
- Curtin, L. & Hargrove, D. S. (2010). Opportunities and challenges of rural practice: managing self amid ambiguity. *Journal of Clinical Psychology*, 66, 549–561. <https://doi.org/10.1002/jclp.20687>
- Feigenbaum, J. D., Fonagy, P., Pilling, S., Jones, A., Wildgoose, A. & Bebbington, P. E. (2012). A real-world study of the effectiveness of DBT in the UK National Health Service. *British Journal of Clinical Psychology*, 51, 121–141. <https://doi.org/10.1111/j.2044-8260.2011.02017>
- Fishman, D. B. & Messer, S. B. (2013). Pragmatic Case Studies as a Source of Unity in Applied Psychology. *Review of General Psychology*, 17, 156–161. <https://doi.org/10.1037/a0032927>
- Fors, M. (2018a). Geographical narcissism in psychotherapy: Countermapping urban assumptions about power, space, and time. *Psychoanalytic Psychology*, 35, 446–453. <https://doi.org/10.1037/pap0000179>
- Fors, M. (2018b). *A Grammar of Power in Psychotherapy: Exploring the Dynamics of Privilege*. APA Books.
- Fors, M. (2023a). Potato Ethics: What Rural Communities Can Teach Us about Healthcare. *Journal of bioethical inquiry*. <https://doi.org/10.1007/s11673-023-10242-x>
- Fors, M. (2023b, 2. mars). *Geographical narcissism: Implications for policy-making and planning in the health sector. Panel on Rural-proofing policies for health and development*. Paper presentert på WHO European Forum on Health in the Well-being Economy, København.
- Fors, M. (2023c, 4. mai). Prioritering av «robust fagmiljø» er sminket sentralisering. *Dagens Medisin*. <https://www.dagensmedisin.no/prioritering-av-robust-fagmiljo-er-sminket-sentralisering/559578>
- Fowler, J. C., Clapp, J. D., Madan, A., Allen, J. G., Frueh, B. C., Fonagy, P. & Oldham, J. M. (2018). A naturalistic longitudinal study of extended inpatient treatment for adults with borderline personality disorder: An examination of treatment response, remission and deterioration. *Journal of Affective Disorders*, 235, 323–331. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2017.12.054>
- Gaski, M. & Abelsen, B. (2018). *Fastlegetjenesten i Nord-Norge* (NSDM-rapport). Nasjonalt senter for distriktsmedisin / Boaittoealmedisiinna našunála guovddáš, UiT Norges arktiske universitet. <https://www.nsdm.no/wp-content/uploads/2018/05/Endelig-versjon-3-mai-2018-Rapport-om-fastlegetjenesten-i-Nord-Norge.pdf>
- Gaski, M., Abelsen, B. & Fosse, A. (2022). *Kunnskapsoppsummering: hva hemmer og fremmer tilgang på kvalifisert personell til helse og omsorgstjenesten i distriktskommuner? NSDM-rapport 2022*. <https://web.archive.org/web/20220814193343/https://www.nsdm.no/wp-content/uploads/2022/07/NSDM-rapport-2022-Kunnskapsoppsummering.pdf>
- Gundersen, T. (2021, 7. juni). Kritikkverdige og alvorlige mangler i psykisk helsevern. *Dagens Medisin*. <https://www.dagensmedisin.no/artikler/2021/06/07/kritikkverdige-og-alvorlige-mangler-i-psykisk-helsevern/>
- Haft, S. L., O'Grady, S. M., Shaller, E. A. L. & Liu, N. H. (2022). Cultural Adaptations of Dialectical Behavior Therapy: A Systematic Review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 90(10), 787–801. <http://dx.doi.org/10.1037/ccp0000730>
- Hall, G. C. N., Ibaraki, A. Y., Huang, E. R., Marti, C. N. & Stice, E. (2016). A Meta-Analysis of Cultural Adaptations of Psychological Interventions. *Behavior Therapy*, 47, 993–1014. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2016.09.005>

- Halvorsen, P. (2020, 2. november). Store lokale forskjeller i turnover. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*. <https://psykologtidsskriftet.no/nyheter/2020/11/store-lokale-forskjeller-i-turnover>
- Harbitz, M. B., Stensland, P. S. & Gaski, M. (2021). Rural general practice staff experiences of patient safety incidents and low quality of care in Norway: An interview study. *Family Practice*, 39(1), 130–136. <https://doi.org/10.1093/fampra/cmab064>
- Harding, S. (2009). Standpoint Theories: Productively Controversial. *Hypatia*, 24(4), 192–200. www.jstor.org/stable/20618189
- Harned, M. S., Korslund, K. E., Schmidt, S. C. & Gallop, R. J. (2021). The Dialectical Behavior Therapy Adherence Coding Scale (DBT ACS): Psychometric properties. *Psychological Assessment*, 33(6), 552–561. <https://doi.org/10.1037/pas0000999>
- Hayes, S. C., Villatte, M., Levin, M. & Hildebrandt, M. (2011). Open, Aware, and Active: Contextual Approaches as an Emerging Trend in the Behavioral and Cognitive Therapies. *Annual Review of Clinical Psychology*, 7, 141–168. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-032210-104449>
- Helbich, M., Blüml, V., de Jong, T., Plener, P. L., Kwan, M.-P. & Kapusta, N. D. (2017). Urban–rural inequalities in suicide mortality: a comparison of urbanicity indicators. *International Journal of Health Geographics*, 16. <https://doi.org/10.1186/s12942-017-0112-x>
- Helsedirektoratet. (2018). *Anbefalte tiltak mot sosial ulikhet i helse. Fagrådet for sosial ulikhet i helse* (Rapport IS-2749). <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/anbefalte-tiltak-mot-sosial-ulikhet-i-helse>
- Helse Nord. (2019). *Fastlegetjenesten i Nord-Norge. Status, utfordringer og forslag til tiltak* (Rapport). <https://www.nsd.m.no/wp-content/uploads/2019/09/Rapport-om-fastlegetjenesten-i-Nord-Norge.-Status-utfordringer-og-forslag-til-tiltak-002-2.pdf>
- Huey, S. J., Tilley, J. L., Jones, E. O. & Smith, C. A. (2014). The Contribution of Cultural Competence to Evidence-Based Care for Ethnically Diverse Populations. *Annual Review of Clinical Psychology*, 10, 305–338. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-032813-153729>
- Høstmælingen, A. (2023). Behandlingsmetoders rolle i evidensbasert psykologisk praksis. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 60, 142–150. <https://doi.org/10.52734/z236YHd9>
- Jesson, J. K., Matheson, L. & Lacey, F. M. (2011). *Doing your literature review. Traditional and systematic techniques*. Sage.
- Karlsson, B., Klevan, T., Soggiu, A.-S., Sælør, K. T. & Villje, L. (2021). *Hva er autoetnografi?* Cappelen Damm Akademisk.
- Kinsey, K. (2014). *A critical ethnography of the compatibility of a culturally modified dialectical behavior therapy with Native American culture and context*. ProQuest Dissertations Publishing. https://repository.arizona.edu/bitstream/handle/10150/321004/azu_etd_13278_sip1_m.pdf;jsessionid=8F477E6FC3C3DBBC942EA93BAFAE1149?sequence=1
- Konkin, J., Grave, L., Cockburn, E., Couper, I., Stewart, R. A., Campbell, D. & Walters, L. (2020). Exploration of rural physicians' lived experience of practising outside their usual scope of practice to provide access to essential medical care (clinical courage): an international phenomenological study. *BMJ Open*, 10. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-037705>
- Kåver, A. & Nilsson, Å. (2005). *Dialektisk atferdsterapi ved emosjonell ustabil personlighetsforstyrrelse*. Gyldendal Akademisk.
- Le Tourneau, F.-M. (2020). Sparsely populated regions as a specific geographical environment. *Journal of Rural Studies*, 75, 70–79. <https://doi.org/10.1016/j.jrurstud.2019.12.012>
- Linehan, M. M. (1993). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. Guilford Press.
- Linehan, M. M. (2015). *DBT Skills Training Manual*. Guilford Press.
- Linehan, M. M. (2020). *Building a life worth living: a memoir*. Random House.
- Livesley, W. J. (2003). *Practical management of personality disorder*. Guilford Press.
- Luca, D., Terrero-Davila, J., Stein, J. & Lee, N. (2022). *Progressive Cities: Urban-rural polarisation of social values and economic development around the world* (III Working Paper 74). <https://doi.org/10.13140/RG.2.2.22189.77280>
- MacLellan, K. (2011). Clinical courage. *Canadian Journal of Rural Medicine*, 16, 107. PMID: 21718631.
- Malatzky, C. A. R. & Couch, D. L. (2023). The Power in Rural Place Stigma. *Journal of Bioethical Inquiry*. <https://doi.org/10.1007/s11673-023-10260-9>
- McLeod, J. (2011). *Qualitative research in counselling and psychotherapy*. Sage.
- Mehlum, L. & Tørmoen, A. J. (2015). Hva er dialektisk atferdsterapi? En kort oversikt. *Suicidologi*, 19. <https://doi.org/10.5617/suicidologi.2266>
- Norsk psykologforening. (2007). Prinsipperklæring om evidensbasert psykologisk praksis. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 44, 1127–1128. <https://psykologtidsskriftet.no/evidensbasert-praksis/2007/09/prinsipperklaering-om-evidensbasert-psykologisk-praksis>
- Panos, P. T., Jackson, J. W., Hasan, O. & Panos, A. (2013). Meta-Analysis and Systematic Review Assessing the Efficacy of Dialectical Behavior Therapy (DBT). *Research on Social Work Practice*, 24, 213–223. <https://doi.org/10.1177/1049731513503047>
- Paris, J. (2004). Is Hospitalization Useful for Suicidal Patients with Borderline Personality Disorder? *Journal of Personality Disorders*, 18, 240–247. <https://doi.org/10.1521/pedi.18.3.240.35443>
- Pierson, A. M., Arunagiri, V. & Bond, D. M. (2022). “You Didn’t Cause Racism, and You Have to Solve it Anyways”: Antiracist Adaptations to Dialectical Behavior Therapy for White Therapists. *Cognitive and Behavioral Practice*, 29, 796–815. <https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2021.11.001>

- Priebe, S., Bhatti, N., Barnicot, K., Bremner, S., Gaglia, A., Katsakou, C., Molosankwe, I., McCrone, P. & Zinkler, M. (2012). Effectiveness and Cost-Effectiveness of Dialectical Behaviour Therapy for Self-Harming Patients with Personality Disorder: A Pragmatic Randomised Controlled Trial. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 81(6), 356–365. <https://doi.org/10.1159/000338897>
- Probst, J., Eberth, J. M. & Crouch, E. (2019). Structural Urbanism Contributes To Poorer Health Outcomes For Rural America. *Health Affairs*, 38, 1976–1984. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.2019.00914>
- Ramaiya, M. K., Fiorillo, D., Regmi, U., Robins, C. J. & Kohrt, B. A. (2017). A cultural adaptation of Dialectical behavior therapy in Nepal. *Cognitive and Behavioral Practice*, 24, 428–444. <https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2016.12.005>
- Reichenbach, H. (2006). *Experience and prediction: An analysis of the foundations and the structure of knowledge*. University of Notre Dame Press (Opprinnelig utgitt 1938).
- Riksrevisjonen. (2021). *Riksrevisjonens undersøkelse av psykiske helsetjenester* (Dokument 3:13 (2020–2021)).
- Rønnestad, M. H. (2008). Evidensbasert praksis i psykologi. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 45, 444–454.
- Simpson, C. & McDonald, F. (2017). *Rethinking rural health ethics*. Springer.
- Smalley, K. B., Warren, J. C. & Rainer, J. P. (Red.) (2012). *Rural mental health. Issues politics and best practices*. Springer.
- Stanford, B. (2010). *The effect of Dialectical Behaviour Therapy on clients diagnosed with Borderline Personality Disorder in a rural setting of NSW, Australia Research* (Rapport). NSW Institute of Rural Clinical Services and Teaching and Management of the Greater West Mental Health Service. https://www.heti.nsw.gov.au/_data/assets/pdf_file/0017/442214/pamela-stanford-final-report.pdf
- Stein, J., Buck, M. & Bjørnå, H. (2019). The centre–periphery dimension and trust in politicians: the case of Norway. *Territory, Politics, Governance*, 9, 37–55. <https://doi.org/10.1080/21622671.2019.1624191>
- Wootton, J. (2011). President’s message. Clinical courage. *Canadian Journal of Rural Medicine*, 16, 45–46.
- Yalom, I. (2009). *Terapiens gave. Åpent brev til en ny generasjon terapeuter og deres pasienter* (V. Føllesdal, Overs.). Pax forlag.
- Yin, R. K. (2012). *Applications of case study research* (3. utg.). Sage.

FOTO: PRIVAT



TEKST Aina Sundt Gullhaugen

MERKNAD Ingen oppgitte interessekonflikter

Å framsnakke psykopaten

Fagfolk snakker som regel psykopatiofrenes sak. Jeg framsnakker personer med psykopatisk fungering, og da oppstår noen etiske dilemmaer.

ET ETISK DILEMMA inntreffer når man står overfor en konflikt mellom moralske prinsipper som gjør det vanskelig å avgjøre hva som er riktig handling.

Å framsnakke psykopaten er et etisk dilemma fordi vi risikerer flere psykopatiofre om vi tror at personer som fungerer psykopatisk likevel ikke er farlige.

Samtidig vil ofrene aldri bli færre om vi ikke tenker nytt om psykopati. Jeg har forsøkt å balansere disse ytterpunktene i 20 år, en øvelse jeg har vært ganske alene om å holde på med.

Å framsnakke er å snakke positivt om personer som ikke er til stede. Det er flere måter å ikke være til stede på. Hvis psykopaten systematisk utelukkes fra behandling sikrer det kanskje at vi ikke blir manipulert, men vi får også mindre mulighet til å tilegne oss kunnskap.

Det er flere måter å snakke positivt på. Vi kan for eksempel snakke positivt om en person uten å være positivt innstilt til vedkommendes

handlinger. Og når jeg har funnet «noe menneskelig» å bygge videre på, åpner muligheten seg for et større utviklings- og påvirkningsarbeid, heller enn ansvarsfraskrivelse.

GJENNOMGRIPENDE FORSTYRRELSE

Når personer med psykopati ikke opplever eller oppleves å ha en lidelse som lar seg behandle, er det fordi forstyrrelsen er så gjennomgripende. Psykopati er å mislykkes både i følelsesliv, relasjon og prestasjon. Psykopati er å jobbe dag- og nattsift for å unngå eget og andres blikk.

Dimensjonalitetstankegangen gjør det mulig å forstå psykopati som en endestasjon for personlighetspatologi, hvor bevissthet om følelser, og da særlig angst og negative følelser knyttet til selvet (skam; skyld), er lite tilgjengelig. I tillegg mangler et reelt fellesskap med andre mennesker og handlekraft til å gjøre noe med egen situasjon.

Studier viser at mindre gjennomgripende personlighetsforstyrrelse fordeler seg i *ett område* (rigid mestring) i en relasjonell matrise med dimensjonene tilknytning (T) og kontroll (K). Eksempler er avhengig personlighetsforstyrrelse (høy T; lav K) og antisosial (lav T; høy K) personlighetsforstyrrelse. Personer med slik forstyrrelse plages med angst og negative følelser og har et lavt selvbilde.



Emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse kan forstås som en grensetilstand (*borderline*). Den fordeler seg i hele matrisen (inkonsistent mestring; høy/lav T/K) og kjennetegnes ved varierende affektbevissthet og selvbilde, samt aggresjon typisk i form av selvskading.

«LIDENDE SINN»

Både teori og empiri knytter *borderline* personlighetsstruktur til psykopati. Inkonsistent mestring (høy/lav T/K) er felles for psykopati og emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse. Spesifikt for psykopati er mer uttalte mangler i selv- og affektbevissthet (grandiost selvbilde; «de kjenner ordene, ikke musikken»), og aggresjon som i hovedsak rettes mot og skader andre.

Hvis forskjellen på emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse og psykopati da kan kokes ned til ulik grad av selv- og affektbevissthet og type aggresjon, blir det ikke lettere å forholde seg til psykopati både som begrep og i praksis?

Jeg benytter altså psykopatibegrepet til tross for stigmaet som følger med det. Det er en bevisst valgt løsning av nok et etisk dilemma. For det er ikke selve begrepet – som betyr «et lidende sinn» – men innholdet som er problemet. Begrepet minner om at det er mer enn det vi åpent ser ved psykopati, som er viktig. Det gir oss noe å behandle. Heller enn å henge meg opp i ord, har jeg altså hengt meg opp i innhold.

”

Psykopati er å jobbe dag- og nattsift for å unngå eget og andres blikk

»



Å forholde seg til psykopati i praksis krever noe annet enn «treatment as usual»

UMODENT BEGREP

Det etiske dilemmaet knyttet til bruk av psykopatibegrepet er særlig relevant når det gjelder unge. «CU-trekk» (etter *Callous-unemotional traits*) er et mye brukt alternativ. Men det er ikke dekkende for det psykopati omfatter. I praksis med unge har jeg diagnostisert med blandet personlighetsforstyrrelse heller enn dyssosial type. Det får frem den inkonsistente mestringen eller *skiftende tilstandene* ved psykopati (høy/lav T/K), som forklarer hvorfor omskrivninger som «psykopatiske trekk» heller ikke er et godt alternativ. Samtidig har jeg unngått stigmatisering som følger av at psykopatibegrepet fortsatt er umodent.

I skriving og i forskning kommer jeg ikke utenom psykopatiordet. Man kan ikke redefinere et begrep uten å forholde seg til det. Da vil en holde fast ved stereotypier og livnære fordommer. Der ICD-11 åpnet for å legge til et borderline mønster ved gjennomgripende ustabilitet i relasjoner, selvbilde og emosjoner og markert impulsivitet, håper jeg at psykopati tas inn som en fullkompensert endetilstand i ICD-12. Personlighetstrekkene som i ICD-11 erstatter de tradisjonelle typene personlighetsforstyrrelse, har alle relevans for psykopati og støtter en slik forståelsesramme.

Å forholde seg til psykopati i praksis krever noe annet enn «treatment as usual». Emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse, eller borderline, er en tidligere bøyg vi i dag har flere behandlinger for. Felles for disse behandlingene er et fokus på å hjelpe pasienten til å utholde vanskelige følelser og ta andres perspektiv.

GRYENDE FELLESSKAP

For den som ikke har kontakt med følelser og ser hvordan andre har det (kognitiv empati), men likevel skader fordi skam- og skyldfølelse ikke hindrer det, må terapeuten jobbe for å få frem følelser og bidra til behovs-tilfredsstillelse på mindre grenseoverskridende måter.

Det behandlere typisk gjør, er å la seg avvise, overkjøre eller de setter grenser som fratar psykopaten en utviklingsmulighet. Et eksempel: Relasjonell distanse (lav T) kan møtes med «jeg ser du føler mistillit» (speiling) heller enn å avslutte behandling eller å kreve et reelt bidrag. Personer med psykopatisk fungering vil kunne bekrefte sin mistillit, som kan følges opp med: «Så det å finne en du kan stole på, er viktig for deg» (tolkning). Så kan man videre utforske tidligere opplevelser av svik, hvordan man har det når man ikke stoler på noen, og hvordan man kan få noen å stole på i fremtiden.

For den som vil fortsette med ikke å stole på andre, er det trygghet å hente i uttrykt forståelse for at «det føles som man aldri bør ta sjansen på å komme nær noen». I dette ligger et gryende fellesskap med potensial for å integrere følelser og selvopplevelse, og «gjøre hel», når tiden er inne. Ved oppnådd integritet skades heller ikke andre.

Det forplikter å se sårbarhet der andre ser et problem. Ifølge etiske prinsipper for nordiske psykologer skal vi ha respekt for klientens rettigheter og verdighet, kompetanse, ansvar og integritet. Det står ikke at vi kan gjøre et unntak for personer som fungerer psykopatisk. Dette er den lite diskuterte baksiden av de etiske dilemmaene som knytter seg til psykopatibegrepet. ✘

Delte meninger om delt bosted

Delt fast bosted i ny barnelov vekker debatt.

BLIR DELT FAST bosted utgangspunkt for barn etter samlivsbrudd? Det er en av vurderingene regjeringen gjør under arbeidet med ny barnelov. Problemstillingen er grunnlag for Erlend Skaar og Hilde Sundvor Brendalsmos essay «Delt fast bosted – til det beste for barnet?» De mener at forskningen ikke gir entydig svar på hva som er den beste bo-ordningen for barn etter samlivsbrudd. For de eldre barna (4+) virker delt bosted ifølge forfatterne som en god løsning for de fleste. For barn i alderen 0–3 år mener de kunnskapsgrunnlaget er dårligere. For de minste barna er Skaar og Brendalsmos råd å ikke trekke noen definitive konklusjoner om delt fast bosted.

De refererer blant annet til Nederland, hvor de hevder det er registrert en økning i foreldrekonflikter, både i rettsvesenet og i hjelpeapparatet, etter at landet i 1998 innførte delt bosted som utgangspunkt.

Essayet møter motbør hos Eivind Meland, som i en artikkelkommentar karakteriserer Skaar og Brendalsmos essay som et partsinnlegg. Han mener de refererte erfaringene fra Nederland ikke kan brukes som dokumentasjon på at delt bosted er konfliktfremmende, og etterlyser bedre dokumentasjon for påstandene i essayet. ✕

Les mer på våre nettsider:



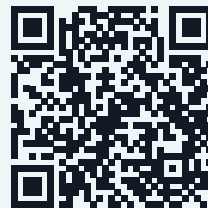
Misnøye med innsats for privatpraktiserende

Kritisk til innsatsen for privatpraktiserende, vurderer å melde seg ut.

I DEBATTINNLEGGET «På tide å melde seg ut av Psykologforeningen?» går Olav Kvandal kraftig ut mot foreningens innsats for psykologer i privatpraksis. Han mener foreningens ledelse sliter med å forstå hvorfor psykologer slutter i det offentlige. «Det store spørsmålet er om foreininga med ein form for passivitet har latt andre overta definisjonsmakta over faget vårt. Og at dette igjen gjer at psykologar søker seg meir over i det private», skriver Kvandal.

Kvandal får tilsvar av Joar Øveraas Halvorsen i innlegget «Tendensiøst og utidig». «Kandal ønsker seg en fagforening som prioriterer privatpraktiserende psykologer høyere. Det er et legitimt standpunkt. Men Kandal bør fremme sine ønsker og interesser uten å fremsette tendensiøse påstander som direkte eller indirekte kaster offentlige ansatte kollegaer under bussen», skriver han. ✕

Les mer på våre nettsider:



Meninger

DEBATT

Familiemiljøets betydning er overvurdert

Psykologien har hatt en tendens til å overvurdere familiemiljøets betydning for psykologisk utvikling.



TEKST Fredrik Sylvester Jensen

**TILKNYTNINGS-
PSYKOLOGI**

MERKNAD

Ingen oppgitte interessekonflikter



Jeg savner at vi i større grad bidrar til at foreldre får en mer avslappet tilnærming til foreldre-rollen

RUNE FLAATEN BJØRK skriver et fint og nyanisert tilsvaret til min kronikk om miljøkrise i tilknytningspsykologien. Men tilsvaret gjør det nødvendig med noen presiseringer fra min hånd. Både fordi han misforstår noen av poengene mine, men mest for at han ikke på noe som helst nivå problematiserer bruken av foreldre-veiledningsprogrammer.

Det er ikke riktig, slik Bjørk hevder, at «den delte miljøeffekten egentlig er en 'ikke-delt miljøeffekt'». Tvillingstudier gir oss en inngangsport til å få oversikt over det komplekse samspillet mellom arv og miljø. Det er et poeng å skille mellom delt og ikke-delt miljø. Delt miljø er de miljøfaktorene som er felles for personer i samme familie eller husholdning, og som fører til likhet mellom familiemedlemmer. Ikke-delt miljø er de miljøfaktorene som ikke deles mellom familiemedlemmer, og som fører til forskjeller mellom dem. Dette skillet hjelper oss til å få en systematisk oversikt over hvordan alle mulige faktorer spiller inn ved tvillingstudier.

Jeg har dermed ikke utelukket miljøets betydning i mitt innlegg.

FORELDRENES BETYDNING

Et viktig poeng for meg har vært å vise hvordan psykologien har hatt en tendens til å overvurdere familiemiljøets betydning for psykologisk utvikling. Foreldrenes betydning for tilknytningsstil ser ut til å være stor de første årene, men synes å avta betraktelig fra ungdomstid og utover (Fearon et al., 2010).

Da viser forskningen en klar tendens til at ikke-delt miljø vil få en langt større betydning

for utviklingen enn delt miljø. Dette tyder på at den psykologiske utviklingen i et lengre perspektiv styres av mer tilfeldige miljøfaktorer utenfor familien. I et slikt perspektiv er foreldrenes påvirkning forsvinnende liten. Grunnen er at miljøfaktorer utenfor familien og arv ser ut til å ta over og gjøre seg gjeldende fra ungdomstid til voksen alder.

Dette prinsippet ser ut til å gjelde på psykologiske faktorer som eksternaliserende atferd, angstsymptomer, depressive symptomer, intelligens og holdninger og på utvikling av empati (Abramson et al., 2020). Plomin (2018) forklarer hvordan genetiske forhold får en økende betydning med tesen «arv via miljø». Det skjer ved at individer i økende grad søker ut og påvirker sine egne miljøer i tråd med sine genetiske disposisjoner. Med andre ord velger vi i stor grad selv våre miljøer og aktiviteter i samsvar med våre genetiske preferanser og tilbøyeligheter. Foreldrenes betydning for psykologisk utvikling synes med andre ord å være langt mindre enn det Flaaten Bjørk tar til orde for.

Flaaten Bjørk har rett i at foreldre har stor påvirkning på barna de første leveårene. Foreldrene kan ha en avgjørende betydning for om barnet velger å spille fotball eller ikke. Om barnet fremdeles spiller fotball når det er 17 år, handler sannsynligvis mest av alt om hvor talentfullt barnet er. Om barnet utvikler depresjon som følge av tilkortkommenhet og forventningspress på fotballbanen, vil mest av alt være avhengig av genetisk sårbarhet for å utvikle depresjon.

Det er flott hvis universelle forebyggingsprogrammer kan bidra til at noen personer fra «lav-



Faksimile av juniutgaven

risiko»-gruppen ikke utvikler problemer. Litteraturen som Flaaten Bjørk refererer til i denne sammenhengen (er gammel. Det store spørsmålet er om vi ville ha funnet det samme i dag, ettersom den rivende forskningen innen epigenetikk sannsynligvis ville gitt oss en mer nyansert og dypere forståelse av hvem som tilhører «lav-risiko»-gruppen.

VEILEDNINGSPROGRAMMER

Det er gjort rikelig med forskning på effekten av foreldreveiledningsprogrammer. De mest overbevisende er de som også tar hensyn til samspillet mellom temperamentsfaktorer og miljø (Klein Verlerman et al., 2006). Det jeg leser av nyere forskning, er at det er avgjørende at man klarer å differensiere når man skal utvikle programmer for forebygging. Sammenliknet med universelle programmer vil det være langt mer å tjene på å rette inn spesielle tiltak for de som er mest mottakelige for psykologiske intervensjoner. Med den kunnskapen vi har i dag, skal det være mulig å identifisere denne gruppen.

Så vidt jeg kan se, eksisterer det ingen studier om hva vår økende interesse for foreldreferdigheter gjør med foreldres evne til å håndtere alminnelige utfordringer.

Kan det tenkes at det virker mot sin hensikt for en god del foreldre? At mange kjenner seg maktesløse og inkompetente fordi de ikke klarer å leve opp til de foreldreidealene som enkelte i vår faggruppe implisitt legger til rette for? Og at mange derfor bruker unødvendig mye energi på å bekymre seg? Jeg savner at vi i større grad bidrar til at foreldre får en mer avslappet tilnærming til foreldrerollen. Winnicotts prinsipp om «good enough parenting» (Winnicott, 1953) har vel aldri vært mer aktuelt. At Flaaten Bjørk stiller seg avvisende til denne problemstillingen, finner jeg bemerkelsesverdig. ✨

REFERANSER

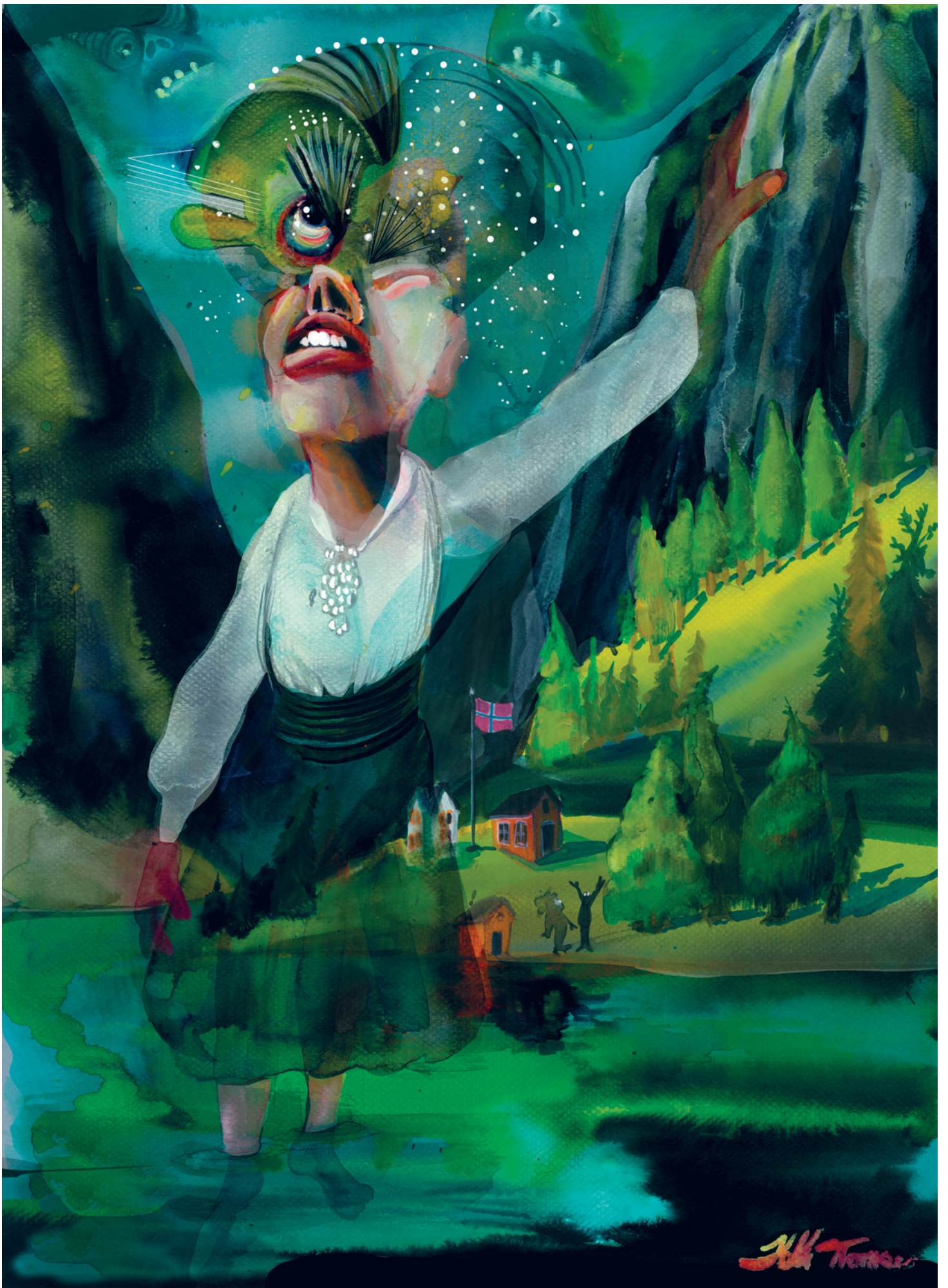
Abramson, L., Uzefovsky, F., Toccaceli, V. & Knafo-Noam, A. (2020). The genetic and environmental origins of emotional and cognitive empathy: Review and meta-analyses of twin studies. *Developmental Review*, 56. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2020.03.023>

Fearon, R. P., Bakermans-Kranenburg, M. J., van IJzendoorn, M. H., Lapsley, A. M. & Roisman, G. I. (2010). The significance of insecure attachment and disorganization in the development of children's externalizing behavior: A meta-analytic study. *Child Development*, 81(2), 435–456. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8624.2009.01405.x>

Klein Velderman, M., Bakermans-Kranenburg, M. J. & Juffer, F. (2006). Effects of attachment-based interventions on maternal sensitivity and infant attachment: Differential susceptibility of highly reactive infants. *Journal of Family Psychology*, 20(2), 266–274. <https://doi.org/10.1037/0893-3200.20.2.266>.

Plomin, R. (2018). *Blueprint : how DNA makes us who we are*. The MIT Press.

Winnicott, D. W. (1953). Transitional objects and transitional phenomena. *International Journal of Psycho-Analysis*, 34, 89–97.



Mark Towner

Psykoselotteriet

Behandlingstilbudet til personer som opplever psykoselidelse for første gang, varierer så mye at det bærer preg av lotteri.

I EN KARTLEGGING AV hvordan helseforetakene følger opp de nasjonale retningslinjene for psykoselidelser, fant vi store mangler i tilbudet til personer som opplever en psykoselidelse for første gang. Kvaliteten på tilbudet avhenger av hvor du bor i Norge. Behandlingstilbudet bærer preg av lotteri.

DEBUTERER I UNG ALDER

Psykoselidelsene er samfunnsøkonomisk kostbare fordi lidelsene ofte debuterer i ung alder, kan vare lenge og innebærer langvarig funksjonstap. Syttifem prosent av all diagnostisert psykisk lidelse debuterer før fylte 25 år (Kessler et al., 2007). Mange unge mennesker forteller at det startet med at «det er noe som ikke er som det skal være» i 14–15-årsalderen. Vi har i Norge fram til 2021 utviklet omfattende evidensbaserte nasjonale retningslinjer for utredning, behandling og oppfølging av forskjellige psykiske lidelser, inkludert psykoselidelser (Helsedirektoratet, 2013).

Men de nasjonale retningslinjene for psykoselidelse og pasientforløp følges ikke opp, hverken av det enkelte helseforetak, de regionale helseforetakene eller Helsedirektoratet / Helse- og omsorgsdepartementet. For lite systematisk oppmerksomhet har vært rettet både mot tidlig intervensjon (tidlig oppdagelse og behandling av psykoselidelse) og implementering av anbefalingene i retningslinjene. En nylig norsk studie fant at kunnskapsbasert psykoedukativt familiesamarbeid som er anbefalt i retningslinjene, i liten grad er gjennomført i Norge. Kun 4 % av undersøkte pasienter med psykoseli-

delse hadde fått dette tilbudet (Hestmark et al., 2021). Det gjelder også anbefalingene om den somatiske helsen, adekvat medikamentell behandling, musikkterapi og kognitiv trening. Det er viktig å minne om at psykoselidelser er forbundet med cirka 20 år redusert forventet levealder.

Internasjonalt er det utviklet retningslinjer for psykoselidelse og tidlig intervensjon ved psykoselidelse og *i tillegg gode verktøy for evaluering* av disse tjenestene: såkalte trokapsmål. Slike verktøy er i liten/ingen grad tatt i bruk i Norge. I dag er det heller ingen som etterspør hvilke behandlingsresultater vi faktisk oppnår. Vi savner et blikk på resultater.

STATUS FOR TIDLIG INTERVENSJON

De virksomme elementene i et tjenestetilbud for tidlig intervensjon ved psykoselidelse er følgende:

- Lavterskeltilbud
- Tidlig intervensjonsteam (TIPS-team)
- Telefon for selvhenviing («TIPS-telefon»)
- Omgående vurdering og behandling
- Informasjon om behandlingstilbudet og tidlige tegn på psykoselidelse både til hele befolkningen og utvalgte befolkningssegment som ungdom, foreldre og ansatte i skole, helse- og omsorgstjenesten i kommunene

Flere internasjonale studier viser at samfunnet kan spare betydelige beløp på å etablere tilbud om tidlig oppdagelse og behandling ved psykoselidelser, og ved at tjenestene etterlever anbefalinger i retningslinjene (Knapp & Wong, »



TEKST Jan Olav Johannessen¹, Elizabeth Ann Barrett², Wenche ten Velden Hegelstad¹, Inge Joa¹, Kine Joakimsen¹, Marit Marvik¹, Kristin Lie Romm², Erlend Mork²

¹ TIPS (Tidlig intervensjon ved psykoselidelse), Helse Stavanger HF
² TIPS Sør-Øst, Oslo universitetssykehus

ILLUSTRASJON

Hilde Thomsen

PSYKOSELIDELSER

MERKNAD

Ingen oppgitte interessekonflikter



Det er ikke en oppgave som kan legges til små distrikts-psykiatriske sentre

2020). For å få oversikt over status for tidlig intervensjon ved psykose (TIPS) i Norge har kompetansemiljøene TIPS Sør-Øst og TIPS Stavanger gjennomført en spørreundersøkelse i perioden mars 2021 til november 2022 blant alle 21 helseforetak i Norge. Vi stilte spørsmål for å kartlegge i hvor stor grad helseforetakene hadde tatt i bruk tidlige intervensjonstjenester som vi vet virker.

Totalt 60 % av helseforetakene rapporterte at de hadde TIPS-team i hele eller deler av sitt opptaksområde. Førsti prosent hadde TIPS-telefon med mulighet for selvhenvising, der helsepersonell informerer om psykose og sikrer rask videre oppfølging. Under halvparten av foretakene (40 %) rapporterte å ha et eget tilbud for personer med FEP med både døgntilbud og poliklinisk behandling. 25 % rapporterte å ha enten et FEP døgntilbud eller et eget poliklinisk tilbud. De øvrige helseforetakene oppga at tilbudet til personer med FEP inngikk i det øvrige behandlingstilbudet til personer med psykose.

Bare 35 % rapporterte at de hadde et oppdagerteam som systematisk informerte om tilbudet og tidlige tegn på psykose til befolkningen og utvalgte befolkningssegmenter. Innhold og omfang varierte mellom foretakene, men tiltakene bestod som regel av informasjonskampanjer, stands eller lignende tiltak rettet mot ungdom i videregående skole og ansatte i skole, helse- og/eller omsorgstjenesten i kommunene. Kun 3 av 21 helseforetak hadde finansierte befolkningsrettede tiltak og folkeopplysningskampanjer etter modell fra TIPS-studien.

HVORDAN BØR TILBUDET ORGANISERES?

Behandling av psykoselidelser er en komplisert oppgave som krever spesialkompetanse og mengdetrening på linje med kompliserte behandlinger i somatisk medisin (Addington et al., 2012). Det er ikke en oppgave som kan legges til små distriktspsykiatriske sentre som kanskje bare møter personer med første episode psykose én-to ganger årlig. Dette er oppgaver som må ivaretas på helseforetaksnivå. Nedenfor viser vi et eksempel på hvordan tilbudet kan organiseres for å dekke pasientgruppens behov; dette trenger vi av sengeplasser og andre tjenester for en befolkning på cirka 400 000 innbyggere (modell Helse Stavanger HF):

- TIPS-team for ivaretagelse av tidlig oppdagelse og behandling, samt forebygging i lokalsamfunnet
- Akutt døgntilbud for første episode psykose, med behandlingsansvar ved reinnleggelse inntil 3 år
- Spesialisert poliklinikk for unge med psykose og psykosensære tilstander, med kapasitet til psykososial behandlingstilnærming avhengig av den enkelte pasients individuelle behov
- Heldøgns behandlingstilbud for dem som krever litt lengre innleggelser, på lavere nivå enn sykehus, for opphold inntil 1,5 år
- Langtidsoppfølging for de få som krever institusjonsbasert hjelp i over 1,5 år, opptil 3–5 år
- Kommunale bo- og støttetiltak basert på individuelle behov

Psykiske lidelser utvikles i stadier (Johannessen & Joa, 2021). Unge mennesker har vanskelig for å sette ord på og forstå de følelsene de opplever. Fremtidens psykiske helsevern må i langt større grad ha nasjonale informasjons-, opplysnings-, opplærings- og antistigmastrategier innrettet mot særlige målgrupper som unge, skoleelever og spesielle risikogrupper.

per. Forebyggingsaspektet må få stor plass, i form av systematiske tidlig intervensjonsstrategier innrettet mot ikke bare psykosesyntomer, men også mot andre symptomer vi ser i forkant av alvorlig psykisk lidelse, helt ned i barne- og ungdomspsykiatrien. For å oppnå tidlig intervensjon må tjenesten ha en lav terskel og være lett tilgjengelig. Helst på steder der ungdom ferdes, i et ikke-stigmatiserende miljø, som for eksempel et kjøpesenter. Det kunstige skillet mellom barne-/ungdoms- og voksenpsykiatri ved fylte 18 år må fjernes eller omdefineres. Tiden er for lengst overmoden til å la tilbudet for ungdom og unge voksne samordnes, for eksempel med tilbud fra 0–12 år og 13–25 år.

I Australia, Danmark, Canada og Irland har helsemyndighetene satt tidlig intervensjon og lavterskeltilbud i system, blant annet ved «Headspace»-sentrene. Dette er sentre som tilbyr tjenester som pedagogisk rådgivning, juridisk rådgivning, arbeidskontor, fastlege og spesialisttjenester i lokalsamfunnet. Brukerorganisasjonen Mental Helse utvikler et liknende tilbud i samarbeid med noen norske kommuner.

Vår kartlegging viser at det er stor variasjon i tilgangen på adekvat tidlig intervensjon i Norge. De fleste i landet har ikke tilgang på fullverdige tidlig intervensjonstjenester. Kunnskapsbaserte tiltak for å rette opp i skjevhetene finnes. Har vi råd til å la være å ta dem i bruk? ✕

REFERANSER

- Addington, D., McKenzie, E., Smith, H., Chuang, H., Boucher, S., Adams, B. & Ismail, Z. (2012). Conformance to evidence-based treatment recommendations in schizophrenia treatment services. *Canadian Journal of Psychiatry*, 57(5), 317–323. <https://doi.org/10.1177/070674371205700507>
- Helsedirektoratet. (2013). *Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med psykoselidelser*. (IS-1957). Helse-direktoratet
- Hestmark, L., Heiervang, K. S., Pedersen, R., Hansson, K. M., Ruud, T. & Romøren, M. (2021). Family involvement practices for persons with psychotic disorders in community mental health centres - a cross-sectional fidelity-based study. *BMC Psychiatry*, 21(1), 285. <https://doi.org/10.1186/s12888-021-03300-4>
- Johannessen, J. O. & Joa, I. (2021). Modern understanding of psychosis: from brain disease to stress disorder. And some other important aspects of psychosis.... *Psychosis*, 13(4), 289–301. <https://doi.org/10.1080/17522439.2021.1985162>
- Kessler, R. C., Amminger, G. P., Aguilar-Gaxiola, S., Alonso, J., Lee, S. & Ustün, T. B. (2007). Age of onset of mental disorders: a review of recent literature. *Current Opinion in Psychiatry*, 20(4), 359–364. <https://doi.org/10.1097/YCO.0b013e32816ebc8c>
- Knapp, M. & Wong, G. (2020). Economics and mental health: the current scenario. *World Psychiatry*, 19(1), 3–14. <https://doi.org/10.1002/wps.20692>

Send innlegg til meninger@psykologtidsskriftet.no. Frist er den 10. i hver måned.

DELTA I DEBATTEN

Spaltene er åpne for alle aktører i samfunnsdebatten. Vi ønsker debatt om aktuelle samfunnstemaer, om behandlingsmetoder, ideologi, fagetikk, utdanning, helsepolitikk og lønns- og fagpolitiske spørsmål. Her kan du starte viktige debatter eller svare på innlegg i tidligere utgaver.

Forfattere må opplyse om teksten er publisert tidligere andre steder. Vi ønsker innlegg som er sendt eksklusivt til oss.

DEBATTINNLEGG

Maks 3000 tegn inkludert mellomrom

REPLIKK/KORTINNLEGG

Maks 1500 tegn inkludert mellomrom.

HOVEDKRONIKK

Hovedkronikken i Psykologtidsskriftet tar for seg en aktuell problemstilling eller et tema. Kronikken er ikke et svar på et annet innlegg. Lengde: 4000 til 8000 tegn inkludert mellomrom.

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

Psykologers belastninger krever et indre arbeid

For å overleve psykologyrkets belastninger må vi gjøre et indre arbeid.



TEKST Jonas Sharma-Bakkevig, psykologspesialist og terapi-veileder

TERAPIVEILEDNING

MERKNAD

Eksempelene som er brukt i teksten, er konstruerte og kan ikke knyttes til identifiserbare enkeltpersoner.

FLERE DEBATTINLEGG I Psykologtidsskriftet det siste året løfter med rette frem belastningene og slitasjen psykologer utsettes for i et offentlig helsevesen under press. Hva kan vi gjøre for å redusere og forebygge ytterligere skade?

I tillegg til å arbeide for å redusere belastningene vil det kreve at vi arbeider med hvordan belastningene påvirker oss. Altså både et ytre og indre arbeid. Det indre arbeidet skjer vanligvis på egen hånd, i egenerapi eller i kollega-samtaler. Jeg belyser her erfaringer med hvordan terapiveiledning i smågrupper kan være en arena for dette indre arbeidet.

PSYKOLOGENS EGET LIV

Terapiveiledning adresserer først og fremst forståelse og håndtering av terapeutiske prosesser (f.eks. dissosiasjon eller selvkritikk), samt hvordan det er å være i veiledning (f.eks. å bli engstelig, selvkritisk eller idealiserende). Etter hvert vil psykologens styrker og sårbarheter – slik de spiller seg ut i terapirommet – få plass i veiledningen. Iblant kan også paralleller til psykologens øvrige liv trekkes inn.

Et eksempel er en psykolog som hadde gått gjennom et komplisert samlivsbrudd, og som så møtte en ny jente. Han klarte ikke å åpne seg emosjonelt for henne, og hun begynte å gå lei. Psykologen hadde med en terapitime på video til veiledning: Terapien stod stille, og psykologen ble sliten av timene. I veiledningen så vi hvordan pasienten på subtile vis holdt psyko-

logen på avstand, mens psykologen forgjeves forsøkte å oppnå emosjonell kontakt. Vi snakket i veiledningen om hvordan ønsket om nærhet kan stå i konflikt med frykten for smerte. Psykologen kunne så forstå hvorfor og hvordan pasienten skapte distanse i terapien, og hvordan distanseringen påvirket ham.

Temaet i timene fremover ble distanse og nærhet, og terapien bevegde seg igjen. Psykologen arbeidet parallelt med eget kjærlighetsliv, og hadde neste dag en åpen prat med jenta om sine sår og beskyttelsesbehov. Terapi og privatliv var fortsatt utfordrende, men belastningene ble mildere, og det indre arbeidet ga retning til veien fremover.

VEILEDNING VERSUS EGENTERAPI

Alle psykologer kommer til yrket med sin unike historie, på godt og vondt. I veiledning kan vi se at både pasienter og vi psykologer har ubevisste sår, reaksjonsmønstre og blindsoner som påvirker hvordan vi fortolker og reagerer på verden og hverandre. Dette kan forklare hvorfor vi i løpet av samme arbeidsdag kan gå ut av noen terapitimer med energi og motivasjon, mens vi er slitne og desillusjonerte etter andre timer. Det er ikke alltid tydelig for oss hvorfor vi reagerer forskjellig i de ulike terapitimene. Fremfor å gå alene med disse tidvis uoversiktlige prosessene kan vi få hjelp i veiledningsgruppen ved å arbeide med spørsmål som åpner opp veien innover: «Hvem minner denne personen eller

atferden deg om? Hvilke følelser kjenner du på når vi ser på dette?» Om og når dette steget innover er modent og velkomment, er en kompleks vurdering i hvert enkelt tilfelle. Det er viktig å ikke føle seg presset til å gå inn i og dele mer enn man ønsker eller er klar for.

Det kan oppleves sårbart å utforske sitt indre liv i veiledning, også for psykologer. Grensen mellom veiledning og egenerapi har en gråsoner med potensial for innsikt og vekst, men også med fare for rolleblanding og overtramp. I veiledning har vi en unik mulighet til å se videoopptak av hvordan psykologen samarbeider med pasienten. Når vi har i bakhodet at psykologens ubevisste mønstre kan gjenta seg på tvers av situasjoner, ser vi at videoopptak av terapitimer kan gi oss et unikt innblikk i psykologens vanlige reaksjonsmønstre og blindsoner. Det er like verdifullt som om en parterapeut hadde videoopptak av paret rundt middagsbordet. Veiledningsgrupper blir et støttende faglig fellesskap der psykologene står skulder ved skulder i forsøket på å forstå pasienter, terapi, yrket, seg selv og hverandre. Skam og tvil reduseres ved oppdagelsen av at vi alle går gjennom yrket og livet med bevisste og ubevisste sår, reaksjonsmønstre og blindsoner. Og vi trenger ofte hjelp til å se disse, akkurat som vi kan trenge hjelp til å se våre styrker og ressurser.

KILDER TIL SLITASJE

Det samme indre arbeidet kan gjøres i møte med store belastninger på arbeidsplassen. La oss ta et anonymisert eksempel: En psykolog på DPS hadde for mange saker med for liten tid til hver pasient. Gradvis ble hun mer og mer sliten, lei og desillusjonert, og opplevde seg ikke hørt eller tatt på alvor av ledelsen. Samtidig beskrev andre psykologer i veiledningsgruppen liknende arbeidsforhold, men uten samme slitasje. De kunne derimot beskrive andre arenaer i

”

... det sårbare punktet var å bli utsatt for overbelastning av andre





Det er vondt å møte kollegaer som har mistet gleden og gløden ved arbeidet sitt

livet som deres kilder til slitasje. Årsakssammenhenger er komplekse og situasjoner er unike, men parallellene kan likevel utforskes: «Hva minner denne situasjonen på jobb deg om? Hvilke følelser vekker det hos deg?»

Psykologen kunne beskrive arbeidsdagen slik: «På jobben har jeg for mange pasienter og for lite tid til kaffepauser eller fordypning. Ingen autoriteter griper inn, så jeg må jobbe langt over min kapasitet. Og det var jo litt på samme måte da jeg vokste opp; mamma var deprimert, og jeg var altfor involvert i hennes lidelse. Det ble for mange vonde historier jeg måtte høre på, og altfor lite kos og lek.» Arbeidsbelastningene la seg oppå gamle sår, utløste gamle strategier og vekket opplevelsen av å bli sviktet av sine nærmeste.

Samme tema spilte seg ut på teammøter på jobben, der kollegaer ved fremlegg av sak beskrev i detalj hvilke lidelser pasientene hadde opplevd. I terapitimene kunne hun passivt høre på historie etter historie fra pasientens liv og lidelse. Psykologen innså at hun hadde slitt seg ut ved overdreven eksponering for lidelse på møtene og i terapi, og at hun hadde undertrykt følelsene sine og behovet for å begrense strømmen av lidelseshistorier. Nå kunne hun snakke med kollegaer om hva som var og ikke var hensiktsmessig informasjonsflyt på møter, og hun følte seg friere i terapitimene til å begrense historiene og rette oppmerksomheten mot det terapeutiske arbeidet. Den røde tråden og det sårbare punktet var å bli utsatt for overbelastning av andre. Nå kunne situasjonene skilles fra hverandre. At ledelsen sviktet, opplevdes ikke like personlig lenger. Arbeidssituasjonen ble mindre betent, selv om den fortsatt var belastende.

EFFEKTER AV INDRE ARBEID

Det starter som en overveldende belastning – uvettige arbeidsforhold, en vanskelig terapi – men kan bli inngangsporten til et viktig indre arbeid. Det er grovt sett tre typiske effekter av dette indre arbeidet. Noen merker ingen endring, altså at både belastningen og slitasjen oppleves lik som før. Noen finner at det indre arbeidet staker ut veien for det ytre arbeidet, som å engasjere seg i organisasjonsarbeid, bytte jobb, oppsøke sosial støtte e.l. Og noen merker at belastningene nå utløser mindre slitasje. De kan beskrive frigjort kapasitet, at jobben opptar mindre plass i tankene deres, eller de får et mer avgrenset eller perifert forhold til arbeidsbelastningene.

Dette kan være én av mange grunner til at forskjellige psykologer har ulike reaksjoner på samme belastning. Ytre belastninger legger seg på toppen av våre tidligere erfaringer, styrker og sårbarheter, og utløser forskjellige reaksjonsmønstre og grad av slitasje. Imidlertid er det viktig å presisere at det finnes arbeidsbelastninger som virker å kun være destruktive, og ikke alle belastninger har tydelige paralleller til eget liv. I tillegg kan utallige andre variabler spille inn. Et indre arbeid i veiledningsgruppe, egenerapi eller kollegastøtte kan hjelpe oss å oppdage hvilke belastninger som er skadelige, og hvilke belastninger som minner om noe skadelig.

Det er vondt å møte kollegaer som har mistet gleden og gløden ved arbeidet sitt. Arbeidsdagen skal være en kilde til mestring, latter, samhold og personlig mening. Et fellesskap med rom for vårt indre arbeid kan være en måte å gjenoppdage gleden og entusiasmen ved faget vårt på. Indre og ytre belastninger kan hjelpe oss med å forstå oss selv og vårt fag. Vi kommer til yrket vårt med sår, og yrket kommer til å gi oss flere sår. Vi må ha arenaer for å håndtere dette. ❌

Spådom til skamme

Spådommene om psykologoverskudd er systematisk gjort til skamme over flere tiår. Derfor er vi trygge på at det er nødvendig å utvide utdanningskapasiteten for psykologer.

FORSKER NILS MARTIN STØLEN ved SSB sier i et intervju i Tidsskriftet at man bør tenke seg om før man øker utdanningskapasiteten for psykologer. Stølen er en av forskerne bak de jevnlig Helsemod-rapportene, som fremskriver forholdet mellom tilbud og etterspørsel for ulike grupper helsepersonell, og hans spådommer legges blant annet til grunn i Helsepersonellkomisjonens rapport om bærekraften i fremtidens helsevesen (NOU 2023: 4). Stølens modell spår en rikelig tilgang på psykologer i arbeidsmarkedet i fremtiden, med et overskudd på 1800 psykologer i 2040.

HØRT DET FØR

Spådommene er velkjente for de fleste av de rundt 10 000 yrkesaktive psykologene i Norge. Man har siden åttitallet fortalt psykologstuderenter at de er på vei ut i et arbeidsmarked preget av overtallighet. I 2009 ble det også gjort en Helsemod-fremskrivning, og allerede da skrev daværende president i NPF Tor Levin Hofgaard (2009) at SSB «spår stort overskudd av psykologer. 1800 psykologer vil i 2030 være arbeidsledige med dagens utdannings- og etterspørselstakt, mener de. Hørt det før?».

Helsemod-fremskrivningene har altså blitt gjort i 2009, 2019 og i 2022, og alle rapportene

peker på overtallighet av psykologer i fremtiden. Så la oss ta en titt på fasiten, nå som det som en gang var fremtiden, har blitt nåtid. NAV gjør årlige bedriftsundersøkelser, der man kartlegger antallet mislykkede rekrutteringer av ulike personellgrupper i et representativt utvalg bedrifter de siste tre månedene. Siden 2007 har disse undersøkelsene *hvert eneste år* vist et underskudd av psykologer i arbeidsmarkedet.

Spådommene til SSB er altså systematisk gjort til skamme over tiår. Psykologforeningens egne oversikter over arbeidsmarkedet i disse årene har heller ikke gitt noen indikasjoner om et overskudd av psykologer, men snarere motsatt – et stort, vedvarende og preserende behov for flere psykologer, spesielt utenfor universitetsbyene, i både kommuner og helseforetak.

EN PROFESJON I VEKST

Psykologer er en profesjon i vekst. Vi har bred og anvendelig kompetanse, og vi kan bære mye ansvar. Psykologer er allerede nøkkelpersonell i spesialisthelsetjenesten, og i årene som kommer, skal det kommunale tjenestetilbudet bygges ytterligere ut, med lavterskeltjenester, helsefremming og forebygging som stikkord. »



TEKST Kolbjørn K. Brønnick, professor i psykologi, instituttleder, Institutt for sosialfag, Universitetet i Stavanger. Jone Bjørnstad – professor i psykologi, Institutt for sosialfag, UiS. Aleksander H. Erga, psykologspesialist, ph.d., forskningsleder, Regionalt kompetansesenter for rusmiddelforskning i Helse Vest (KORFOR), Stavanger universitetssjukehus; førsteamanuensis II, Institutt for sosialfag, UiS.

PROFESJONS- UTDANNING

MERKNAD Forfatterne er involvert i søknaden til Universitetet i Stavanger om å få opprette profesjonsstudium i psykologi.



Regionen driver allerede psykologfaglig forskning og fagutvikling i verdensklasse ...

Psykologer vil spille en sentral rolle i utdanning, barnevern, lokalsamfunn og arbeidsliv i fremtiden, og behovet for vår kompetanse vil vokse, akkurat som det har gjort de siste tiårene.

I Psykologtidsskriftets artikkel «Kampen om psykologutdanningen» fra juli 2023 vises det til Stortingets ønske om økt konkurranse og mer innovasjon i utdanninger som tidligere har blitt beskyttet av den såkalte gradsforskriften (Halvorsen, 2023). I tillegg er både det nåværende og det kommende behovet i arbeidsmarkedet for psykologer en viktig grunn til at man i 2021 opphevdde gradsforskriften, og ga nye institusjoner mulighet til å utdanne autoriserte psykologer i Norge. Stortingsmelding 19 (2020–21) beskriver en veldokumentert etterspørsel etter psykologers kompetanse, og trolig er etterspørselen større enn det statistikken klarer å fange opp (Meld. St. 19 (2020–2021)). Store deler av spesialisthelsetjenestene ytes også av lisenspsykologer.

De gir et viktig og verdifullt bidrag i arbeidet med å sørge for gode og likeverdige tjenester til befolkningen, nær der folk bor. Samtidig er de i praksis fremdeles studenter, og det er krevende for hardt pressede helseforetak å sørge for at lisenspsykologene får den nødvendige oppfølgingen og opplæringen. Helsepersonellkommissjonen anbefaler et selvforsyningsprinsipp, og at minst 80 % av helsepersonellet i Norge bør utdannes i Norge, ikke minst av etiske og moralske grunner (NOU 2023: 4). En utvidet utdanningskapasitet utenfor de eksisterende universitetene er dermed riktig og viktig, i tillegg til å være politisk ønsket.

Samtidig må en slik utvidelse skje i en region som har kapasitet og kompetanse til å drive et profesjonsstudium av høy kvalitet. Universitetet i Stavanger er klare, i tett samarbeid med Helse Stavanger, Helse Fonna og kommunene i Rogaland. Nord-Jæren er landets tredje største byregion, med rikelig praksiskapasitet.

VIL DEKKE GAPET

Regionen driver allerede psykologfaglig forskning og fagutvikling i verdensklasse, og UiS har etablert en bachelor og en master i psykologi. Vi vil bidra til å dekke gapet i arbeidsmarkedet, og sørge for at en større andel av psykologene utdannes i Norge. Vi vil utdanne psykologer med særskilt kompetanse innen kvalitet og pasientsikkerhet, velferdsteknologi og tjenestedesign – psykologer med evnen til å drive endringsarbeid med både tjenester og pasienter. Det er vi trygge på at det vil være behov for. ✕

REFERANSER

- Halvorsen, P. (2023). Kampen om psykologutdanningen. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 60(7). <https://psykologtidsskriftet.no/aktuelt/2023/06/kampen-om-psykologutdanningen>
- Hofgaard, T. L. (2009). For mange psykologer? *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 46(5), 505. <https://psykologtidsskriftet.no/kommentar/2009/05/mange-psykologer>
- Meld. St. 19 (2020–2021). *Styring av statlige universiteter og høyskoler*. Kunnskapsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/contentassets/e3ccd14012d3458db739786f20ea7a41/no/pdfs/stm202020210019000dddpdfs.pdf>
- NOU 2023: 4. (2023). *Tid for handling – Personellet i en bærekraftig helse- og omsorgstjeneste*. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2023-4/id2961552/>



Faksimile av juliutgaven

Bommer med prognoser

Allerede mens SSB-forsker Nils Martin Stølen intervjues har prognosen hans forlatt virkeligheten.

FORSKER NILS MARTIN STØLEN ved Statistisk sentralbyrå (SSB) varsler i Psykologtidsskriftet 18. juni at vi om 20 år kan vi oppleve et stort overskudd av psykologer hvis utdanningskapasiteten holdes konstant.

Psykologforeningen registrerer at SSB gjennom sine Helsemod-rapporter systematisk bommer på etterspørselen av psykologer. I 2009-rapporten var anslaget ca 1500 overtallige i 2023. I 2019-rapporten var anslaget 750 overtallige i 2030. Årets rapport anslår 1800 overtallige i 2040. Dette sender gale signaler til Kunnskapsdepartementet og universitetene.

Det nye i årets rapport fra SSB er at den ser hen til NAVs årlige bedriftsundersøkelse som grunnlag for startpunktet i sin prognose i 2019. Startpunktet viser derfor en *underdekning* i 2019 på 450 psykologer. Men allerede i 2023 viser SSBs fremskrivning *balanse* mellom tilbud og etterspørsel. NAVs bedriftsundersøkelse angir derimot en *underdekning* på 350 psykologer i 2023. Allerede mens Stølen intervjues har prognosen hans forlatt virkeligheten.

NAVs årlige bedriftsundersøkelse måler antall feilslåtte rekrutteringer de siste 3 måneder. Helt fra 2007 viser denne undersøkelsen en nasjonal, systematisk underdekning av psy-

kologer som svinger mellom 50 (i 2017) og 550 (i 2010, 2020 og 2022), men aldri overtallighet. Dette til tross for at antallet psykologer i samme periode nesten er doblet.

SSB hverken erkjenner eller forklarer hvorfor prognosene fra 2009 og 2019 er gale. Tilsynelatende legger man de gamle, feilslåtte prognosene til side og fortsetter uførtrodd med de samme algoritmene. Disse systematisk gale prognosene undergraver universitetenes mulighet for å dimensjonere profesjonsutdannelsen til behovet i helsetjenestene. ❌



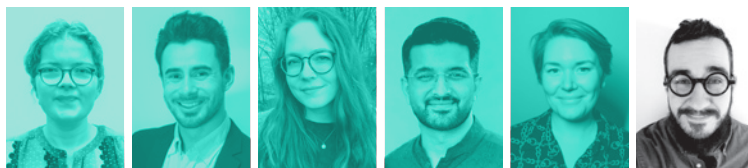
SSB hverken erkjenner eller forklarer hvorfor prognosene fra 2009 og 2019 er gale



TEKST Ole Tunold, generalsekretær Norsk psykologforening

PROFESJONS-UTDANNING

MERKNAD
Ingen oppgitte interessekonflikter



HÅKON E. COUCHERON FREDHAMMER er spaltist i augustutgaven. Kommende bidragsyttere er Helén Ingrid Andreassen (nr. 1 fra venstre), Raymond B. Stangenes, Sidsel Fjelltun, Usman Chaudhry og Runa Kongsvik.

Hvem taler barnas sak?

Når økonomien er stram og gode råd dyre, er man helt avhengig av politikere som taler barnas sak og ser verdien av gode oppvekstvilkår. Det er verdt å huske i et valgår.

Alle barn, uavhengig av hvem de er, og hvor de bor, skal sikres likeverdige oppvekstvilkår. Dette er forankret i folkehelseoven, og noe Norge har forpliktet seg til gjennom FNs barnekonvensjon. Kommunene har blant annet ansvar for barnehager, grunnskoler, barnevern, helsetjenester og kulturtilbud. Her får man virkelig valuta for pengene! Og det er nettopp her problemet ligger for mange kommuner: penger, eller retttere sagt mangel på dem.

POLITISK VILJE

Selv om alle kommuner er pålagt å skape gode oppvekstvilkår for innbyggerne sine, er det utrolig store forskjeller når det gjelder økonomiske rammevilkår og politisk vilje til å gjøre det.

Er det for eksempel greit at noen kommuner for hver tusende innbygger har hele 21 årsverk som tilbyr helsetjenester til barn, mens andre ikke har noen?

Eller at noen kommuner overholder fristen for alle innsendte bekymringsmeldinger til bar-

neverntjenesten, mens andre ikke rekker over halvparten engang?

Hvor store forskjeller kan vi leve med?

Lokalt selvstyre står sterkt. Vi gir kommunene tillit til å forvalte store summer hvert år. Kommunesektorens samlede inntekter utgjør cirka 20 % av bruttonasjonalprodukt for Fastlands-Norge, og består hovedsakelig av rammetilskudd fra staten og skatteinntekter fra innbyggerne. Om lag 70 % er frie midler som kommunene disponerer slik de vil for å løse sine oppgaver.

PRIORITERINGER

De siste tiårene har kommunene fått flere og mer omfattende oppgaver. Politikerne må fordele penger så godt det lar seg gjøre: Er det viktigst å bygge opp barneverntjenesten eller øke antall sykehjems plasser? Trengs flere saksbehandlere til teknisk etat, eller bør kommunen ansette en psykolog?

Få organisasjoner har like sammensatte oppgaver som kommunene. Dilemmaene er

NYE STEMMER

En spalte for ikke-spesialister som tør å mene noe.

MERKNAD

Ingen oppgitte interessekonflikter

mange når prioriteringer skal vektet opp mot hverandre. Når økonomien er stram og gode råd dyre, er man helt avhengige av politikere som taler barnas sak og ser verdien av gode oppvekstvilkår.

Dyrtiden rammer også kommuner. I rådhusets ganger er det få ord som skaper like mye frykt som «nedbemanning» og «ROBEK» (sistnevnte er en beryktet liste for kommuner i økonomisk ubalanse). Når sparekontoen er tømt, er nedbemanning en av få måter for å få kommuneskuta på rett kjøll igjen. Ofte ryker ikke-lovpålagte tjenester først, ikke sjelden de som jobber forebyggende og helsefremmende. Kutt i skoler og kulturtilbud er nærmest hverdagskost. Konsekvensene av disse kuttene er ikke nødvendigvis merkbare med en gang. Men de kan bli enorme på sikt, og føre til en ond sirkel der brannslukking ender opp med å bli normalen.

GOD BUTIKK

Fra et økonomisk perspektiv vet vi at satsing på oppvekstvilkår er god butikk for kommunene. Det er samtidig et møysommelig arbeid som forutsetter systematikk og tålmodighet, og målbare resultater trenger tid til å vokse fram. Det kan være utfordrende å få gehør for langsiktige prosjekter i et politisk system der de folkevalgte trenger kortsiktig oppslutning for å beholde posisjonen. Barnevernsreformen har riktignok gitt kommunene større insentiver for tidlig innsats, blant annet gjennom å øke finansieringsansvaret for fosterhjemsplasseringer. Men for kommuner som allerede er i bakevja, er dette en krevende snuoperasjon.



Ofte ryker ikke-lovpålagte tjenester først, ikke sjelden de som jobber forebyggende og helsefremmende

Kommunenes inntekter og utgifter er sprikende, og blant annet knyttet til demografiske og geografiske forhold. Fattige kommuner preges typisk av en aldrende befolkning, fraflytting, lavt utdanningsnivå, spredt bebyggelse, og alt annet enn et yrende næringsliv. I denne kategorien finner vi mange små distriktskommuner som lever fra hånd til munn, og som har vansker med å levere helt grunnleggende tjenester til befolkningen.

På den andre siden nyter rike kommuner godt av høye skatteinntekter, lavere brutto driftsutgifter per innbygger og en friskere befolkning med mindre pleiebehov. Mange kommuner får også høye inntekter fra vannkraft, havbruksfond og eiendomsskatt på kraft- og petroleumsanlegg. På denne måten forsterker forskjeller mellom kommuner også sosial ulikhet mellom folk.

ØKENDE FORSKJELLER

Misforstå meg rett, kommunene trenger ikke å tilby helt identiske oppvekstvilkår, men de bør være noenlunde likeverdige. Prioriterer kom-

munen din å utvide brannstasjonen istedenfor å pusse opp skolen, er det OK. Og er kommunen din så heldig at en eller annen riking skatter dit (før vedkommende flyttet til Sveits), er det helt legitimt å ha en finere fotballhall enn naboen. Problemet oppstår når minstenivået blir for lavt.

Regjeringen må gjøre noe med de økende forskjellene i Kommune-Norge. Her er mulige løsninger:

- Opprette statlige arbeidsplasser i kommunene. Viktige tjenester som barnevern, helsesykepleier og kommunepsykolog bør ikke være priggitt lokal politisk vilje og sårbare kommuneøkonomier, men være finansiert av en større og mer forutsigbar aktør.
- Øremerke en større andel av pengene. Gjør man det, er det garantert at pengene går dit de skal. Kommunepsykologsatsingen er et godt eksempel på problemet: Når et tidligere øremerket tilskudd inngår i frie midler, tenderer kommunene å bruke penger på andre ting.
- Slå sammen flere kommuner, eventuelt tilrettelegge for mer interkommunalt samarbeid og større fagmiljøer. I teorien er det meningen at en kommune med 2000 innbyggere leverer like omfattende og spesialiserte tjenester som en kommune med 50 000. Dette vet vi ikke er mulig i praksis.
- Det eksisterer allerede et system for inntekts- og utgiftsutjevning mellom kommunene. Ufrivillige kostnadsforskjeller utjevnes fullt ut, mens skatteinntekter utjevnes delvis. Sistnevnte sats bør økes, slik at alle kommuner når landssnittet for inntekter.
- Kreve at kommuner har mer forpliktende og langsiktige planverk knyttet til oppvekstvilkår. Her er det viktig med konkrete mål og mulighet for evaluering.

Hva kan vi gjøre her og nå?

Vi som innbyggere har også et ansvar for å bruke stemmeseddelen klokt. Kommunevalget 2023 går snart av stabelen, og vi må stemme frem politikere som ser verdien av å investere i barna. Styrking av oppvekstvilkår må ses i et livsløpsperspektiv, og ikke kun frem til neste valgperiode. Godt valg! ❌

Inntrykk

Essay og anmeldelser

ANMELDT: BOK

Bevisstgjørende om pasientjournalen

Pasientjournalen er både nyttig og nødvendig som arbeidsverktøy. Denne boka tilbyr bevisstgjøring, kunnskap og refleksjon rundt egen journalpraksis.



BOK *Pasientjournalen*
– språk, dokumentasjon
og helsekompetanse

REDAKTØRER

Magne Nylenna,
Erlend Hem & Nina
Husom

ÅR 2023

FORLAG Tidsskriftet
Michael (Utgave 20:
Supplement 31), Det
norske medisinske
selskap

SIDER 207

ANMELDT AV

Eva Brekke, Nasjonal
kompetansetjeneste
for samtidig rusmis-
bruk og psykisk lidelse,
Sykehuset Innlandet

SELV OM PSYKOLOGER er en yrkesgruppe som gjerne er opptatt av litteratur, er det nokså lite oppmerksomhet rundt den sjangeren vi bruker mest, nemlig pasientjournalen. Derfor er det spennende med en helt fersk bok viet til dette temaet. *Pasientjournalen – språk, dokumentasjon og helsekompetanse* er utgitt som supplement til det medisinske tidsskriftet Michael, med støtte fra Språkrådet og Direktoratet for e-helse. Den bygger på utgivelsen *Helsespråk* fra 2021, utgitt på samme sted. Redaktørene Nylenna, Hem og Husom er medlemmer av Gruppe for medisinsk fagspråk, men boka har en tverrfaglig profil, hvor både psykologer, språkvidere, jurister og andre faggrupper er representert.

Boka åpner for bevisstgjøring, kunnskap og refleksjon rundt journalens forskjellige funksjoner, og dilemmaer som oppstår i vektingen av disse. *Journalenspråket* har – som undertittelen tilsier – en sentral plass. Gjennom 22 kapitler dekkes temaer som helsekompetanse og brukermedvirkning, e-helse og kunstig intelligens, jus og etikk, for å nevne noen. Ikke alle kapitlene er like relevante for psykologer – for eksempel kapitlene om e-helse og språkteknologi, allmennmedisin, legevakt, Legemiddelverket og sykepleie – men jeg vil tro at boka som helhet har interesse for mange av mine kolleger.

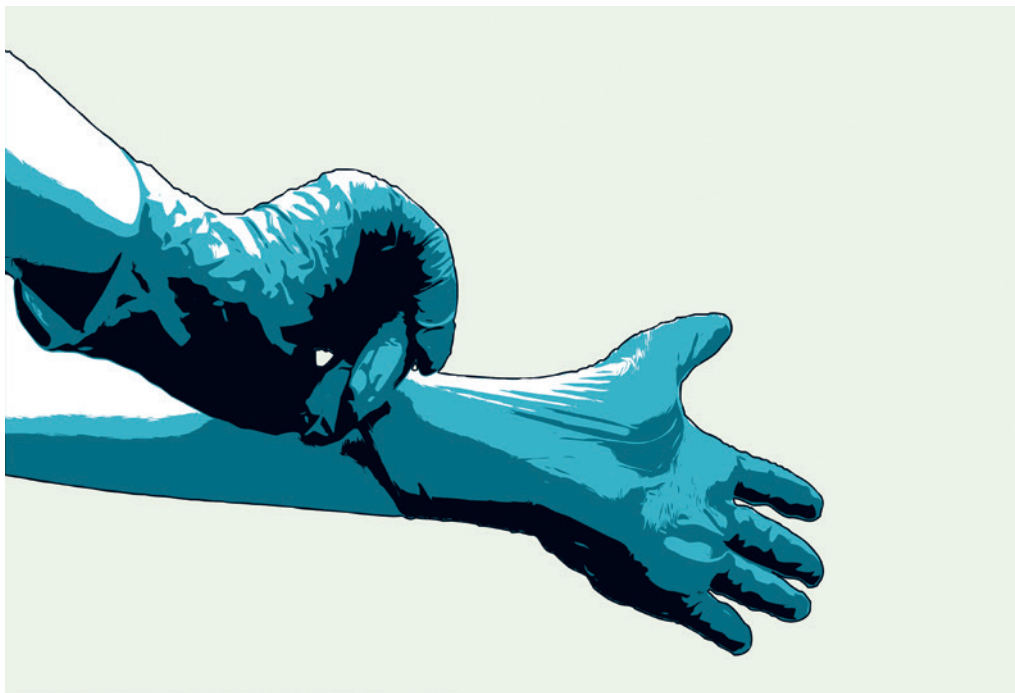
FRA SUBJEKT TIL OBJEKT

To av kapitlene retter seg særlig mot psykisk helsevern, og disse ligger naturlig nok tette

opp mot psykologers arbeidshverdag. Anne Høye og Siren Hoven drøfter dilemmaet mellom juridiske hensyn og god kommunikasjon, mens Hilde Flata gjennomgår forskning om pasienter og behandleres erfaringer med journalinnsyn. Det er interessant å lese forfatterens betraktninger om hvordan økt vektlegging av juridiske hensyn kan føre til en mer defensiv praksis («ryggen fri») og et mer fremmedgjørende journalspråk, hvor pasienten omtales «mer som objekt enn et samarbeidende subjekt». Dette underbygges av Anne Kjersti Befrings kapittel om rettslige perspektiver på pasientjournalen, som også er høyst relevant for psykologer. Hun gir en oppdatert gjennomgang av journalens ulike formål og drøfter hvilke konflikter dette kan medføre. Hvordan ivaretas for eksempel konfidensialiteten i møte med innsynsretten?

SPRÅKET SOM GUMMIHANSKE

Sykehusprest Aud Irene Svartvasmos refleksjoner om journalspråket og hvem det gjør oss til, er tankevekkende. Det presise og effektive journalspråket i dagens helsevesen sammenlignes med en gummihanske som skaper en beskyttende avstand mellom behandler og pasient, men samtidig hindrer berøring og fremmedgjør både pasient og behandler. Gjennom litterære referanser argumenterer hun for et mer menneskelig journalspråk hvor både pasient og behandler trer frem som person. Hun viser



GUMMIHANSKE

Journalspråket skaper en beskyttende avstand mellom behandler og pasient, skriver artikkelforfatteren. Illustrasjon: PaulJoshi / Shutterstock / NTB Scanpix

hvordan sykehuspresten som eksistensiell samtalepartner har en viktig rolle som motvekt til det moderne journalspråket. Her har jeg skrevet et spørsmål i marginen i mitt eksemplar: «Hva med psykologer?» Og det *er* betimelig å spørre hvor vi plasserer oss i det journalspråklige landskapet. Hvilket språk bruker psykologer i omtale av pasienter, og hva slags behandlere og samtalepartnere gjør språket oss til?

VI HAR ALLE EN JOURNAL

Behandler og pasient er roller vi inntar, med ulike rettigheter og oppgaver, men de aller fleste behandlere har også selv en eller annen form for pasientjournal. Det var befriende å lese Marit Aschehougs kapittel om hvor vanskelig det kan være å få tilgang til egen journal, enten det er elektronisk eller på papir. Selv for en person med høy helsekompetanse kan det være vanskelig å finne fram til egen jour-

nal. Bokas vektlegging av klarspråk som verktøy for pasientmedvirkning er også relevant for psykologer.

Det definerte formålet med boka er å bevisstgjøre både forfattere og lesere om betydningen av språket som brukes i pasientjournaler. Dette lykkes boka med, og i bredere forstand enn forventet. I tillegg drøftes og belyses journalens ulike funksjoner.

Boka er åpent tilgjengelig under fanen «Supplementer» på nettsiden www.michaeljournal.no, og man kan enkelt gå inn og lese utvalgte kapitler. Flere av kapitlene er relevante for psykologer som ønsker bevisstgjøring rundt egen journalpraksis, eller som vil lære mer om helsepråk og helsekompetanse. Deler av boka kan også fungere som grunnlag for fagutvikling og undervisning om journalskriving, og her fyller den et behov for oppdatert faglitteratur på området. ❌

”

Det presise og effektive journalspråket i dagens helsevesen sammenlignes med en gummi-hanske ...

Vil du anmelde i Psykologtidsskriftet?

Vi hører gjerne fra deg hvis du vet om en bok eller nylig har lest en fagbok du ønsker å dele med psykologkolleger.

Redaksjonen bistår med å skaffe anmeldereksemplar.

En anmeldelse skal være en kort tekst (3000–6000 tegn med mellomrom).

Kontakt oss for mer informasjon redaksjonen@psykologtidsskriftet.no

Skriv for oss/anmeldelser:



Om å finne og miste seg selv i en annen

Close er en inderlig og rørende fortelling om utvikling og brudd i et nært vennskap, og om å bli voksen.



SORG OG SKYLD Da jeg så filmen for andre gang, ble jeg mer slått av Leos sorg og bearbeiding av tapet, og ikke minst hvordan han skulle forstå vennens selvmord og hvilken rolle han selv hadde. Hans skyldfølelse er enorm, skriver artikkelforfatter Line Indrevoll Stånicke. Foto: Diaphana distribution / Thomas Nolf / Menuet



Filmen *Close* (2022), regissert av Lukas Dhont fra Belgia, skildrer vennskapet mellom 13-åringene Remi og Leo, og hvordan det utvikler seg gjennom de første årene av ungdomsalderen. Det er en visuelt flott film med landskapsskildringer, åkere og blomsterenger og nydelige nærbilder av samspillet mellom guttene. Et hovedtema er hvor vakkert, nært, sensitivt og genuint vennskap kan være, men også hvor hjerteskjærende, dramatisk og smertefullt et vennsbrudd kan bli. Vi ser ytterpunktene ved det å leve og å være nær – det gode og nærende, men også det hemmende og utfordrende. Filmen handler om hvor sammenvevd vi er med andre mennesker. Så avhengige og skjøre vi kan være uten en annen – en annen som ser, kjenner og deler verden med meg. Og samtidig hvordan vi må søke løsrivelse, individualitet og autonomi. Midtveis i filmen gjør Remi slutt på livet sitt – han klarer ikke å leve videre. Resten av filmen skildrer hvor uvirkelig og ufattelig dette er for alle rundt. Hvordan kan vi forstå det som utspiller seg?

VENNSKAP – NÆRHET OG RELASJONERS SKJØRHET

Da jeg så filmen for første gang, ble jeg oppslukt av skildringen av relasjonen mellom guttene som får en brå og dramatisk slutt. Remi og Leo er fortrolige, trygge på hverandre og deler en lekenhet og sanselighet. Vi ser hvordan de leker, hvor lett fantasiene kommer, og hvor lett de flyter inn i en kreativ historie. Guttene har fortsatt kontakt med den barnlige leken som kan komme i bakgrunnen i overgangen til ungdomstiden. I leken blir de angrepet, de må gjemme seg og kjempe mot ytre farer.

Vi ser også at guttene sover hos hverandre, og mest hos Remi får vi inntrykk av. Remi strever med å sovne. Han spiller klarinett, men virker redd for å prestere. Kanskje er han både perfeksjonist og ambisiøs – han presser seg. Når han skal gi slipp og sove, trenger han Leo for å hengi seg til søvnen. Leo forteller eventyr og hjelper Remi med å puste rolig. Å sovne handler om å gi slipp på kontroll. Leo holder Remi så han kan falle til ro. Med Leo er Remi trygg. Senere i filmen ser vi at Leo har en nærhet til sin storebror som han selv kan søke til for å få sove, få trygghet eller gjenvinne ro når han er sint og lei seg, mens hos Remi er det Leo som er stor. Samtidig kan vi få inntrykk av at Remi åpner for det sårbare og sanselige for Leo gjennom musikken.

Når Remi og Leo begynner på ungdomsskolen, er det med en samstemthet de inntar skolegården. I en slik grad at noen jenter spør om de

TEKST Line Indrevoll
Stänicke

MERKNAD Teksten er en bearbeiding av foredraget «Close – om å finne og miste seg selv i en annen» holdt på Cinemateket 14.06.23, og integrerer enkelte tema fra diskusjonen med publikum etter filmen.

RØPEALARM Essayet avslører sentrale deler av filmens innhold.





Skildringen av det nære og sårbare i vennskapet, viser oss hvor avhengige vi er av en annen

er kjærester. Det er som om spørsmålet kommer som lyn fra klar himmel og bryter symbiosen mellom dem. Kanskje spesielt for Leo. Leo drar hjem, og mor spør hvordan første skoledag har vært. «Det gikk bra», sier Leo. Det sier noe om hvor vanskelig det er å dele, og for foreldre – hvor mye de enn vil – å få vite hvordan ungdommene har det. De vil være store og klare seg selv.

Det er som om spørsmålet om guttene er kjærester setter i gang en kaskade av utviklingstemaer for Leo: identitet, kjønn, seksualitet, legning, kjenne sin styrke, romme sin sårbarhet og sitt sinn. For Leo er det som om spørsmålet om de er kjærester utløser et behov for å utforske på egen hånd, en løsrivelse som blir fatal for Remi. Leo begynner å sitte sammen med andre, han tar ikke følge lenger, sykler tidligere til skolen og begynner på ishockey. Remis reaksjoner vitner om en opplevelse av smertefull avvisning. Først avviser han selv Leo, men så kommer en økende erkjennelse av at Leo velger han vekk. Leken, fantasiene og nærheten de har delt, «virker» ikke lenger. Grensen mellom fantasi og realitet er skjør og avhengig av trygghet.

Vi føler smerten og frustrasjonen til Remi i sviket fra vennen. Hvordan kunne Leo svikte? Kjærestespørsmålet fra jentene kan vitne om smale kategorier å utvikle seg i for guttene i ungdomsalderen. Deres fysiske nærhet tolkes som at de er kjærester. Det er lite aksept for at guttene deler en varme, fortrolighet og sensitivitet som også gjør at de kan lene hodet på den andres skulder. Vi kan også lure på om spørsmålet fra jentene satte i gang en selvbevissthet og selvkritikk der nærhet blir skambelagt. Om skammen er knyttet til en gryende bevissthet om egen legning forblir uklart i filmen, og kanskje er det et poeng at vi skal bli værende i spørsmålene. På den måten viser filmen hvor utfordrende en kategorisering av kjønn og legning kan være, og hvor sterk skam og selvkritikk som kan vekkes ved fordømmelse fra andre. Opplevelse av fordømmelse fra flokken, det å miste nærheten; ensomheten synes altoverskyggende for Remi. Det virker ikke som han finner nye venner så lett.

Skildringen av det nære og sårbare i vennskapet, viser oss hvor avhengige vi er av en annen, men også hvor skjøre relasjoner er. Helt fra vi er i mors mage er vi avhengige av omsorg, støtte og av at den andre forsøker å forstå behovene våre. Noe settes ord på. Noe forblir nonverbalt, men kan likevel skape en opplevelse av å bli holdt, tålt og anerkjent. I møte med den andre kan mitt indre bli tydelig for meg – hva den andre ser og anerkjenner – det kan bli noe jeg tolererer som meg selv.

For barnet er foreldrene de sentrale for å dekke behov og for å utforske og lære om seg selv og andre. Men for den gryende ungdommen vendes oppmerksomheten mot venner og jevnaldrende, slik vi ser hos Remi og Leo. I ungdomstiden er venner som et mellomområde for utforskning av identitet – gjennom å lære problemløsning, leke og gjøre ting sammen (Stänicke et al., 2019). Ikke for uavhengighet eller total løsrivelse, men for å utvikle en mer relasjonell gjensidighet også med sine foreldre. Foreldre har ikke lenger svaret på alt, har ikke skyld i alt som er galt, og har sine styrker og svakheter. Vi er fortsatt avhengige som voksne. Men brytningen med foreldre kan bli kraftig for å utforske selvstendighet, individualitet og autonomi – grenser må testes for å finne seg selv. Med det Remi og Leo har i bagasjen fra tidligere relasjoner, kan de fortsette utforskningen av seg selv og andre, av grensene mellom meg og ikke meg, og overgangen mellom den indre og ytre verden – i relasjonen til hverandre. Kanskje har båndet mellom Remi og Leo vært så sterkt

at det har tatt noe av brodden for adskillelsen fra foreldrene? Det er som om Leos brudd med Remi får kvaliteter av en opposisjon. Han velger for eksempel venner som tilsynelatende har andre interesseområder enn Remi, som ishockey, fotball og gaming. Selv om Leo inviterer Remi med, blir det ikke en reell mulighet for Remi å koble seg på.

Må Leo bryte, distansere seg og adskille seg fra Remi fordi han ikke får være hele seg? Det å være nær handler om å tåle at den andre er en annen – en som er annerledes. Leo kjenner dragning mot det fysisk sterke, det å være i bevegelse og styrken i kroppen. Eller han søker en forskjellighet fra Remi for å skjule sider ved seg selv. Uansett forholder de seg veldig forskjellig til kjærestespørsmålet. Kan vennskapet tåle ulikhetene deres? For å utvikle selvfølelse og identitet trenger vi å utforske og bli mer fortrolig med alle sider og motsetninger i oss selv – være sårbar og sterk, liten og stor, sjelelig og kroppslig, sinna og trist, det å ta plass og være i bakgrunnen. Modenhet handler om å tåle motsetningene. Kanskje kan tapet og sviket åpne en avgrunn i Remi, en avgrunn han selv holder unna når Leo er i hans verden.

NÅR DET STORMER

Jeg undrer meg over hvorfor det må ende slik det ender. Ungdomstiden er smertefull for mange. Jeg har jobbet med ungdom i klinikk og kjenner til mange slike tilfeller av vennskapsbrudd i overgang til ungdomsskolen. Den ene føler seg sviktet, og den andre går videre med nye venner. Mange skifter venner i løpet av ungdomsskolen – det er et kjennetegn ved å være ungdom – å skifte interesser eller bli veldig oppslukt av noe nytt her og nå. Over en kort periode kan ungdommen bevege seg fra å være for noe til å bli veldig i opposisjon til det samme. Det er slik ungdom utforsker sosiale roller, normer og – vi kan si – utkantene av seg selv. Bevegelser og transformasjon er også sentralt i ungdomstiden, og de følelsesmessige, kroppslige, kognitive og sosiale endringene kan absolutt være overveldende (Stänicke, 2019). Det er vanskelig for ungdommen å se at det går over, og at det er en vei ut av stormen. Mange ungdommer kan forsøke å skade seg selv, fortelle om opptatthet av eksistensielle tema og tanker om selvmord, men de færreste tar livet sitt.

Kan vi se noen særlige tegn på sårbarhet hos Remi? Tristheten og sorgen over avvisningen er åpenbart fullstendig overveldende. Vi ser at Remi er engstelig og prestasjonsorientert. Kontakten med foreldrene virker rimelig god nok. Kan spørsmål om legning være tyngende? Er det utslagsgivende for at han vil ende livet sitt?

For å forstå en sammensatt handling som et selvmord, trenger vi kunnskap fra ulike fagfelt og flere perspektiv (for oversikt se Klonsky, 2016; O'Connor & Nock, 2014). Hvis vi ser nærmere på enkelte psykologiske modeller, er Joiners (2005) interpersonlige teori et sentralt bidrag som kan gi en forståelse av grunnen til at selvmord blir en aktuell handling for noen. Teorien fremhever betydningen av å miste tilhørighet, en følelse av å være en byrde, tilgang på metode, og en tilvenning til skade og smerte over tid. I filmen er det spesielt smertefullt å se hvordan Remi mister kontakten med Leo, og at han ikke etablerer nye vennskap på den nye skolen. Vi kan leve oss inn i hvordan skolegårdsscenene der Remi står i utkanten av guttegjengen Leo er en del av, kan fremkalle et negativt selvbilde fylt av frustrasjon, utenforskap og skam. Vi ser også at moren til Remi er svært opptatt av at han ikke skal låse seg inne på badet. Det er uklart hvorfor, og det er som om Leo og moren er samstemte om at de må passe ekstra på Remi. Hvis det er slik at Remi også har kjent seg som en byrde for Leo eller for moren, kan motivasjonen for handlingen gi mening i lys av Joiners teori.

Baumeister (1990) har tidligere utdypet en nedadgående spiral forut for et selvmord der den ytre vanskelige livssituasjonen tilskrives et negativt selvbilde. Hvis alternative handlingsstrategier mangler og tunnelsynet blir for overhengende, blir selvmordet den eneste mulighet for «escape» og likevel bevare et psykologisk selv. I et slik perspektiv kan selvmordet være en slags selvbeskyttelse, selv om handlingen er endelig og fatal.

Et annet interessant perspektiv i denne sammenhengen er Edvin Shneidmans (1993) teori om at selvmordet er et svar på en psykisk smerte – *psychache*. Han relaterer selvmordstanker og selvmordsforsøk til manglende realisering av presserende indre psykologiske behov – behov for hjelp og tilhørighet, behov for prestasjon og orden, behovet for aksept, samt behov for en nærrende relasjon. Selvmordet forstås som en løsning på både en *indre* og



ytre krisetilstand. Den psykologiske smerten betraktes som et resultat av en langvarig og altoverskyggende individuell opplevelse av negative følelser som redsel, skam, angst, avvísning, trussel, skyldfølelse og tristhet fordi de grunnleggende behovene ikke blir dekket. Reduseres smerten, minker også motivet for selvmord. For Remi kan vi se hvordan han opplever avvíst kjærlighet, tap av kontroll og hjelpeløshet, et truet selvilde av skamfullhet, men også hvordan en nærrende relasjon er tapt.

Hvis vi skal forfølge en tenkning om hvordan selvmordet kan gis mening ut ifra Remis indre verden, så skrev Freud (1917) i *Mourning and Melancholia* om hvordan tapet av et kjærlighetsobjekt kan vekke en tilfrosset, melankolsk tilstand annerledes enn aktiv sorg. Kjærligheten til den som dør eller som det blir et brudd med, hindrer sorgen. Sinnet over å bli forlatt gir opphav til skyld som ikke kan uttrykkes og dermed rettes mot en selv. Vi ser kimen til begrepet om objektrelasjon i *Mourning and Melancholia* – våre handlinger kan forstås ikke bare av en ytre verden og relasjoner, men også av hvordan de er internalisert i fantasier og relasjonsforventninger i en indre verden. For Remi blir selvkritikken total; han retter sinnet mot seg selv – kanskje for å beskytte det gode bildet av Leo som han er avhengig av i sitt indre. Han gir opp å konfrontere Leo. Han kjenner at han har tapt. Han vil at det skal være som før, men Leo vil videre. Kan vi forstå hans selvmord ved at han retter sinnet mot seg selv, og gjør det slutt?

Karl Menninger (1933) arbeidet videre med Freuds hypotese om selvmordet som et aggressivt angrep mot en selv. Han skrev i boken *Man against himself* at selvmordet er knyttet til *et ønske om å bli drept* – det eneste som føles riktig i en gitt situasjon er selvstraff med døden til følge på grunn av uanstendig tankeinnhold. Hvis vi bruker tenkningen for å forstå Remi, må vi ha med oss et perspektiv på at handlingen står til en indre verden der Leo har vært viktig. Kan vi tenke oss at han har et ønske om å bli drept – at han retter sinnet mot seg selv for skamfull seksualitet, eller som straff for aggressive impulser, istedenfor å angripe Leo? Kan vi også tenke at han kjenner Leos avvísning som et slag, en aggresjon med dødelig effekt? Han tåler ikke avvísningen og handler ut Leos avvísning som en reell og konkret avvísning av *hele* seg som person. For Remi er det ikke

delar av han som avvís, men hele han. Hele han må vekk.

Menninger (1933) mente det må være enda et ønske til stede – *et ønske om å drepe*. Dette knyttet han til et ønske om å ramme en nær person, og kanskje flere nære, slik at de kan kjenne på egen kropp hvor smertefullt livet er. Vi som ser filmen, kjenner også på Remis smerte. Filmene som kunstuttrykk åpner en kanal inn til våre egne følelser. Følelser kan smitte, men relasjonelt kan vi derfor også være bærere av andres strev. Remi hadde mistet Leo som en viktig kontakt og bærer. I det vanskelige klarte han ikke å være alene. Selvmordet rammer fatalt både den enkelte og alle rundt. Kan vi forstå handlingen som at han hvis han dreper seg selv, dreper han også Leo i sitt indre? Hvis han dør, så dør også Leo? Ikke vet jeg om valget av navnet Remi viser til «remis», som at noe avsluttes og blir uavgjort ved handlingen. Vi ser hvor frustrert og sint Remi blir over avvísningen, men i en slåsskamp mellom dem på skolen holdes de fra hverandre. Sinnet må kanskje likevel få komme til utløp, og om enn ikke direkte og tydelig overfor den han føler seg sveket av, så kan den fatale handlingen kjennes som om han rammer dem han er nær og avhengig av.

Til sist, skrev Menninger (1933), må det være *et ønske om å dø*. Han knyttet dødsønsket til dødsdrift og selvdestruktive krefter i menneskets natur. Vi kan kanskje relatere det til Remi ved å tenke at det er noe i han som ga etter. De fleste vil ikke klare det å *ikke* velge livet. Samtidig kan vi ha i mente hvordan Camus (1942) skrev at det eneste spørsmålet vi *må* finne ut av i livet, er *hvorfor* vi ikke tar livet vårt. Det er da vi finner meningen og essensen av vår eksistens. Det vonde for en person som kjenner selvmordstanker, er at det er så vanskelig å finne noe å leve for: alt kjennes nytteløst, håpløst og meningsløst. Kanskje det som tidligere ga mening og glede ikke gir det samme lenger, eller personen eller kilden er tapt. Det å gjenfinne glede og mening, reorientere seg og kanskje også akseptere det tragiske som en del av livet, kan være svært utfordrende og likevel helt essensielt for å ville leve videre.

SORG OG SKYLDFØLELSE

Da jeg så filmen for andre gang, ble jeg mer slått av Leos sorg og bearbeiding av tapet, og ikke



NÆRT OG VAKKERT Et hovedtema er hvor vakkert, nært, sensitivt og genuint vennskap kan være, men også hvor hjerteskjærende, dramatisk og smertefullt et vennsbrudd kan bli, skriver artikkelforfatteren. Foto: Diaphana distribution / Kris Dewitte / Menuet

minst hvordan han skulle forstå vennens selvmord og hvilken rolle han selv hadde. Hans skyldfølelse er enorm. På ishockeybanen presser han seg fysisk for å prestere, og kanskje også for å kjenne smerte. Han kaster seg inn i vantet, faller og presser seg opp igjen. Han gir seg ikke. Kanskje for å holde dårlig samvittighet og skyldfølelse borte. Han herjer med kroppen sin, som en selvstraff. Eller han prøver å finne sin egen måte å eie sin sårbarhet og å være skadet på. Han er sterk og likevel fanget i et indre drama – som en løve i bur. Eller som en gutt som begynner å kjenne sin styrke, og strever med å utvikle et selvbilde av å også være sårbar og følsom. Kanskje blir det ekstra vanskelig å integrere sårbarhet i en ungdomskultur der sensitivitet får liten plass i mannsrollen. Med Remi har han kunnet være i det sårbare, men han må finne sin egen måte å kjenne og tåle sårbarhet alene. Det er vondt. Først når han bryter armen, kan han gråte og sørge.

Jeg ble også mer oppmerksom på relasjonen mellom Leo og Remis mor. Vi ser mindre til Remis far og Leos foreldre, men det er ikke et direkte påfallende fravær. Samtidig er Remis mor tydelig i forgrunnen. Vi ser i starten av filmen at hun sier tøysende til guttene at Leo heller skulle vært hennes sønn fordi han er mer oppvartende. Vi kan få inntrykk av at det er en spesiell kontakt mellom Leo og Remis mor, og scenen kan kanskje vise til noe potensielt grenseoverskridende. Samtidig har kanskje hele filmen et utgangspunkt i Leos perspektiv – at det er hans opplevelse av samspillet med moren som vi ser. Ser vi scener som vekker Leos gryende oppmerksomhet mot kvinnen og begjær?

Også etter at Remi har gått bort, oppsøker Leo vennens mor. Nå handler det om å nærme seg det vonde i sorgen, dele minner, forsøke å forstå

”

For å utvikle selvfølelse og identitet trenger vi å utforske og bli mer fortrolig med alle sider og motsetninger i oss selv

»



Vi er ikke ansvarlige
for en annens liv, men
vi er i hverandres liv

det uforståelige. Til slutt prøver Leo å formidle sin enorme skyldfølelse, og bekjenner at han skjøv vennen bort. Først møter moren han med fordømmelse og ber ham gå vekk. Leo løper inn i skogen, barrikaderer seg med en trestokk for å beskytte seg – som om han forventer at moren skal angripe, men hun finner han og det blir en slags forsoning. Det er som om filmen viser prosessene i et sorgarbeid, hvordan hverdagen kommer sakte, men sikkert tilbake, og hvordan sortering av egen skyldfølelse er viktig for å kunne gå videre. Moren får en terapeutisk funksjon som bidrar til prosessen, samtidig som hun er overveldet av sorg selv.

Filmen skildrer Leos overgang til å bli ung voksen på mange ulike måter. Han begynner å arbeide på gården, blir skitten på hendene og drikker kaffe. Kanskje kan Remis dødsfall uttrykke at det barnlige eller noe i Leo må fornektes? Samtidig er det å finne balansen mellom det barnlige og det voksne, sårbarhet og styrke, avhengighet og autonomi i en mer helhetlig og integrert identitet en gjennomgående utfordring i livet. Barnet i oss kan vi fortsatt ha kontakt med som voksne – i forventningene, følelsene og fantasiene våre ligger spor fra fortiden. I de sterkeste følelsene kan vår forståelse av oss selv og andre kollapse – vi kan utagere den psykiske smerten rått, uten psykisk bearbeiding, og kan komme til å skade oss selv eller andre.

Grunnleggende behov, følelser og ønsker kan vekke skam eller redsel for fordømmelse og avvisning. Både som barn, ungdom og voksen kan vi trenge en annen for å bli kjent med, være nær og tåle oss selv. Men nærhet kan gjøre oss sårbare, skjøre og avhengige. Kjenner vi oss *for* avhengige kan det bli for lite rom til å utforske og tåle seg selv. Vi kan miste oss i den andre. Og blir vi *for* selvtilstrekkelige, uavhengige individualister kan vi miste kontakten med vår egen sårbarhet. Filmen kan minne oss på at vi selv må tørre å åpne opp og hengi oss. Tåler vi at den andre er annerledes? Blir vi redde for å miste oss selv i den andre? Vi er ikke ansvarlige for en annens liv, men vi er i hverandres liv. ✕

REFERANSER

- Baumeister, R.F. (1990). Suicide as escape from self. *Psychological Review*, 97(1), 90–113. <https://doi.org/10.1037/0033-295X.97.1.90>
- Camus, A. (1994/1942). *Myten om Sisyfos*. Cappelens upopulære skrifter.
- Freud, S. (1917). Mourning and Melancholia. *Standard Edition*, 14, 237–258. The Hogarth Press.
- Joiner, T.E. (2005). *Why people die by suicide*. Harvard University Press
- Klonsky, E.D., May, A.M. & Saffer, B.Y. (2016). Suicide, suicide attempts, and suicide ideation. *Annual Review of Clinical Psychology*, 12, 307–330. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-021815-093204>
- Menninger, K.A. (1933). Psychoanalytic aspects of suicide. *International Journal of Psychoanalysis*, 14, 376–390.
- O'Connor, R.C. & Nock, M.K. (2014). The psychology of suicidal behaviour. *The Lancet Psychiatry*, 1(1), 75–85. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(14\)70222-6](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(14)70222-6)
- Shneidman, E. S. (1993). *Suicide as psychache: A clinical approach to self-destructive behavior*. Jason Aronson.
- Stänicke, L.I. (2019). Ungdomstid som utviklingsfase. I L.R. Øhlckers, O. Heradstveit & L. Strand (Red.). *Ungdom og psykisk helse*. Fagbokforlaget.

Overfladisk behandling av viktige grunnlagsspørsmål

Til tross for sitt gode utgangspunkt mislykkes dessverre Erik Falkum ganske ettertrykkelig i sin nye bok om grunnlagsproblemer i psykisk helsevern.

PSYKISK HELSEARBEID er en av de mest komplekse virksomhetene i Helsevesenet. Dette kan for eksempel illustreres ved at de kliniske etikkomiteene i helseforetakene oftere håndterer etiske problemstillinger knyttet til psykisk helse enn til somatikk. Kompleksiteten i psykisk helsearbeid gjenspeiles også i de mange *grunnlagsspørsmålene* eller *grunnlagsproblemene* i virksomheten. Arbeid med menneskers mentale smerte medieres av en lang rekke ideologisk-politiske, kulturelle, idehistoriske, etiske, vitenskapsteoretiske og vitenskapsfilosofiske hensyn. Å være bevisst hvordan disse *alltid* spiller seg ut i vår profesjonelle hverdag er et ansvar vi som psykologer må ta på alvor. Å ikke gjøre det vil ikke bare gå ut over vår profesjons renommé, men også dem vi forsøker å hjelpe.

Erik Falkum er en nestor i norsk psykiatri. Ikke minst fordi han har etablert og ledet Utvalget for etikk og grunnlagsspørsmål i Norsk psykiatrisk forening, som over flere tiår har løftet frem og aktualisert grunnlagsproblemer i psykiatri. At Norsk psykologforening ikke ser verdien av et tilsvarende utvalg, vitner om at psykiatريفoreningen har kommet lenger i å anerkjenne de mange kontekstene profesjonens kliniske virksomhet foregår i. Forhåpentligvis er det ikke bare jeg som finner dette uholdbart. Gitt Falkums viktige rolle, og presumptive egnethet, både overrasker og smerter det meg å ikke kunne anbefale hans nye bok *Hva er psykiatri? Om fagets grunnlagsspørsmål*, høyere.

STORE SPØRSMÅL, STORT ANSVAR

Hva er psykiatri? er ment å kunne leses av alle aktører i psykisk helsevern og er derfor også relevant for psykologer, dette til tross for at Falkum konsekvent omtaler denne delen av

helsevesenet for *psykiatrien*. Tematisk kretser boken rundt den «historiske» utviklingen av «psykiatrien», vanskene og utfordringene som kommer med nøkkelbegreper som psykisk helse og diagnoser, politisk-ideologiske krefter som virker på systemet i dag, samt vitenskapsteoretiske problemstillinger knyttet opp mot forklaringsmodeller og psykoterapiforskning, med en særlig vektlegging av den biopsykososiale modellen og arbeidet for å skape en felles vitenskapelig kjerne i faget. Kort sagt; mange av temaene boken forsøker å belyse vil nok være relativt kjente for den jevne leser av *Psykologtidsskriftet*.

Jeg er hverken psykiater eller ansatt i «psykiatrien», men jeg har jobbet en god del med grunnlagsproblemer i psykologi og psykoterapi, noe som blant annet har resultert i en fagesay-serie i dette tidsskriftet (Vik, 2022). Jeg vil derfor først og fremst vurdere hvordan forfatteren belyser dette. Hvorvidt boken også fungerer som en generell innføring i psykiatrifaget – som er bokens andre store formål – vil jeg si mindre om. Jeg vil imidlertid påpeke at å både gi en generell innføring i «hva psykiatri er» og samtidig gå ordentlig inn i grunnlagsproblemene i psykisk helsevern, kanskje er å gape over litt vel mye, spesielt med tanke på at boken bare er på drøye 300 sider.

KONVENSJONELL OG KONSERVATIV

Problemet med boken er ikke så mye temaene Falkum tar opp, men heller måtene han velger å gå inn i – og dessverre like ofte unnlater å gå inn i dem på. Mange av vinklingene fremstår som uoriginale og ganske konvensjonelle forsøk på å sparke inn åpne dører. Påfallende ofte synes forfatteren å gjøre et stort nummer ut av poenger som allerede har blitt gjentatt til det kjedsommelige. Det er for eksempel ikke



BOK *Hva er psykiatri?*

Om fagets grunnlagsspørsmål

FORFATTER

Erik Falkum

ÅR 2023

FORLAG

Fagbokforlaget

SIDER 336

ANMELDT AV

Ole Magnus Vik,

» privat praksis

så revolusjonerende nytt å vise hvordan offentlig styringsideologi kan utfordre helseaktørens autonomi, eller at fellesfaktorer har mer å si for terapeutisk effekt enn metodespesifikke faktorer.

I stedet for en bok som virkelig tvinger oss til å tenke nytt, eller i det minste se ting fra nye sider – for eksempel ved å utforske hvordan helssystemers legitime behov for kvalitetssikring og fordeling av ressurser, står i en evig og uløselig interessekonflikt med helseaktørens like legitime behov for faglig autonomi – får vi en bok med oppfatninger som langt på vei bekrefter det de fleste lesere nok allerede er godt kjent med, og enda verre, allerede er enige i. Noen synes kanskje dette er helt supert. Men jeg synes en bok om grunnlagsproblemer også må utfordre leserens antakelser og forforståelser.

Et annet eksempel er hvordan han kritiserer psykoterapitradisjonene for å være for lite opptatt av det interpersonlige. Løsningsforslaget til Falkum er – som så mange andre plasser i boken – å oppfordre psykisk helsevern til å innlemme sosiologisk teori. På den måten vil behandlere bli flinkere til å «ta utgangspunkt i her-og-nå situasjonen» og møte pasienter ut fra et «to-persons-perspektiv». Jeg synes det er ganske merkelig å påstå dette i det herrens år 2023. I mine fagtradisjoner – henholdsvis eksistensiell og psykodynamisk psykoterapi – har betoningen av det intersubjektive blitt vektlagt i flere tiår, og jeg har et distinkt inntrykk av at dette også gjelder for de andre hovedtradisjonene i psykoterapi.

Å lese Falkums bok gir meg dessuten en sterk fornemmelse av at det kritiske blikket i hovedsak rettes mot det som har vært, og mindre mot det som er. Forfatteren bruker for eksempel mye tid på å belyse hvordan psykiatrien var altfor paternalistisk og hvordan det førte til overdreven tvangsbruk. Budskapet synes å være: «nå er det mye mindre tvang og det er bra. Punktum.» Her skulle jeg ønske han gikk videre i refleksjonen og også problematiserte implikasjonene av for lite tvang. Da ville kanskje grunnlagsproblemet som utgjør den *uløselige spenningen* mellom tvang/omsorg på den ene siden og autonomi/respekt på den andre ha blitt belyst. Boken gir mange eksempler på hvordan det kritiske blikket ikke rettes mot nåtiden på samme måte som mot fortiden. Jeg savner med andre ord flere analyser og dypdykk i pågående og «evigvarende» prosesser i psykisk helsevern, i tillegg til redegjørelser for gamle debatter. Bokens tittel antyder tross alt at Falkum prøver på noe mer enn å bare fortelle om hvordan ting har vært.

Form- og stilmessig har boken en upersonlig og distansert tone. Nøkterne gjengivelser av andres teorier, forskningsfunn og meninger dominerer. Jeg savner at Falkums egen stemme skinner tydeligere gjennom i teksten. Det er nesten som om forfatteren er redd for å mene for mye! Leseropplevelsen blir dermed som omslaget på boken; lite engasjerende og kommunegrått. I den grad han selv kommer med meninger er det ofte snusfornuftige og konvensjonelle samtidsanalyser uten videre belegg, av typen «Vår digitale samtid kan tenkes å ha gjort ungdomsperioden vanskeligere, selv om velstanden har økt.» Det er dessuten påfallende mange regelrette helsepolitiske ytringer som kanskje heller hører hjemme i debattsidene i lokalavisa.

FOR MYE PØLSE, FOR LITE ROSIN

Til å være en bok om grunnlagsproblemer er det også overraskende hvor sjelden den går i dybden på tematikken. Veldig ofte blir jeg forundret over hvor langt ute i resonnementrekken Falkum starter. Andre ganger hopper han rett og slett over grunnlagsproblemene. Hvis Falkum hadde tatt

seg bryet med å belyse premissene for sine egne argumenter, hadde han også kunnet løfte frem de førvitenskapelige antakelsene som man alltid kommer til når man går langt nok bakover i en argumentasjon. Han bruker for eksempel en god del plass på å beskrive fremveksten av og fordelene ved den biopsykososiale modellen, kontra den «gamle» og «utdaterte» medisinske modellen. Men så stopper han der. Jeg etterlyser en videre drøfting av de grunnleggende utfordringene som også ligger i et biopsykososialt menneskesyn. Selv om det kanskje er bedre enn det foregående «medisinske» menneskesynet, har vel alle menneskesyn noen iboende problemer i seg? Dette etterlater et inntrykk av at Falkum mener *Det biopsykososiale* er det best tenkelige menneskesynet for psykisk helsevern. For de fleste som skriver om grunnlagsproblemer er det nettopp i den videre utforskningen av denne type antakelser man finner *grunnlagsproblemrosinen* i fagpølsa. Til tross for at grunnlagsproblemer i stor grad defineres i overenstemmelse med den eksisterende litteraturen, slutter ofte Falkums resonnementer der andre forfattere begynner sine.

At Falkum ikke alltid går i dybden, skinner også gjennom i den omfattende refleksjonen rundt «mangelen» på en felles vitenskapelig kjerne i psykiatrien. Her tas det også for gitt at leseren er enig med Falkum i at dette er et problem som man bør forsøke å løse. Selv om han i denne delen – i motsetning til de fleste andre plasser – i det minste anerkjenner at det fins argumenter mot hans eget syn, bruker han ikke mer enn noen setninger på å avvise dem som urimelige. Derfor åpnes det egentlig ikke opp for å tenke at fraværet av en vitenskapelig kjerne også kan gjenspeile den nærmest grenseløse kompleksiteten i det menneskelige, eller at en større ensretting av faget også vil kunne svekke, like mye som styrke, vår evne til å hjelpe. Det er selvfølgelig helt innafor å argumentere for større faglig ensretting, men å ikke gå skikkelig inn i materien holder simpelthen ikke i en bok om grunnlagsproblematikk.

SCIENTISTISK PERSPEKTIV

Falkums kjærlighet til den vitenskapelige ensrettingens fortrefeligheter illustrerer også en annen svakhet ved boken: den gjennomgående antakelsen om at vitenskap i stor grad kan håndtere og «løse» grunnlagsproblemer. En slik vitenskapsideologisk posisjon kalles



”

... jeg synes en bok om grunnlagsproblemer også må utfordre leserens antakelser og forforståelser

HOPPER BUKK Mange av de sentrale grunnlagsproblemene i klinisk arbeid med psykisk helse hoppes rett og slett over, skriver artikkelforfatteren. Foto: George Grantham Bain Collection / Library of Congress

scientisme – noe Falkum aldri tar seg bryet med å opplyse leseren om at han forfekter, sannsynligvis fordi han ikke vil anerkjenne at han – som oss alle – også skriver ut ifra en eller annen (vitenskaps-)ideologisk posisjon. Et tydelig eksempel på den scientistiske grunntonen finner vi i hans diskusjon rundt hvorfor nevroforskning ikke har hatt større effekt på behandling og forebygging av psykiske lidelser. Dette forstås først og fremst som en konsekvens av at diagnosesystemene ikke er gode nok på klassifisering og derfor ikke valide nok. Det kan med andre ord ikke være noe ved *premisset om at psykiske lidelser skal kunne forebygges og behandles bedre gjennom økt kunnskap om nervesystemet* som er årsaken til de manglende resultatene. Det er ganske oppsiktsvekkende at Falkum ikke engang åpner for at dette kan være en faktor. Det er også påfallende at han antyder at forskningsfunn fra epigenetikken langt på vei kan gjøre de tusenårige bevisstfilosofiske debattene rundt menneskets som syntese av natur og ånd, overflødige. Dette er bare to av mange eksempler på de tydelige, men fortsatt *uuttalte* epistemologiske og vitenskapsideologiske posisjonene Falkum skriver ut fra. De er også eksempler på hvordan boken langt på vei i like stor grad opprettholder mange av »



Jeg savner med andre ord flere analyser og dypdykk i pågående og «evigvarende» prosesser i psykisk helsevern

de underliggende – essensielt sett – medisinske antakelsene, som Falkum selv nærmest synes å mene er et tilbakelagt stadium i psykiatrien.

Scientisme er ikke i seg selv nødvendigvis en urimelig posisjon å innta. Snarere kan man tenke at en mer tradisjonell «naturvitenskapelig» og positivistisk tilnærming til grunnlagsproblemer er et fint korrektiv til de mer *humanistiske* og *kontinentale* vitenskapsideologiske posisjonene som mange andre (meg selv inkludert) ofte skriver ut fra. Men i en bok om grunnlagsproblemer er det naturlig å reflektere rundt, og til og med problematisere, sin egen vitenskapsideologiske forforståelse, heller enn å gå forbi dem i stillhet. I alle fall når det ideologiske programmet så ofte skinner igjennom. Flere ganger, for eksempel når han diskuterer nettverksmodellens fortreffeligheter, kommer Falkums diagnose og foreskrevne medisin for psykisk helsevern klart til uttrykk: Psykiatrien trenger å «komme bort fra alle modeller som har et ideologisk snarere enn et åpent empirisk utgangspunkt.» Det er en selvmotsigelse å hevde at en slikt program er åpent, i betydningen *a-ideologisk*. Selvfølgelig har streben etter et psykisk helsevern gjennomsyret av objektivistisk empirisme også ideologiske konnotasjoner.

HOPPER BUKK OVER GRUNNLAGSPROBLEMENE

Falkums bok er en ganske konvensjonell og konservativ, scientistisk-medisinsk tilnærming til grunnlagsproblemer som beskriver mer enn den går i dybden, og er mer bakoverskuende enn den er opptatt av problemene i nåtiden. Den sier seg fornøyd med å i all hovedsak belyse psykisk helsevern med medisinske og sosiologiske briller, selv om den på omslaget lover at også andre perspektiver – som for eksempel idehistoriske – er gjennomgående, noe som ikke er tilfelle. Sosiologi er vel og bra, men det er problematisk å bare lene seg på én supplerende fagtradisjon (i tillegg til sin egen) for å belyse såpass kompleks materie som grunnlagsproblemer tross alt er. Det analytiske blikket blir derfor ganske snevert. Mange av de sentrale grunnlagsproblemene i klinisk arbeid med psykisk helse hoppes rett og slett over, selv om den definisjonen Falkum selv bruker på grunnlagsproblemer hadde gjort det naturlig å i det minste nevne dem. Om Falkum bevisst *går forbi dem*, eller om *de går ham forbi*, vites ikke, men mitt inntrykk er at dette skjer fordi Falkum selv ikke har utforsket sine egne forforståelser godt nok. For den som er opptatt av å lese om grunnlagsproblemer i arbeidet med psykisk helse på norsk, fins det derfor mange bedre alternativer. Jeg vil her nøye meg med å nevne Henrik Bergs *Evidens og Etikk* (2020) og Kolstad og Kogstads *Grunnlagsproblemer i vitenskapene om mennesket* (2019).

Falkums nye bok oppleves som sneversynt, unyansert og forenkende. Slik begår den en av de groveste syndene en slik bok kan gjøre, nemlig å redusere heller enn å fremheve kompleksiteten i grunnlagsproblemene i psykisk helsevern, og står dermed også i fare for å trivialisere dem. Og ved å antyde at grunnlagsproblemene langt på vei er løst eller kan løses, oppfordrer den leseren til å lulle seg inn i en falsk trygghetsfølelse som svekker heller enn styrker det kritiske blikket på vår egen virksomhet, som er helt avgjørende for at faget vårt skal ha en fremtid. ❌

REFERANSE

Vik, O.M. (2022). Psykoterapiens etos. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 59(7), 656–663. <https://psykologtidsskriftet.no/fagessay/2022/07/psykoterapiens-etos>

Det kjedelige – og helt nødvendige – demokratiet.

Demokrati tar mye tid, og er til tider ganske tungvint. Men det er også noe av det fineste og viktigste vi har.

I boken om *Harun og historienes hav* beskriver Salman Rushdie hvordan Harun reiser til jordens andre måne, en verden som er klart oppdelt i lys og skygge, tale og stillhet. På den ene delen av planeten hersker mørket og den totale stillheten, på den andre delen er det lys – og uendelige mengder diskusjoner. Parlamentet heter «skravlebøtta», fordi diskusjonene kan ta uker og måneder, hæren er delt inn i kapitler og diskuterer og protesterer på alle ordre og strategier, og alt og alle er under kontinuerlig diskusjon – alle situasjoner må ses på fra den ene og den andre og den 358. side. Dette tar naturlig nok mye tid, og Harun blir nokså raskt ganske sliten.

Men når det avgjørende slaget kommer, og den skravlende hæren skal møte de tause krigerne som vil gjøre slutt på alle historier, blir kampen ganske kort. De som har snakket sammen, stoler på hverandre. De har fått diskutert alle uenigheter, har en forankret strategi, og står sammen. De tause motstanderne, derimot, stoler ikke på hverken seg selv eller andre, de har ingen strategi, og faller ganske raskt fra hverandre i møtet med de samstemte og samsnakkende.

Som visepresident i en fagforening bestående av psykologer, består dagene av mye snakking. Det er mange møter, mange diskusjoner, mange utvalg, og også hos oss skal alt ses fra mange sider, og forankres mange steder i organisasjonen. Det tar tid. Og det kan noen ganger være utfordrende, for oss, og særlig for medlemmer, å forstå hvorfor dette er nødvendig, hvorfor kan vi ikke bare bestemme noe? Det kan vi, og det gjør vi, på de områdene hvor vi har etablert politikk, og hvor vårt standpunkt allerede er godt forankret. Men på de områdene hvor vi trenger å utvikle ny politikk, eller justere den eksisterende, må vi ta oss tid til alle de omfattende diskusjonene. Hva er konsekvensene av dette, på kort og lang sikt? Hvis vi prioriterer dette opp, hva prioriterer vi da ned?

Det tar tid, men det er nødvendig. Og det er den eneste måten å bygge en solid organisasjon med solid gjennomslag på.

For å få til disse gode diskusjonene og forankringen, er vi avhengige av godt samarbeid mellom alle ledd i foreningen, og det har vi jobbet mye med de siste årene. Sektorutvalgene er nå på plass, og vi jobber aktivt med fagutvalgenes rolle og posisjon.

Samtidig ser vi med bekymring at mange lokalavdelinger strever med rekrutteringen. Det er ikke bra. Lokalavdelingene har en helt sentral rolle i foreningen. De er viktige møteplasser, sosialt og faglig, de er sentrale for å gi informasjon inn til foreningen om utfordringer rundt i landet, de er nødvendige for å finne gode delegater til landsmøtet og gode kandidater til verv og utvalg, og de er viktige arenaer for faglige og fagpolitiske diskusjoner og igangsetting av lokale initiativ. Vi er helt avhengige av gode folk i lokalavdelingene våre, og jeg vil derfor gjerne takke alle dere som engasjerer dere lokalt – dere gjør et viktig og nødvendig arbeid! Og til dere som foreløpig ikke er aktive i lokalavdelingen deres – kanskje dette er høsten til å gjøre noe med det?

Om en drøy måned er det også kommune- og fylkestingsvalg. I den siste oppkjøringen opp mot valget er lokalavdelingene særlig viktige. Dere har en unik mulighet til å sette lokale saker på agendaen, for å sørge for at psykisk helse blir et sentralt tema i valgkampinnspurten, og for å bringe psykisk helse inn i viktige lokale politiske diskusjoner, - i offentligheten, i presen, på arbeidsplasser og på lokale møteplasser.

For ja, det kan bli mye prat, både i lokalpolitikk og i fagpolitiske sammenhenger. Demokratiet er langsomt, tungvint og tidkrevende. Men det er samtidig noe av det aller fineste vi har. Ved å stå sammen, snakke sammen, møte uenigheter med ord, lytte til hverandre og finne løsninger sammen, kan vi skape et solid samhold, og på sikt kanskje også et bedre samfunn.



FOTO: PSYKOLOGFORENINGEN

TEKST

Arnhild Lauveng,
Visepresident med
ansvar for fag- og
profesjonspolitikken

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

Lokale forhandlinger i kommunal sektor

Her skal vi komme med noen råd og tips til deg som skal forhandle lønn lokalt i kommunen (unntatt Oslo kommune).



FOTO: PSYKOLOGFORENINGEN

TEKST Ellen Ekre
Engh, spesialrådgiver/
advokat

- Det skal forhandles lønn for *alle* kommunalt ansatte psykologer innen den 1. oktober hvert år. Du må finne ut hvordan dette skal foregå, og hvordan du vil bli ivarettatt – hvem skal forhandle for deg? Du kan da kontakte tillitsvalgt, nærmeste leder eller personalavdelingen for å avklare videre forhandlingsprosess. Forhandlingsplikten er klart hjemlet i hovedtariffavtalen. Arbeidsgiver kan ikke motsette seg å forhandle.
- Forhandlingene foregår lokalt i den enkelte kommune. Psykologer får all lønn fastsatt etter lokale kollektive forhandlinger, og får ingen tillegg sentralt. Det er i tråd med Psykologforeningens og Akademikernes lønnspolitikk.
- Kriteriene for lønnsfastsettelsen følger av hovedtariffavtalen kapittel 5 – stillingens kompleksitet og den enkelte ansattes kompetanse, ansvar, resultatoppnåelse og innsats. Videre er det avtalt at det skal være naturlig sammenheng mellom arbeidstakerens kompetanse, kompetanseutvikling og lønnsutvikling. Relevant etter- og videreutdanning skal vektlegges.
- Virkningsdato for lønnstillegget skal være 1. mai 2023, med mindre partene lokalt blir enige om noe annet. Arbeidsgiver kan ikke ensidig bestemme en annen virkningsdato.
- Ved lokale lønnsforhandlinger skal det tas hensyn til lønnsutviklingen i tariffområdet – det vil si lønnsutviklingen til de ansatte som har fått ny lønn fastsatt sentralt. Resultatet her var på 5,4 prosent. Dette gjelder stort sett alle andre kommunalt ansatte enn akademikere og ledere.
- I de fleste situasjoner snakker man lokalt om en nivåheving (friske penger per 1. mai), men blir det snakk om overheng eller glidning, ta kontakt med Jus- og arbeidslivsavdelingen.
- Relevant bakgrunnsinformasjon når det gjelder hvor mye man bør kreve i lønnsøkning, kan være snittlønn for kommunalt ansatte psykologer, snittlønn fra andre sektorer og lønnsnivå på sammenlignbare stillinger i kommunen. Mer informasjon

om dette står i rundskriv fra med Jus- og arbeidslivsavdelingen. Ring gjerne rundt og spør om resultater i nabokommuner og nærliggende helseforetak. Lokale forhold avgjør hvor høyt et lønnskrav bør være.

- Andre argumenter for lønnsøkninger kan være:
 - Alle ansatte forventer å få et årlig lønnsopprykk.
 - Ønske om/behov for stabilitet i personalgruppen/psykologgruppen, og å beholde spesiell kompetanse. Snakk med lederen din om dette på forhånd.
 - Utvikling i stillingen/kompetansen siden forrige lønnsregulering.
 - Eventuelle endringer av stillingens arbeidsoppgaver og ansvarsområde
- Hvis du er eneste medlem i Psykologforeningen i kommunen og møter motstand på å få forhandle for deg selv, så kan du ta kontakt med Jus- og arbeidslivsavdelingen, slik at vi kan bistå med å finne en løsning.
- Akademikerne avholder opplæringskonferanser for tillitsvalgte knyttet til lønnsforhandlinger – se informasjon på Akademikernes nettsider, under kurs og konferanser. Vi anbefaler at tillitsvalgte som skal forhandle, deltar på en av disse konferansene.

Alle medlemmer som er registrert med kommunal arbeidsgiver, skal ha fått tilsendt rundskriv med tips og råd i forbindelse med de lokale forhandlingene. Kontakt oss om du ikke har fått dette rundskrivet, eller hvis du har andre spørsmål. Den som skal forhandle, kan gjerne ta kontakt i forkant, så tildeler vi en rådgiver som er tilgjengelig under forhandlingene.

Psykologforeningen avholder digital spørretime knyttet til de lokale forhandlingene 22. august fra klokken 13 til 15. Lenke til dette har blitt sendt ut til alle medlemmer i kommunal sektor.

Jus- og arbeidslivsavdelingen er tilgjengelig på ja@psykologforeningen.no eller via den daglige telefonvakt mellom klokken 12.15 og 15. Du når oss på 23103130.

Skal du flytte eller bytte arbeidssted?



Registrer ny adresse på
www.psykologforeningen.no
Min medlemsside

eller send e-post til
medlemsservice@psykologforeningen.no

KURS I KLINISK SUICIDOLOGI FOR LEGER OG PSYKOLOGER SOM ARBEIDER MED VOKSNE

Fra selvmordsrisikovurdering
til behandling av kronisk suicidalitet

Tid/sted: 13.–15. november 2023,
Clarion Collection hotel Gabelshus i Oslo

Pris: kr 5.400,- inkl. lunsj, kaffe/te

Påmeldingsfrist: 1. oktober 2023

Spesialister i psykiatri og
klinisk psykologi vil bli prioritert.

For mer informasjon og påmelding:
www.selvmord.no

NSSF  Nasjonalt senter for
selvmordsforskning
og -forebygging

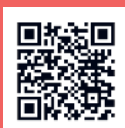
 UNIVERSITETET
I OSLO

endring

Schizofrenidagene 2023
6.-10. november, Stavanger

Steven Pinker
Catherine Eubanks
Pim Cuijpers
Ingvild Stjernen Tisløv
Jan Ivar Røssberg
Per Espen Stoknes
Helene Amundsen Nissen-Lie
Bengt Karlsson
Målfrid J. Frahm Jensen
Michael Barkham
Jaime Delgado
og mange flere...


PSYKISK HELSE KONFERANSE
SCHIZOFRENDAGENE
I STAVANGER



HUSK:
Prisøkning etter
25. august 2023



schizofrenidagene.no



Fond til videre- og etterutdanning

I klinisk psykologi og psykoterapi for psykologer som er avtalespesialister og medlemmer av norsk psykologforening.
Tildeling 2024

Søknadsfrist 1. oktober 2023

Tapt arbeidsfortjeneste dekkes helt/delvis kun ved artikkelskriving for publisering.

Fondets formål er å høyne det faglige kunnskapsnivå innen klinisk psykologi og psykoterapi.

Dette skjer ved støtte til:

1. Styrking av veilederkompetanse i klinisk psykologi og psykoterapi.
2. Formål som har sammenheng med etterutdanning av spesialister i klinisk psykologi.
3. Fondet kan gi hel eller delvis dekning av kurs-, reiseutgifter og andre utgifter i forbindelse med videre- og etterutdanning.
4. Fondet kan gi midler til vitenskapelig forskning og til utarbeiding av skriftlige arbeider og publikasjoner i klinisk psykologi og psykoterapi.
5. Fondet skal ved tildelingen prioritere søknader som ikke kan få støtte på annen måte.

Utover ordinære tildelinger ønsker Fondsstyret også å gi midler til:

Skriving av artikler/essays om utfordringer i privatpraksis med formål publisering.

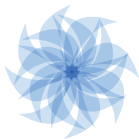
Fondsstyret vil vurdere søknadene ut fra:

- Hvor mye søkeren har mottatt fra fondet tidligere år
- Kursavgift vil bli prioritert over reise- og oppholdsutgifter
- At søknaden er i tråd med prinsipperklæringen om evidensbasert praksis
- Åpne søknader der det ikke er tatt stilling til hva midlene skal brukes til utelukkes
- Aktiviteter som anses å være kvalifiserende på en måte som gjør at søkeren blir aktuell til nye typer oppdrag blir ikke prioritert. Eksempelvis vil kvalifisering innen rettspsykiatri/arbeid for retten anses som utgifter til inntekts erverv

Begrunnet søknad sendes fylles ut her:

<https://www.surveymonkey.co.uk/r/8NM552M>

Prosjektbeskrivelse eller annen relevant dokumentasjon må vedlegges søknaden.



Norsk psykologforening
Pb. 419 Sentrum, 0103 Oslo
Tlf. 23 10 31 30
E-post nppost@psykologforeningen.no

STIFTELSEN MENTALHYGIENISK RÅDGIVNINGSKONTOR UTLYSER STIPEND FOR 2024

Stiftelsen Mentalhygienisk Rådgivningskontors formål er å fremme virksomhet innen det barne- og ungdomspsykiatriske helsevern ved tildeling av stipend til enkeltpersoner og institusjoner.

Formålene det kan søkes midler til må ha en bred forankring innen den psykodynamiske tradisjon som hele tiden var Mentalhygienisk Rådgivningskontors arbeidsform og forståelse.

Søknadsskjema, personvernerklæring og informasjon hentes ut via denne linken:

medmenneskeioslo.com/legater/

Det MÅ sendes en søknad for hvert prosjekt og for hver person. Søknaden må inneholde en oversikt over hva pengene skal brukes til. Det må foreligge en prosjektplan med budsjett og informasjon om hvorvidt det foreligger annen finansiering.

Søknaden må IKKE inneholde pasientopplysninger. Ved søknad om midler til forskningsrelaterte prosjekter inkludert kasusstudier og andre kvalitative prosjekter, må søker ha nødvendig etisk godkjenning før datainnsamling er påbegynt og denne må foreligge søknaden.

Den som tildeles midler må gi en skriftlig rapport med vedlagt regnskap tilbake til Stiftelsen for å dokumentere at stipendet har blitt brukt til det formålet det ble søkt om. Ikke disponerte midler tilbakebetales. Dette må gjøres innen 30.04 året etter.

Ytterligere informasjon ved henvendelse til psykiater Rune Johansen, tlf. 916 65 227, e-post ru-jo3@online.no eller til psykolog Ingeborg Aarseth, tlf. 481 19 573, e-post ingeborg.aarseth@gmail.com

Styret i Mentalhygienisk Rådgivningskontor vurderer søknadene og tildeler midler. Det overordnede hensyn ved vurderingen er prosjektets kliniske relevans.

Søknad sendes via Digipost til Mentalhygienisk Rådgivningskontor

(Logg deg inn på din egen Digipost og søk etter Mentalhygienisk Rådgivningskontor. Der kan du enkelt legge ved din søknad.)

Eventuelt per post til:

Mentalhygienisk Rådgivningskontor v/Oslo Røde Kors

Pb 3 Grønland
0133 Oslo

Søknadsfrist: 10. september 2023

Ønsker du å annonsere i Psykologtidsskriftet?

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

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

**Følg Tidsskrift for
Norsk psykologforening på**

facebook




Bufetat

**RTF Trøndelag Sør søker
Leder relasjonsorientert familietrapi (RTF)**

Vil du spille en viktig rolle i tilbudet til ungdomsfamilier?

Vi ser etter deg som kan løfte frem det gode i de rundt deg, både som leder, kollega og terapeut.

Frist er 31. august 2023.
Mer info finner du på webcruiter ID 4681289475.

Vi kan tilby annonseplass i nyhetsbrevet

som for tiden har ca 9 000 mottakere og sendes ut to ganger per måned

Annonseformat

Full bredde:

564 x høyde 120 piksler for kr 7 500

1/2 bredde:

264 x høyde 120 piksler for kr 4 500

For mer informasjon om annonsering, kontakt oss på e-post tidsskrift@psykologtidsskriftet.no eller telefon 23 10 31 33

PSYKOLOGTIDSSKRIFTETS MATERIELLFRISTER OG ANNONSEPRISER 2023

SPESIALPLASSERING:

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

KURSANNONSER/RUBRIKKANNONSER:

Kurs, utleie av lokaler m.v. kr 27 per sp.mm.

Fargetillegg kr 12 per sp.mm.

Priseksempel for en 1/4 sides kursannonse i sort/hvitt kr 3 105, samme format i farger kr 4 485.

SMÅANNONSER:

Kun tekst, maks 4 linjer/170 tegn (sort) kr 1 500.

NETTANNONSER:

Pris for en stillingsannonse kun på nett er kr 9 900, pris for kursannonse kun på nett er kr 6 900. Nettannonsene har ingen frister, kan publiseres i løpet av kort tid, og ligger tilgjengelig i inntil en måned. For et tillegg på kr 4 500 kan kursannonser annonsert i Psykologtidsskriftet også oppføres på www.psykologforeningen.no under «Kurs og konferanser» og www.psykologtidsskriftet.no/Kurskalenderen.

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

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

Nr	Materiellfrist	Utgivelse
9	18.08	01.09
10	18.09	02.10
11	18.10	01.11
12	17.11	01.12

ANNONSEFORMATER

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

PRISER: STILLINGSANNONSER/PROFILANNONSER

Format	4 farger	Sort
1/1 side	18 500	16 900
1/2 side	14 500	12 900
1/4 side	12 500	10 900

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

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



Stiftelsen
RIISBY
BEHANDLINGSSENTER

Vi søker etter faglig leder/psykologspesialist

Riisby er en del av spesialisthelsetjenesten innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Vi har avtale med Helse Sør-Øst om døgnbehandling. Behandlingsformen er individuell og bygger på bredt faglig samarbeid.

Som del av vårt team har vi i dag miljøarbeidere, sykepleiere, psykolog, psykiater, fysioterapeut m.m.

Arbeidsoppgaver: Behandlingsansvarlig med overordnet ansvar for pasientbehandlingen. Journalansvarlig. Veiledning og undervisning. Klinisk arbeid i tråd med pakkeforløp TSB. Ansvar for kvalitets-sikring og faglig utvikling.

Vi tilbyr: Ett tverrfaglig miljø med faglige utfordringer og varierte arbeidsoppgaver. Vi har et positivt arbeidsmiljø og kultur for veiledning og kollegastøtte. Lønn etter avtale og god pensjonsordning i KLP.

Beliggenhet i naturskjønt område i Nordre Land kommune, Innlandet.

Kontaktinformasjon:

Institusjonsleder Tove Kristin Jevne eller faglig leder Karl Tore Øvergård, tlf. 61 11 28 00.

Se fullstendig utlysning på vår hjemmeside www.riisby.no

Vi ønsker et arbeidsmiljø preget av mangfold, og at våre ansatte skal gjenspeile befolkningen for øvrig. Vi oppfordrer alle som er kvalifisert til å søke jobb hos oss uansett alder, funksjonsevne, kjønn eller minoritetsbakgrunn.

Søknad med CV og nødvendig dokumentasjon sendes til post@riisby.no.

Søknadsfrist 22.08.2023.

PSY
KOL
OGI

SØKER DU JOBB?

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

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

Helse Sør-Øst RHF



Ledige avtalehjemler i psykologi

Helse Sør-Øst RHF har avtale med ca 950 legespesialister og psykologspesialister gjennom avtalespesialistordningen. Avtalespesialistene skal bidra til å oppfylle sørge for-ansvaret til Helse Sør-Øst RHF.

Fullstendige stillingsannonser og elektroniske søknadsskjemaer finner du på hjemmesiden: helse-sorost.no/om-oss/ledige-stillinger

HELSE  SØR-ØST

**NORSK
PSYKOLOGFORENING****SENTRALSTYRET****President**

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

Visepresidenter

Hanne Indregard Lind
948 05 153
h_indregard@hotmail.com

Arnhild Lauveng
913 17 162
arnhild@
psykologforeningen.no

Medlemmer

Eva Therese Næss
971 01 119
eva.th.naess@gmail.com

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

**Ann Birgithe Solheim
Eikholm**
971 29 052
abseikhom@gmail.com

Bjarte Bønes Bruntveit
909 98 052
bjartebruntveit@yahoo.no

Chris Margaret Aanonsen
957 92 616
chris.m.aanonsen@
gmail.com

Lars Ravn Øhlckers
908 81 250
larsravnohlckers@gmail.com

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

Emma Røisland Torsvik
studentrepresentant
979 62 540
emmartorsvik@gmail.com

Varamedlemmer

Alf Martin Eriksen (1. vara)
909 65 138
alfmeriksen@gmail.com

**Sebastian Gulbrandsen
(2. vara)**
926 93 702
sebastian.gulbrandsen@
gmail.com

Kristin Haugholt (3. vara)
951 72 032
kristinhaugholt@
hotmail.com

**Jørgen Edvin Westgren
(4. vara)**
911 16 616
joergenwestgren@gmail.com

**Rune Selaas (1. vara
studentrepresentant)**
472 66 616
runarselaas@hotmail.com

**Frida Tveiten Gundersen
(2. vara student-
representant)**
454 29 809
frida.tveiten@hotmail.com

LOKALAVDELINGER**Akershus**

Aust-Agder
Lars Petter Lopez-Røed
larpro82@gmail.com
408 72 505

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

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

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

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

Møre og Romsdal

Nord-Trøndelag
Julie Valen
psyk.valen@gmail.com
924 90 532

Nordland
Miriam Ryssdal
miriam.ryssdal@gmail.com
926 53 473

Oppland
Eline Sørensen
eline.sorensen@hotmail.com
902 96 361

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

Rogaland
**Marie Tonette Solhaug
Hansen**
marietsh@yahoo.no
977 34 812

Sogn og Fjordane
Solbjørg Torheim Hanitz
solbjorg_89@hotmail.com
902 95 676

Sør-Trøndelag
Kjersti Sandnes
sandneskjersti@gmail.com
916 72 756

Telemark
Birgitte Lindø
libi@siv.no
473 83 123

Vest-Agder
Øyvind Buli Føreland
vestagder@
psykologforeningen.no
948 84 351

Vestfold
Paul André Myhrer
amyhrer@gmail.com
990 41 900

Troms
Ida Atalie Falch
Ida.atalie@gmail.com

Østfold
Fredrik Henanger Blom
fhblom@hotmail.com
975 61 945

FAGETISK RÅD

Mette Ekenes
Garmannslund, leder
Rådgivningstelefon
480 58 723, onsdager
kl 1500–1700

**ANKEUTVALG
FOR FAGETISKE
KLAGESAKER**

Mariann Stadler, leder,
mariannstadler@gmail.com,
tlf. 918 03 110

**LØNNS- OG
ARBEIDSLIVS-
UTVALGET**

Hanne Indregard Lind,
leder/KTV Helse Sør-øst
tlf. 948 05 153

**FORHANDLINGS-
UTVALG FOR PRIVAT
PRAKSIS**

Hanne Indregard Lind,
leder,
h.indregard@hotmail.com
tlf. 948 05 153

SPECIALITETSRADET

Arnhild Lauveng, leder,
arnhild@
psykologforeningen.no
tlf. 913 17 162

**FAG- OG
PROFESJONSRADET**

Arnhild Lauveng, leder,
arnhild@
psykologforeningen.no
tlf. 913 17 162

FAGUTVALGENE

Felleselementene
Johan Siqveland,
johan.siqveland@gmail.com,
tlf. 922 90 143

**Barne- og
ungdomspsykologi**
Kjersti Hamre Lotsberg,
k_hamre@hotmail.com,
tlf. 416 57 694

Familiepsykologi
Trine Eikrem, leder, trine.
eikrem@bufetat.no,
tlf. 466 16 566

**Rus- og
avhengighetspsykologi**
Eva Karin Løvaas, leder,
evakarinfoevaas@gmail.com,
tlf. 916 64 076

Eldrepsykologi

Psykoterapi
Ingunn Aanderaa Opsahl,
leder, ingunnaanderaa@
hotmail.com, tlf. 971 50 507

Voksenpsykologi
Ivar Elvik, leder, ivarelvik@
gmail.com, tlf. 454 74 400

Nevropsykologi
Rune Raudeberg, leder,
rune.raudeberg@gmail.com,
tlf. 952 47 487

Habiliteringspsykologi
Tonje Elgsås,
tonjeped@gmail.com,
tlf. 922 33 224

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

**Samfunn- og
allmennpsykologi**
Kjersti Hildonen, leder,
khi@lorenskog.kommune.no,
tlf. 907 85 288

Organisasjonpsykologi
Rudi Myrvang, leder, rudi.
myrvang@gmail.com,
tlf. 906 03 355

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

**GODKJENNINGS-
UTVALGET**
Ole André Solbakken, leder,
o.a.solbakken@psykologi.
uio.no
tlf. 913 75 496

**ANKEUTVALGET FOR
SPECIALISTSAKER**
Kim Larsen, leder,
kim.larsen@so-hf.no,
tlf. 69 32 62 24

**FAGUTVALG FOR
RETTSPSYKOLOGI OG
SAKKYNDIGHET**
Annika Melinder, leder,
a.m.d.melinder@psykologi.
uio.no, tlf. 930 80 618

**STUDENTPOLITISK
UTVALG**
Emma Røisland Torsvik,
leder, emmartorsvik@
gmail.com, tlf. 979 62 540

KLIMAUTVALGET
Tuva Bræin,
tuvabraein@gmail.com,
tlf. 458 52 172

FORSKNINGSPOLITISK UTVALG

**MENNESKERETTIG-
HETSUTVALGET**
Reidar Hjermann,
leder, rh@hjermann.no,
tlf. 994 47 291

TESTPOLITISK UTVALG
Rudi Myrvang, leder, rudi.
myrvang@gmail.com,
tlf. 906 03 355

**YNGRE PSYKOLOGERS
UTVALG**
Helén Ingrid Andreassen,
ypu@psykologforeningen.no

**VALGKOMITEEN
I NORSK
PSYKOLOGFORENING**
Arne Holen, leder, arnenpf@
nevropsykologholen.no,
tlf. 922 30 383

SEKRETARIATET
Tlf. 23 10 31 30
Ole Tunold, generalsekretær
Kristina Høy,
kommunikasjonssjef,
kristina@
psykologforeningen.no

Administrasjonsavdeling
Linda T. Grønås,
administrasjonssjef,
linda@psykologforeningen.
no

Jus og arbeidslivsavdeling
Christian Zimmermann,
forhandlingssjef,
forhandlingsavdelingen@
psykologforeningen.no

Fagpolitisk avdeling
Kim Edgar Karlsen, fagsjef,
kim@psykologforeningen.no

Utdanningsavdeling
Bjørnhild Stokvik,
utdanningssjef, bjornhild@
psykologforeningen.no
Kontakt kurs@
psykologforeningen.no

**NORSK
PSYKOLOGFORENING**
Pb. 419 Sentrum, 0103 Oslo
Besøksadresse: Kirkegata 2
Tlf. 23 10 31 30
post@psykologforeningen.no

For mer informasjon, se
www.psykologforeningen.no

Innhold

- 470 **Advarer mot snillisme i terapirommet**
Intervju | Nora Skjerdingsstad
- 473 **Får pris for artikkel om individuell jobbstøtte**
Aktuelt | Gro Walø-Syversen
- 474 **Mer behandling for mindre alvorlige tilstander**
Forskningsintervju | Per Halvorsen
- 476 **Nytt undervisningsopplegg for å forebygge kjærestevold**
Fra praksis | Helene Ailin Guo Kaland
- 482 **Variasjon i bruk av avtalespesialister**
Ny vitenskapelig artikkel | Holsen et al.
- 483 **Hva måler Tallhukommelse i WISC-V?**
Ny vitenskapelig artikkel | Egeland et al.
- 484 **ADHD hos barn og unge: sikrere diagnose og rett medisin**
Fra praksis | Geir Øgrim
- 492 **Implementering av DBT i en rural kontekst**
Evidensbasert praksis | Knive et al.
- 502 **Å framsnakke psykopaten**
Etikkpanelet | Aina Sundt Gullhaugen
- 506 **MENINGER**
Kronikk: Psykoselotteriet | Johannessen et al. (s. 508)
Debatt: Tilknytningspsykologi (s. 506), Terapiveiledning (s. 512), Profesjonsutdanning (s. 515 & 517)
- 518 **Hvem taler barnas sak?**
Nye stemmer | Håkon E. Coucheron Fredhammer
- 520 **INNTRYKK**
Anmeldelser: Bevisstgjørende om pasientjournalen (s. 520), Overfladisk behandling av viktige grunnlagsspørsmål (s. 529)
Filmessay: Om å finne og miste seg selv i en annen | Line Indrevoll Stånicke (s. 522)
- 535 **Annonser**
- 538 **Stillingsannonser**